

PÄIHDEHUOLLON SAIRAANHOITAJAN TYÖN SISÄLTÖ

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu –tutkielma
Maria Inkinen

Huhtikuu 2004

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

MARIA INKINEN: Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö

Pro gradu –tutkielma, 86 sivua, 17 liitesivua.

Ohjaajat: Marja Kaunonen, TtT, lehtori, Terttu Munnukka, THT, KT

Hoitotiede

Huhtikuu 2004

Tarkoituksena oli tutkia päihdehuollon sairaanhoitajien työn sisältöä. Tehtävinä oli tutkia miten erilaiset päihdehuollon asiakastyön muodot, hoitotyön toiminta tai tehtäväalueet, hoidollisen keskustelun sisällöt ja päihdehuollon hoitomenetelmien käyttö sisältyvät päihdehuollon sairaanhoitajien työhön.

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla, tutkimusta varten tehdyllä kyselylomakkeella. Lomakkeen täytti 91 erilaisissa päihdehuollon yksiköissä työskentelevää sairaanhoitajaa. Vastausprosentti oli 63. Kyselylomake sisälsi taustatietojen lisäksi seitsemän sairaanhoitajan työtä koskevaa kysymystä, joista kukin sisälsi 9-28 vastattavaa alakohtaa. Tilastollisina menetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia, ristiintaulukointia ja khiin neliö –testiä.

Tutkittavien sairaanhoitajien työssä painottui asiakastyö, mutta heidän työhönsä sisältyi myös yhteistyö-, asiantuntija- ja hallinnollisia sekä kehittämistehtäviä. Asiakastyö on monimuotoista, mutta painottuu keskusteluhoitoon omien asiakkaiden kanssa. Lisäksi suurimman osan työhön sisältyy myös läheisen tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa ja asiakkaan tukiverkoston rakentamista. Päihdehuollon hoitotyössä painottuvat erityisesti: asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi sekä suunnittelu, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvonta ja opettaminen. Hoitotyö on kokonaisvaltaista: asiakkaita hoidetaan, tuetaan, autetaan tai neuvotaan sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilanteen ja tarpeiden pohjalta.

Tärkeimmät hoidollisen keskustelun sisällöt olivat: päihteitä käyttävän asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen. Hoitomenetelmien käytössä painottuvat: supportiivinen terapia tai tuki, retkahduksen ehkäisy, motivoiva haastattelu, psykiatrisen hoitotyön menetelmät, hoitotyön yleiset auttamismenetelmät ja ratkaisukeskeinen terapia. Lisäksi työssä käytetään laajasti myös verkostotyötä tai -terapiaa, kriisiterapiaa ja kognitiivista terapiaa.

Sairaanhoitajien työn sisällön painottumisen erot liittyvät pääasiassa siihen, työskenneltiinkö avohoitoa, katkaisu- tai vieroitushoitoa vai kuntouttavaa hoitoa tarjoavassa yksikössä. Myös sairaanhoitajien ikään, työkokemukseen ja koulutukseen liittyviä eroja työn sisällön painottumisessa oli jonkin verran.

Kuva päihdehuollon sairaanhoitajien työstä muodostui monipuoliseksi, kokonaisvaltaiseksi ja erityisosaamista edellyttäväksi hoitotyöksi, jonka sisältä avautuu monenlaisia kehittämis- ja tutkimuskohteita.

Avainsanat: päihdehuolto, sairaanhoitajan työn sisältö, päihdehoitotyö, hoidollinen keskustelu

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

Department of Nursing

MARIA INKINEN: The content of addiction nursing in specialized treatment agencies

Master's Thesis 86 pages, 17 appendices

Supervisor: Marja Kaunonen PhD. (Nursing Science), Terttu Munnukka PhD. (Nursing Science),
Ph.D. (Educ.)

Nursing Science

April 2004

The aim was to study the content of nursing in the field of addiction treatment. The objectives included investigating how different forms of client work in addiction treatment, addiction nursing practice, the content of therapeutic discussions with clients and addiction treatment methods relate to the work of nurses in addiction treatment agencies.

The data were collected with a structured questionnaire. It was filled by 91 nurses working in different treatment agencies. The return rate was 63 per cent. In addition to some basic background information, the questionnaire had seven questions relating to the work of nurses. Each question included between 9 and 28 options to choose from. The statistical methods used were frequency and percentage distributions, cross-tabulations and chi-squared test.

The work of the nurses mainly consisted of direct work with clients, but also included co-operation with other professionals, providing specialist knowledge, managerial responsibilities and tasks related to the development of services. The work with clients was multifaceted, but mainly based on therapeutic discussions with own clients as a particular method of treatment. In addition, most nurses gave support and treatment to the clients' 'significant others'. They worked with the families and built up supporting networks. In the nursing in addiction treatment, stress is laid particularly on assessing the client's situation and need for treatment, planning, supporting psychological welfare and giving advice and guidance. Nursing is holistic: clients are treated, supported, helped and advised on the basis of physical, psychological, and social needs.

The most important issues arising in the therapeutic discussions were: the general life situation and aims of the client, the existing personal and other resources, willingness to change and the advancement of the feeling of hope and sense of responsibility. The methods of addiction treatment stressed supportive therapy, relapse prevention, motivational interviewing, psychiatric nursing methods, general nursing methods, and 'solution-focused' therapy. In addition, the work widely involved the use of networking methods in general work and therapy; crisis therapy; and cognitive therapy. The differences in the nurses' work were mainly based on whether the clients were treated in out patient units, residential detoxification units, or rehabilitation units. The nurses' age, work experience and education to some extent also correlated with differences perceived in the content of work.

The view of the nurses' work in addiction treatment proved to be varied, holistic and requiring specialist knowledge. It opens many new challenges for future research and development.

Key words: addiction treatment services, the content of addiction nursing, therapeutic discussion.

SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT	3
3. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
3.1. Suomalaiseen päihdehoitoon liittyviä tutkimuksia	4
3.2. Päihdehoitotyö hoitotyön erityisalueena	9
3.3. Tutkimuksia päihdesairaanhoidajan työstä	12
3.4. Hoitotyön toiminta suomalaisessa tutkimuksessa	16
3.5. Tutkimuksen viitekehys ja käsitteet	20
4. AINEISTO JA MENETELMÄT	23
4.1. Mittarin laadinta	23
4.2. Kohderyhmä ja aineiston keruu	25
4.3. Aineiston käsittely ja analysointimenetelmät	26
4.4. Tutkimuksen luotettavuus	27
4.5. Tutkimuksen eettiset kysymykset	29
5. TULOKSET	30
5.1. Taustatiedot	30
5.2. Sairaanhoidajan työn sisältö	32
5.2.1. <i>Asiakastyön muodot</i>	32
5.2.2. <i>Hoitotyön toiminta</i>	36
5.2.3. <i>Hoidollisen keskustelun sisällöt</i>	43
5.2.4. <i>Hoitomenetelmien ja lähestymistapojen käyttö</i>	44
5.2.5. <i>Yhteistyö ja asiantuntijatehtävät</i>	45
5.2.6. <i>Hallinnolliset ja kehittämistehtävät työyhteisössä</i>	47
5.3. Sairaanhoidajien työn sisältöön liittyvien erojen tarkastelua	48
5.3.1. <i>Sairaanhoidajien työn sisällön painottuminen erilaisissa päihdehuollon yksiköissä</i>	48
5.3.2. <i>Sairaanhoidajien ikään, työkokemukseen ja koulutukseen liittyviä painotuksia työn sisällössä</i>	51
5.4. Yhteenvedo tuloksista	52
6. POHDINTA	55
6.1. Tutkimusmenetelmien tarkastelua	55
6.2. Tutkimustulosten tarkastelua	57
6.3. Tutkimuksen merkitys, johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	60
LÄHTEET	63
LIITTEET	70

TAULUKKOLUETTELO

- Taulukko 1. Arvio omaan työryhmään ja lähijohtamiseen liittyvistä tekijöistä
- Taulukko 2. Asiakastyö yksin ja toisten työntekijöiden kanssa
- Taulukko 3. Asiakassuhteiden laatu
- Taulukko 4. Asiakassuhteiden kesto
- Taulukko 5. Asiakaskontaktien laatu
- Taulukko 6. Kotikäynnit ja kenttätyö
- Taulukko 7. Hoitopalveluihin sisältyvät ryhmät
- Taulukko 8. Päihdeasiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi
- Taulukko 9. Hoidon suunnittelu, sopiminen, seuranta ja kirjaaminen
- Taulukko 10. Terveydentilaan liittyvät tutkimukset, lääkehoito ja hoitoon liittyvät teknisluonteiset tehtävät
- Taulukko 11. Vieroitusosan ja muun terveydentilan tarkkailu ja hoito sekä perushoidosta huolehtiminen
- Taulukko 12. Psykkisen hyvinvoinnin tukeminen
- Taulukko 13. Neuvonta ja opettaminen
- Taulukko 14. Hoitosuhteessa tai erilaisissa hoidollisissa keskusteluissa paljon käsiteltävät sisällöt
- Taulukko 15. Hoitomenetelmien tai lähestymistapojen käyttö
- Taulukko 16. Konsultointi ja työnohjaus
- Taulukko 17. Opettaminen ja kouluttaminen
- Taulukko 18. Tiedottaminen ja ennaltaehkäisevä päihdetyö
- Taulukko 19. Hallinnolliset ja kehittämistehtävät

LIITETAULUKKOLUETTELO (LIITE 6. s. 83-86)

- Taulukko 1. Vastaajien ikäjakauma eri ikäluokissa
- Taulukko 2. Sairaanhoidajakoulutuksen muoto
- Taulukko 3. Erikoistuminen sairaanhoitajana tai terveydenhoitajakoulutus
- Taulukko 4. Työkokemus päihdetyössä
- Taulukko 5. Muu työkokemus sairaanhoitajana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa
- Taulukko 6. Muissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä työskennelleet vastaajat
- Taulukko 7. Työyksikkötyyppi
- Taulukko 8. Työsuhteen toiminimike
- Taulukko 9. Työntekijöiden lukumäärä yksikössä
- Taulukko 10. Yksiköiden kuuluminen suurempaan hallinnolliseen kokonaisuuteen
- Taulukko 11. Yhteistyö eri tahojen työntekijöiden kanssa

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän tutkimuksen ensimmäisenä lähtökohtana oli kiinnostuksen herääminen 1980 -luvun lopulla siihen työhön, jota sairaanhoitajat tekevät päihdehuollon erityispalveluissa. Oma työskentely päihdehuollossa sairaanhoitajana antoi tuntumaa, ja vuosina 1990-1991 toteutunut kehittämishanke tarjosi mahdollisuuden paneutua aiheeseen haastatteluin ja muilla tavoin (Inkinen 1991). Päihdehuollon sairaanhoitajakunnassa olevat tarpeet oman työn jäsentämiseen ja kehittämiseen näkyivät selvinä ja käynnistivät osaltaan tähän tutkimukseen johtaneen prosessin. Sairaanhoitajien työn sisältöä päihdepalveluissa tai -yksiköissä on tutkittu hyvin vähän (Long & Floyd-Walker 1989, Allen 1993, Conti-O`Hare 1995, Happel & Taylor 1999). Kaiken kaikkiaan kansainvälinen päihdehoitotyön tutkimus on kuitenkin jatkuvasti lisääntynyt (ks. esim. McMahon 1992, Hall 1994, Kearney & Murphy & Irwin & Rosenbaum 1995, Deehan & Templeton & Taylor & Drummond & Strang 1998).

Vaikka Suomessa päihdehoitotyö onkin kymmenessä vuodessa noussut esille yhtenä hoitotyön osana (mm. Inkinen 1993, Sutinen 1997), muut kuin päihdehuollon sairaanhoitajat tietävät päihdehoitotyön ja päihdesairaanhoitajien työn sisällöstä vain vähän. Päihdehuollon asiantuntijatehtävä on ollut ainakin päihdehuoltolaista lähtien selvästi esillä kaikissa erilaisissa päihdetyön virallisissa dokumenteissa (Päihdehuoltolaki 1986). Päihdesairaanhoitajien asiantuntijapalveluista hyötyisivät erityisesti peruspalveluiden sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja kätilöt (esim. Leiker 1989, Sinnemäki 1990, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999). Sairaanhoitajien päihdehoitotyön opetus sekä täydennys- ja jatkokoulutus eivät vastaa työstä nouseviin tarpeisiin (ks. esim. Parrot 1995, Marcus & Gerace & Sullivan 1996, Graham & Christy & Emmitt-Myers & Zyanski 1997). Suomessa päihdesairaanhoitajille ei ole olemassa mitään omaa täydennys- tai jatkokoulutusta.

Päihdetyön ja -hoidon kehittämisessä on viime vuosina valtionhallinnon tasolla ja valtakunnallisesti panostettu erityisesti huumetyön ja huumehoidon alueelle (Hakkarainen ym. 2000, Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa... STM 2001, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 289/2002). Päihdepalvelujen laatusuositus on ottanut monipuolisesti kantaa palveluiden lähtökohtiin, suunnitteluun, rakenteellisiin tekijöihin sekä itse palveluun ja haastaa päihdehuollon sekä perus- että erityispalvelut laatutyöhön (Päihdepalvelujen laatusuositus 2002). Suomessa on tehty perinteisesti paljon yhteiskuntatieteellistä ja biolääketieteellistä päihdetutkimusta. Hoitoon liittyvän tutkimuksen

osuus on ollut vaatimatonta, mutta kasvanut 1990-luvun puolella (esim. Saarnio 1990, Lehto 1991, Koski-Jännes 1995, Jaatinen 1996, Saarnio 2001).

Päihdehuollon toimintaympäristö käytäntöineen, menetelmineen, työntekijöineen ja käsitteineen on monipuolinen ja monenlainen. Päihdehuollon erityispalveluiden asiakaskunta on muuttunut pääosin huumeiden käytön lisääntymisen myötä. Huumeita käyttävät asiakkaat ovat nuorempia, rikollisuus ja huumeiden käyttäjien alakulttuuri kuuluvat monen elämään. Päihdehuollon asiakkaat ovat myös aiempaa syrjäytyneempiä ja moniongelmaisempia. Niin ikään erilaiset mielenterveysongelmat, monipäihdekäyttö ja naisten päihteiden käyttö ovat lisääntyneet. Toisaalta asiakaskuntaan on osittain tullut myös lievemmin riippuvaisia ja paremmassa sosiaalisessa asemassa olevia asiakkaita: erityisesti rattijuopumuksesta tuomitut ”ajokorttiasiakkaat”. Suurin osa päihdeongelmallisista on ensisijaisesti alkoholia käyttäviä keski-ikäisiä, huono-osaisia miehiä. Palvelujärjestelmä on myös muuttunut. Perinteiset päihdehuollon laitoshoitopaikat vähenivät 1990-luvun alun laman myötä ja huumeiden käyttäjille tarkoitettuja hoitoyksiköitä on perustettu lisää 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Asiakasmäärät ovat kasvaneet kaikkialla päihdehuollon erityispalveluissa ja asiakkaiden hoitoon pääsy on vaikeutunut. (Kaukonen 2000, Nuorvala & Metso & Kaukonen & Haavisto 2000, Partanen & Virtanen 2002.)

A-klinikasäätiö on päihdetyön hoito- ja asiantuntijapalveluja tuottava päihdealan asiantuntijajärjestö. Toiminnan ja järjestön juuret, samoin kuin päihdesairaanhoidajien työn juuret, ovat noin viisikymmentä vuotta sitten toteutuneissa vapaaehtoisuuteen perustuvissa avohoitoyksikkökokeiluissa (Alkoholipotilas hoidossa 1956). Alun casework –pohja ja psykodynaaminen vaihe, ryhmä-, perhe- sekä lyhytterapioiden mukaantulo sekä kognitiivisen käyttäytymisterapian hoitosuuntauksen tarjoamat välineet sekä kunkin ammattikunnan tuomat lähestymistavat ja osaaminen ovat aikaa myöten muovanneet osaltaan sitä, mitä tämän päivän hoito päihdehuollon erityispalveluissa on. (esim. Hennem 1958, Immonen & Murto & Pajunen & Österberg 1980, Ahonen 1997, Taskinen 1995, Jaatinen 1996, Saarelainen 2000, Suhonen & Murto 2002). Moniammatillinen tiimityö kehitysvaiheineen ja jännitteineen on sisällynyt alusta lähtien yksiköiden toimintaan (esim. Ahonen 1990, Auvinen 1996, Saarto 1996). Työntekijöitä vuoden 2001 lopussa A-klinikasäätiön yksiköissä oli n. 550, josta sairaanhoidajien osuus keväällä 2002 tehdyn tiedonkeruun hetkellä oli 145. Sairaanhoitajia työskentelee eniten A-klinikoilla ja katkaisu- ja vieroitushoitoa antavissa yksiköissä sekä uusissa huumeiden käyttäjille tarkoitetuissa yksiköissä ja vuonna 1994 A-

klinikkasäätiöön liitettyssä Järvenpään sosiaalisairaalassa (Ahonen 1999). Yksi yksiköiden toimintaan vaikuttava tekijä on ollut riittämättömät lääkäriresurssit.

A-klinikkasäätiön hoitoyksiköt toimivat varsin itsenäisesti ja niiden työ painottuu eri tavoin. Keskustoimisto tarjoaa yksiköille joitakin palveluja, joiden osana myös koulutus- ja kehittämisspalveluja. Sairaanhoidajilla on mahdollisuus kokoontua vuosittain yhdessä lääkäreiden kanssa sisäiseen työkokoukseen. Muuta päihdehoitotyön kehittämiseen liittyvää omaa keskitettyä kehittämis- tai hallinnollista toimintaa säätiöllä ei ole. Projektitoimintaan keskittyneen kehittämissyksikön tarkoituksena on kuitenkin lisääntyvästi toteuttaa ja tukea omien palveluiden ja hoidon laatua kehittäväää toimintaa. (A-klinikkasäätiön toimintakertomus 2002) Sairaanhoidajien työn sisällön tutkimus jäsentää yhden ammattiryhmän työn kuvaamisen kautta osittain myös yleisemmin työn sisältöä, koska suurelta osin toimintamuodot ja lähestymistavat ovat yhteisiä.

Tarve tutkia päihdehuollon sairaanhoidajien työtä pohjautuu tarpeeseen jäsentää ja kuvata sen sisältöä sekä sairaanhoidajien oman työn että A-klinikkasäätiön hoitopalveluiden laadun kehittämisen tueksi. Sairaanhoidajien työn tarkastelu tarjoaa yhden näkökulman ja lisätietoa päihdehuollon erityispalveluissa toteutuvan hoidon ja auttamisen monitieteiseen kokonaisuuteen. Lisäksi tutkimusta tarvitaan suomalaisen päihdehoitotyön tietopohjan lisäämiseen sekä käytännön ja koulutuksen kehittämisen tueksi. Tutkimuksen avulla saadaan lisää tietoa ja jäsentyneempi kuva siitä, mitä sairaanhoidajat päihdepalveluissa tekevät ja miten he asiakkaitaan hoitavat.

2. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla päihdehuollon erityispalveluissa toimivien sairaanhoidajien työn sisältöä.

Tutkimuskysymykset:

- 1) Miten erilaiset päihdehuollon asiakastyön muodot sisältyvät sairaanhoidajien työhön?
- 2) Miten hoitotyön toiminta tai tehtäväalueet sisältyvät sairaanhoidajien työhön?
- 3) Miten erilaiset hoidollisen keskustelun sisällöt ja päihdehuollon hoitomenetelmien käyttö sisältyvät sairaanhoidajien työhön?

3. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Päihdehuollon sairaanhoitajan työtä on tutkittu hyvin vähän sekä kansainvälisesti että Suomessa. Ulkomaisia tutkimuksia on etsitty hoitotieteen tietokannasta hakusanoilla: addictions nursing, substance misuse / abuse / dependence and nursing ja nurse specialist / expert nurse (Cinahl 1990, 1995, 1999 ja 2002). Viimeisen vuosikymmenen aikana erityisesti Yhdysvalloissa ja Englannissa on kirjoitettu runsaasti päihdehoitotyötä käsitteleviä artikkeleita. Artikkelit ovat painottuneet pääasiassa terveydenhuollossa tarvittavaan yleisosaamiseen. Asenteita on tutkittu, koulutusta on kehitetty ja yhä enemmän löytyy erilaisia spesifejä tutkimuksia ja artikkeleita erilaisten päihdeitä käyttävien potilasryhmien hoitotyöstä terveydenhuollossa (esim. Hall 1994, Kearney ym.1995, Arthur 1997). Kuitenkin erilaisissa päihdeohjelmissa tai yksiköissä toimivien sairaanhoitajien tai asiantuntijasairaanhoitajien työhön liittyviä tutkimus- tai muita artikkeleita löytyy vain vähän (Long & Floyd-Walker 1989, Allen 1993, Conti-O`Hare 1995, Rassool 1996, Happel & Taylor 1999). Koska tutkimusaihetta on tutkittu vain vähän, joudutaan tarkastelemaan myös aihetta lähellä olevia tutkimuksia (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997).

Tässä luvussa käsitellään 1) suomalaisen päihdehoitoon liittyviä tutkimuksia, 2) päihdehoitotyötä hoitotyön erityisalueena ja muutamia päihdesairaanhoitajien työtä koskevia tutkimuksia sekä 3) hoitotyön sisältöön ja / tai auttamismenetelmiin (tai keinoihin) kohdistuneita suomalaisia, pääasiassa väitöskirjatasoisia tutkimuksia. Lopuksi rakennetaan tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys käyttäen näistä tutkimuksista löytynyttä tietoa ja jäsenyyksiä.

3.1 Suomalaiseen päihdehoitoon liittyviä tutkimuksia

Suomessa hoitotutkimuksen osuus kaikesta päihdetutkimuksesta on ollut vaatimaton. Tehdyissä tutkimuksissa (tai selvityksissä) on vertailtu eri hoitoja tai hoito-ohjelmia (Bruun & Markkanen 1961, Keso 1988, Koski-Jännes 1985, 1992 ja 1995), tutkittu jonkin asiakasryhmän palveluja tai hoitoa (Murto 1978, Mäkelä 1978, Saarnio 1990) sekä jonkin hoidon toteuttajaryhmän tai tahon toteuttamaa hoitoa (Siren & Mäkelä 1989, Lehto 1991, Märkjärvi 1995, Jaatinen 1996, Niemelä 1999, Saarnio 2001, Suhonen & Murto 2002). Myös

sitä, mikä on vaikuttanut riippuvuudesta toipumiseen, on tutkittu (Koski-Jännes ym. 1998). Pariissa tutkimuksessa tarkastellaan tarkemmin asiakassuhdetta (Jaatinen 1996, Saarnio 2001). Suomalaisen päihdehuollon erityispalveluiden käytössä olevia hoitomenetelmiä selvitettiin Stakesissa vuoden 2000 aikana (Pienimäki 2001, 2002).

A-klinikkatoiminnan alkuvaiheessa tehdyssä tutkimuksessa verrattiin uuden A-klinikan ja silloisen psykiatrisen sairaalan alkoholistipoliklinikan antaman hoidon tuloksellisuutta. Tutkimuksen tuloksena ei havaittu merkittäviä eroja hoidon tuloksellisuudessa vertailtavissa yksiköissä, vaikka ne poikkesivat toisistaan melkoisesti, esimerkiksi toiminta-ajatukseltaan ja henkilökuntarakenteeltaan. Tästä oletettiin, että taustalla on varsin yhtenäinen perusasennoituminen hoitoon. Lopuksi todettiin vielä, että mitään rekisteröityä tietoa suunnitelmallisesta hoidosta ei tutkijoilla ollut käytettävissä, ja että hoito näytti olleen enemmän hoitajan intuition pohjalta nousevaa vapaata taitamista, joten keskeisimmäksi tekijäksi nousisi näin hoitajan taito. Kuvatessaan vertailtavia hoitopaikkoja tutkijat nostivat esille A-klinikan sairaanhoitajan osalta muutaman erikoishuomautuksen. Sairaanhoitajalla todettiin olevan kosketus kaikkiin potilaisiin: hän valmisteli kaikki lääkäriissä käynnit ja toimi ”jonkinlaisena väliportaana varsinaisen hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä”. Tutkijat pohtivat myös, että ilmapiiri sairaanhoitajan ja potilaan välillä saattoi muodostua välittömäksi, koska potilaat eivät tunteneet tarvetta vastustaa sairaanhoitajan apua. (Bruun & Markkanen 1961.)

Pitkälle alkoholisoituneiden huoltola-asiakkaiden hoidon ja kuntoutuksen perusedellytyksiä tutkittiin erilaisilla testeillä ja kyselylomakkeilla (N=179). Sosiaalipolitiikan väitöskirjatutkimuksen tuloksena todettiin, että: 1) tutkituilla alkoholistiasiakkailla on siinä määrin oppimisvaikeuksia ja muita kognitiivisia häiriöitä, että he eivät omaksu riittävän hyvin hoitosisältöjä, 2) alkoholistien toiminnan sosiaaliset reunaehdot, kuten voimakas syrjäytyneisyys, tekevät selviytymiskeinojen käytön miltei mahdottomaksi, ja että 3) kognitiivinen restrukturointi ja selviytymiskeinoajattelu ei sovi useimpien alkoholistien elämismaailmaan. Tutkimusryhmän kohdalla suosituin ja parhaiten tehonnut selviytymisstrategia oli ”vaihtoehtoinen toiminta”. Tulosten pohjalta esitettiin, että päihdehuollon asiakkaista olisi tunnistettava ne, joilla on kognitiivisia häiriöitä. Tämä asiakasryhmä tarvitsee ”standardihoitosisältöjen” sijaan yksilöllisesti ja didaktisesti suunniteltua ja tehostettua hoitoa sekä jälkihoidon tuloksellisuuden takia samalla myös olosuhteiden monipuolista kohentamista. (Saarnio 1990)

Lehto tutki väitöskirjassaan kolmen ammattikunnan: lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien työtä ja professionaalisuutta ”juoppojen” ammattiauttajina. Tutkimuksessa mukana olleista sosiaalityöntekijöistä (N=21) kuusi työskenteli A-klinikalla. Tulosten mukaan hoito A-klinikalla oli ”keskusteluhoitoa” (kuten mielenterveystoimistossakin). Hoidollisessa tulkintakehyksessä tehtävä työ A-klinikalla oli pääsääntöisesti 45-60 min. keskusteluja asiakkaan kanssa kahden kesken tai perheen kanssa. Osassa haastateltujen tapauksuvauksia painottui terapeutin, osassa pedagoginen keskusteluhoito. A-klinikan yhdeksi työskentelymalliksi todettiin ”eri alojen eksperttien tiimi”, jonka toisaalta arvioitiin yhtenäistävän eri ammattikuntien edustajien ajattelu- ja toimintamalleja, ja toisaalta antavan mahdollisuuden asiakkaiden valikointiin. Sairaanhoitajien työhön liittyen tässä yhteydessä todettiin, että valtaosa päivystysasiakkaista kävi vain sairaanhoitajan luona, ja että sosiaalityöntekijä taas vastasi ajanvarauksella käyvistä ja pitempijänteisessä hoidossa olevista asiakkaista. Sairaanhoitajien työtä ei tutkittu, koska tutkijan mukaan ”suurelta osin juoppoutta koskevan työn odotukset välittyvät sairaanhoitajille kuitenkin A-klinikoilla sosiaalityöntekijöiden kautta ja terveydenhuollon yksiköissä lääkärin kautta”. (Lehto 1991)

Märkjärvi tutki väitöskirjatyössään työterveyshoitajien päihdetyön kehitystä Myllyhoitoyhdistyksen kehittämishankkeen kolmessa vaiheessa. Tutkimuksessa käytettiin työntutkimuksen teoriaa soveltavaa toimintatutkimustyyppistä menetelmää. Päiväkirjoista, haastatteluista ja ryhmähaastatteluista koostuva aineisto analysoitiin etnografisin menetelmin. Ensimmäisessä vaiheessa työterveyshoitajien (N=10) työ oli päihdetyötä sivuuttavaa, toisessa vaiheessa työssä toteutettiin päihdekäyttöön puuttuvaa mallia ja kolmannessa vaiheessa tuli näkyviin ”ehkäisytyöhön verkostoituva moniammatillinen toimintamalli”. Työterveyshoitajien päihdetyössä erottuivat hoitamisen, puuttumisen, havahduttamisen ja ohjaamisen osa-alueet. (Märkjärvi 1995)

Avokatkaisuhoitoon kohdistuvassa tutkimuksessa selvitettiin, voidaanko sitä tehostaa lisäämällä siihen mini-intervention elementtejä. Koeryhmä sai tavanomaisen hoidon lisäksi alkoholivieroitustilaan ja sen hoitoon liittyvää, asiakkaille annettavaan kirjalliseen ohjeeseen pohjautuvaa neuvontaa. Ryhmien välisten erojen tutkimisen jälkeen (1 kk ja 6 kk) voitiin todeta, että koeryhmään kuulumisen ja hoitotytyväisyys ennustivat katkaisuhoitoasiakkaalle parempaa selviytymistä. Tulosten tarkastelun yhteydessä tutkija nosti esille myös

kysymyksen hoitajan mahdollisesta vaikutuksesta tuloksiin, koska pääasiassa sama sairaanhoitaja hoiti koeryhmää. (Koski-Jännes 1995)

Jaatinen tutki väitöskirjatyössään A-klinikoilla tarjottavaa sosiaaliterapiaa. Tutkimusaineisto kerättiin kahdeksalta eri A-klinikalta ja se sisälsi 36 äänitettyä terapiakeskustelua ja 23 sosiaaliterapeutin haastattelua. Muutamalla heistä oli terveydenhuollon tutkinto. Menetelmänä käytettiin diskurssianalyysia. Keskustelujen analyysin tuloksena vallitsevassa työskentelysuhteen mallissa painottui erilaisten faktojen, kuten esimerkiksi juomistilanteiden käsittely. Asiakkaan tarjoama materiaali otettiin ”tietävän” terapeutin työskentelyn kohteeksi. Vallitsevan hoitoideologian mukaisen asiakaslähtöisyyden vastapoolina näyttäytyikin terapeutin ehdoilla toimiminen. Vaihtoehtoisessa mallissa keskustelussa suuntauduttiin ulkoisista asioista asiakkaan sisäiseen maailmaan ja tehtiin tilaa asiakkaan omalle prosessoinnille ja ratkaisunhauille. ”Asiakkaalle tilaa luovassa keskustelutodellisuudessa” edistettiin asiakkaan omaa työskentelyä muun muassa kysymysten ja asiakkaaseen itseensä suuntaamisen avulla. (Jaatinen 1996)

Koski-Jänneksen ym. riippuvuudesta irtautumista käsittelevässä tutkimuksessa (N=81) riippuvuuskäyttäytymisen lopettamiseen liittyi usein jokin tunne-elämys tai oivallus: muun muassa rakastuminen, uskonnollinen herääminen, kokemus ”korkeammasta voimasta”, pohjalle vajoamisen kokemus tai kyllästyminen ja väsyminen juomiseen. Päätöstä lopettaa saattoi puoltaa omat tai toisten terveyshuolet, sairaudet ja tapaturmat tai läheisen huolestuneisuus. Myös puolison, tyttö- tai poikaystävänsä vaikutus, vertaisen tapaaminen tai kielteiset sosiaaliset seuraukset saattoivat olla lopettamispäätöksen taustalla. Ammattiauttajan vaikutus puolestaan saattoi olla joko muutosta edistävä: esimerkiksi ihmisenä kohtaaminen, aito välittäminen, uuden perspektiivin tai toivon välittäminen tai sitä ehkäisevä: esimerkiksi hoitaja ei ymmärrä asiakkaan tilaa tai tarjoaa sopimattomia tavoitteita. (Koski-Jännes ym. 1998)

Stakesin terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö FinOHTA ja Alkoholi- ja huumetutkimusryhmä suorittivat vuoden 2000 lopulla valtakunnallisen kyselyn, jossa selvitettiin erilaisten psykososiaalisten menetelmien käyttöä noin 200 päihdehuollon erityispalveluyksikössä. Tulosten mukaan asiakkaille tarjottiin eniten yleistä supportiivista terapiaa tai tukea. Toiseksi yleisin menetelmä oli retkahduksen ehkäisy. Sosiaalisen tuen hyödyntäminen (verkostotoiminta) ja sosiaalisten taitojen opettelu (sosiaalisista tilanteista

selviytyminen) olivat seuraavaksi käytetyimpiä. Vaihtoehtoisista hoitomuodoista akupunktio oli hyvin suosittua. Spesifeistä, tiettyyn teoreettiseen viitekehukseen pohjautuvista hoitomenetelmistä käytetyimpiä olivat ratkaisukeskeinen menetelmä, motivoiva haastattelu ja kognitiivinen terapia. Erilaisia päihdeongelmia hoidettiin suunnilleen samoin menetelmin. Avohoidon ja laitoshoidon välillä oli jonkin verran eroja käytettyjen menetelmien suhteen. (Pienimäki 2001, 2002)

Avopäihdehoidon terapiasuhteen keskeyttämiseen liittyviä tekijöitä tutkittiin monivaiheisen aineiston keruun ja arviointimenettelyn avulla. Tutkimuksella haettiin keskeyttämiseen liittyviä tekijöitä 1) asiakkaan (N=66) tiedoista, 2) terapeutin (N=4) interpersoonallisista ominaisuuksista ja 3) terapiasuhteen vuorovaikutusta koskevista tiedoista. Terapeuteilla oli takanaan sosiaalialan tutkinto ja erilaisia päihdehoidon menetelmäkursseja. Tulosten mukaan terapeutin interpersoonallisista ominaisuuksista empatia, aitous, asiakkaan kunnioittaminen, konkreettisuus sekä terapiasuhteen vuorovaikutuksen laatu olivat tulosten mukaan olennaisesti hoidon jatkuvuuteen vaikuttavia tekijöitä. Mitä paremmiksi terapeutin interpersoonalliset ominaisuudet arvioitiin, sitä harvemmin hoito keskeytyi, ja sitä korkeampi oli asiakkaan antama vuorovaikutusarvio heidän suhteestaan. (Saarnio 2001)

Asiakassuhteen muotoutumista päihdehuollon erityispalveluissa tutkittiin yhdessä A-klinikkatoimessa (A-klinikka, nuorisoasema ja katkaisuhuotoyksikkö). Laadullisesti analysoituna aineistona oli henkilöstön kirjoittamat asiakastapaukset (N=31), yksilöhaastattelut, joissa käsiteltiin kahta tutkijoiden muotoilemaa, kirjoitettuihin tapauskuvauksiin perustuvaa malliasiakastapausta sekä eri yksiköistä koottujen kuuden työntekijän ryhmähaastattelut (N=4) päihdetyön kehittämisestä ja näkymistä. Haastatelluissa oli edustettuina kaikki ammattiryhmät. Työntekijät pohdiskelivat yksilöhaastatteluissa case-asiakkaiden psyykkisiä, ”rakenteellisia” ja motivaatio-ongelmia. Hoidon ja toimenpiteiden lähtökohdaksi priorisoitui useimmin asiakkaan psyykinen tilanne: kuten masennus, itsetuhoajatukset ja elämänhallinnan ongelmat. Asiakkaiden rakenteellisiksi elämän ongelmiksi teemoitetuista ongelmista korostuivat puutteellinen koulutustaso, pitkäaikainen työttömyys, haitallinen päihteidenkäyttö, lääkeriippuvuuteen liittyvät ongelmat ja ihmissuhdevaikeudet. Motivaatio-ongelmat olivat päihderiippuvuuden ja hoidon tarpeen kieltämistä tai ongelman ”siirtämistä”. Päihdeongelmaisen tilannetta analysoitiin pelkkää päihteidenkäyttöä laajemmin. Toimenpide-ehdotusten kärjestä löytyivät lääkitys, pitkäkestoinen katkaisuhuolto ja siihen liittyvä avohoito sekä asiakkaan ohjaaminen

tarvittaessa mielenterveystoimistoon tai AA-ryhmään. A-klinikalla ja nuorisoasemalla tärkeimpiä asiakkaille ehdotettuja hoitotoimenpiteitä olivat: elämäntilanteen kartoittaminen, perhetapaamiset, kognitiivinen orientaatio sekä terveydentilan selvittäminen. Vaikeampien asiakkaiden kohdalla nousi esille ”case managerin” tehtävät: ohjaaminen ja koordinointi. Katkaisuhoidoasemalla jatkohoitoon ohjaaminen oli kiinteä osa hoitoprosessia. Lääkehoitoa käytettiin runsaasti, vaikka siihen liittyikin tasapainoilua väärinkäytön vuoksi. Keskeistä hoidossa oli lisäksi retkahduksen ehkäisyohjelman käyttö sekä perhe- ja verkostotyö. Hoitotoimenpiteiden priorisointi ja täsmentäminen oli kuitenkin kaikissa yksiköissä hankalaa. Myös tavoitteiden asettaminen osoittautui vaikeaksi vastattavaksi. Työn kehittämiseen liittyviä teemoja olivat muun muassa lääkeshoidon rooli, verkostojen hyödyntäminen, nuorten asiakkaiden syrjäytymisen estäminen, yhteistyö sidosryhmien kanssa, huumeongelman laajeneminen, asiakkaiden valikointi sekä terapeutitset orientaatiot. (Suhonen & Murto 2002)

Tässä referoitujen tutkimusten pohjalta muotoutuu melko monipuolinen kuva päihdehoidon asiakkaista ja hoidosta. Päihdehuollossa hoidetaan erilaisia päihteiden käyttäjiä. Merkittävällä osalla heistä on päihteiden käytön lisäksi useanlaisia ongelmia sekä hoidon ja muun avun tarpeita. Päihdepalveluissa selvitetään tilannetta ja hoidon tarvetta, ohjataan hoitoon / jatkohoitoon, neuvotaan, annetaan keskusteluhoitoa, toimitaan perheen ja verkoston kanssa ja tehdään yhteistyötä erilaisten tahojen kanssa. Yleisen tuen antamisen lisäksi käytössä on monia erilaisia asiakastyön muotoja, hoitomenetelmiä ja -lähestymistapoja. Työntekijän ominaisuudet ja hoito- / työskentelysuhteen laatu nousevat hoidon merkittäviksi tekijöiksi. Sairaanhoidajan työn ja aseman osalta voitaneen todeta, että se on päihdehuollon työntekijänä muuttunut vähitellen ”väliportaasta” tärkeäksi asiakasta hoitavan moniammatillisen tiimin jäseneksi.

3.2. Päihdehoitotyö hoitotyön erityisalueena

Hoitotyön kansallisen projektiryhmän mukaan hoitotyön tehtävänä on auttaa ihmistä ylläpitämään ja edistämään terveyttään, ehkäisemään terveyden murentumisen sekä tulemaan toimeen sairautensa tai vamman ja sen aiheuttamien rajoitusten kanssa elämänsä eri vaiheissa. Hoitotyön menetelmät vaihtelevat ihmisen terveydentilan, toimintakyvyn, elämäntilanteen ja ympäristön mukaan. Hoitotyötä tehdään niin eri-ikäisten yksilöiden, perheiden kuin yhteisöjenkin parissa siellä, missä ihmiset elävät ja työskentelevät. (Perälä 1997). Päihdehoitotyön toiminnassa on kysymys hoitotyöstä, jossa asiakas tai potilas käyttää eri tavoin päihteitä, kuten alkoholi, lääkkeet, huumeet tai on niistä riippuvainen. Myös

päihteiden käytön ja haittojen ehkäisy samoin kuin myös toiminnalliset riippuvuudet, esimerkiksi peliriippuvuus, sisällytetään päihdehoitotyön alueelle (Inkinen, Partanen, Sutinen 2000).

Yhdysvalloissa todettiin psykiatrisen hoitotyön piirissä jo vuonna 1983, että päihdehoitotyön (addictions nursing) tulisi olla oma hoitotyön erityisalueensa. Hoitotyön aluetta kuvattiin laajana, riippuvuuksiin (käyttäytymisen häiriö, sairaus) painottuvana hoitotyön sekä yleisettä erityisosaamisalueena (specialist/clinical specialist in addictions nursing). Päihdehoitotyö (addictions nursing) määriteltiin sairaanhoitajan työn erityisalueeksi, jossa huomion kohteena on "sellaisten toimintahäiriöinä ilmenevien inhimillisten reaktioiden ehkäisy ja hoito, jolla on ominaista yksi tai useampia seuraavista pääpiirteistä: a) jonkinasteinen itsehallintakyvyn menetys, b) satunnainen tai jatkuva sopeutumaton käyttäytyminen tai jonkin aineen väärinkäyttö ja c) luonteeltaan fyysisten ja/tai psyykkisten riippuvuuksien kehittyminen." Hoitotyön toiminnan katsottiin ulottuvan laajalle asteikolle ihmisten eritasoista päihde- tai riippuvuusikäyttäytymistä ja vastaavan kaikenlaisiin terveys-sairaus -kaaren alueen tarpeisiin. Päihdehoitotyössä katsottiin tarvittavan laajaa, eri tieteenaloja ja menetelmiä hyödyntävää osaamista ja yhteistyötaitoa. Hoitotyön käytäntöön sisällytettiin terveys-sairaus -jatkumo, preventio ja interventiot. (American Nurses Association 1987.) Yleissairaanhoitajien käyttöön tarkoitetut päihdehoitotyön standardit ja diagnoosit julkaistiin seuraavana vuonna (American Nurses Association 1988). Päihdehoitotyön sisällön jäsentäminen jatkui erilaisissa artikkeleissa ja oppikirjoissa (esim. Kennedy & Faugier 1989, Naegle 1993, Rassool 1996).

Suomessa ensimmäinen päihdehoitotyötä jäsentävä artikkeli julkaistiin Sairaanhoitajalehdessä 1993 (Inkinen 1993). Ensimmäisen suomalaisen päihdehoitotyön oppikirjan "Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena" kirjoitti työryhmä, jossa oli mukana monta pitkän työkokemuksen päihdehuollossa omaavaa sairaanhoitajaa (Havio, Mattila, Sinnemäki, Syysmeri 1994). Uusi täydennetty ja uudelleen jäsenetty kirja "Päihdehoitotyö" kirjoitettiin vanhan kirjan tekstejä hyödyntäen (Inkinen ym. 2000). Päihdehoitotyön käsite (vrt. Addictions nursing, dependency nursing, substance misuse nursing) oli otettu vähitellen käyttöön tarkoittamaan sitä hoitotyön aluetta, jossa hoitotyön keinoin edistetään terveyttä liittyen päihteiden käyttöön ja riippuvuuteen, ehkäistään päihteiden käyttöä, haittariskiä tai päihdehaittoja, tai hoidetaan ja kuntoutetaan päihdeistä tai joistakin toiminnoista riippuvaisia yksilöitä ja heidän perheitään. Päihdehoitotyö-käsitteen kanssa on rinnakkain käytetty myös ilmaisua "sairaanhoitajien päihdetyö". Käsitteen käyttö on joskus tarpeen päihdehuollon

kontekstissa, koska käsitteitä hoitotyö ja päihdehoitotyö on päihdehuollon erityispalveluissa käytetty myös tarkoittamaan eriammattisten työtä päihdehuollon palveluissa. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen (1996) mukaan päihdehoitotyö -käsitettä voidaan käyttää. (Inkinen 1993, 1998a, 1998b, Sutinen 1997).

Ensimmäinen päihdehoitotyön käsitettä avannut tutkimus on pro gradu -työ "Päihdehoitotyö päihdesairaanhoidajien verkoston kuvaamana" (Sutinen 1997). Tutkimukseen sisältyvä teoreettinen tarkastelu kuvaa hyvin päihdehoitotyön perustaa. Kyseisessä tekstissä (s. 12-23) lähdettiin liikkeelle eettisestä päätöksenteosta, hoitotyön arvoista ja keskeisistä käsitteistä. Yleinen hoitotyön määrittely on pohja, jolle rakennetaan päihdehoitotyön kuva erityispiirteiden ja tekijöiden avulla. Päihteiden käyttö, vaikutukset ja erilaiset riippuvuudet ovat päihdehoitotyöhön kuuluvia ilmiöitä, joita tarkastellaan eräänlaisella jatkumolla. Päihdehoitotyö voi olla terveydenhoitajan antamaa ennaltaehkäisevää tietoa päihteistä lapselle tai vakavasti päihderiippuvaisen, moniongelmaisen ja kuolevan potilaan kärsimyksen lievittämistä. Päihdehoitotyössä lähdetään liikkeelle päihteiden käyttäjän yksilöllisestä tilanteesta ja käytön merkityksestä. Käyttö, haitat, tuen ja avun tarve selvitetään. Työssä todetaan tarvittavan monipuolista tietoa, erilaisia teorioita ja lähestymistapoja. Hoitosuhde, joka on erityisesti yhteistyösuhde, on edellytyksenä motivaation ja muutoksen edistämiseen. Hoitosuhdetyöskentely päihteenkäyttäjän kanssa on monipuolista tilanteen tarkastelua, muutokseen suuntautunutta ja tukea antavaa keskustelua, joka sisältää myös tiedon antamista ja suunnittelua.

Sosiaali- ja terveysministeriön tuella toteutettiin A-klinikkasäätiössä vuosina 1994-1997 "Sairaanhoidajien päihdeasiantuntemuksen kehittäminen" -projekti, jossa kehitettiin päihdehoitotyötä usealla tavalla, esimerkiksi tuolloin perustettiin päihdehoitotyön verkosto (Inkinen 1998a). Hankkeeseen sisältyneen päihdesairaanhoidajille tarkoitetun pilottikoulutuksen yhdessä projektityössä käsiteltiin päihdehoitotyön asiantuntijuutta kirjallisuuden ja pitkän päihdehuollon sairaanhoidajan työkokemuksen pohjalta. Työssä tuotettu malli sisälsi sairaanhoidajan asiantuntijaroolin päihdehuollon tiimissä ja sen ulkopuolella. Kirjoittajien mukaan päihdesairaanhoidaja osaa arvioida potilaan hoidon tarpeen ja ohjata sekä lähettää soveltuvan hoidon tai tuen piiriin sekä tuntee päihdehuollon palvelut, päihdetyössä käytettävät menetelmät sekä päihdetyössä toimivan vapaaehtois- ja järjestötoiminnan sisällön. Hän omaa valmiudet myös konsultointiin, työnohjaukseen, kouluttamiseen ja tiedottamiseen, antaa tietoa ja ohjaa hoitotyön sekä muiden

ammattiryhmien opiskelijoita ja vastuualueensa työntekijöitä. Lisäksi päihdesairaanhoidaja vaikuttaa aktiivisesti yhteistoiminnan, palveluiden ja rakenteiden kehittämiseen. (Panhelainen, Sinnemäki 1996).

3.3. Tutkimuksia päihdesairaanhoidajien työstä

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu kolmea päihdesairaanhoidajien työhön kohdistunutta ulkomaista tutkimusta (Allen 1993, Conti O`Hare 1995, Happel & Taylor 1999). Näistä tärkein on Happel & Taylorin tutkimus australialaisen päihdeosaston sairaanhoidajien työstä. Suomessa tähän asti ainoa varsinaisesti päihdesairaanhoidajien työtä avannut tutkimus on ollut Inkisen (1991) tekemä selvitystasoinen työ, jonka voidaan myös ajatella toimineen tähän tutkimukseen sisältyvän kyselyn esiselvityksenä. Lisäksi käytettävissä oli kaksi suomalaista päihdehoitotyöhön kohdistunutta pro gradu –työtä (Sutinen 1997, Purhonen 2000), joista Sutisen tutkimus ensimmäisenä käsitteli laajemmin suomalaisen päihdehoitotyön sisältöä.

Päihdehoito-ohjelmissa työskenteleville osastonhoitajille (N=25) tehdyissä laadullisissa puhelinhaastatteluissa selvitettiin millaiset tekijät (moral issues) vaikeuttavat hoitotyön henkilöstön työtä. Haastatteluissa useimmin toistuneet tekijät olivat: sairaanhoidajien aseman ja kunnioituksen puute moniammatillisessa työryhmässä, sairaanhoidajien roolia tai tehtäviä (hoito-ohjelmassa) ei ymmärretä, hoitotyön ammatillisen peruskoulutuksen puutteet päihdehoitotyön osalta, hoitotyön omasta viitekehyksestä muotoillun ammatillisen roolin hyväksymisen puute sekä se, että hoidettavilla potilailla on päihderiippuvuuden lisäksi muita samanaikaisia diagnooseja (esimerkiksi päihderiippuvuus ja psykiatrisia häiriöitä). (Allen 1993)

Amerikkalaisen väitöskirjatutkimuksen lähtökohtana oli yksi päihdehoitotyön peruselementti: ”itsen terapeuttinen käyttö”. Käsitteellisenä viitekehyksenä tutkimuksessa käytettiin Paterson ja Zderadin (1979) teoriaa humanistisesta hoitotyöstä ja Peplau (1952) teoriaa intersoonallisesta hoitotyöstä. Giorgin fenomenologista aineiston analyysiä käyttäen tutkittiin viiden päihdesairaanhoidajan vuorovaikutusta kriittisten osoittajien (critical incidents), haastattelujen, tutkimusmuistiinpanojen ja kyselylomakkeiden avulla. Tuloksissa kuvattiin viittä sairaanhoidajien terapeuttisen vuorovaikutuksen kannalta keskeistä teemaa. 1)

Terapeuttisuus sisältyy hoitoyhteisön prosessiin, jossa sitä luodaan yhteistyössä muiden: toisten työntekijöiden ja potilaiden kanssa. Hoitavaan tiimiin liittyen sairaanhoitajat kuvasivat myös omaan ammatilliseen päätöksentekoon liittyvää erilaisuutta ”riskin ottona”. 2) Terapeuttisuus edellyttää intensiivistä ja tietoista läsnäoloa ja ”avoimuutta toiselle persoonalle”. 3) Terapeuttisuuden tietäminen syntyy ammatillisen reflektion ja päätöksenteon kautta. Oman toiminnan reflektoinnissa selvitettiin muun muassa ammatillista roolia ja potilaan ”parasta”. Keskeisiä hoitosuhteen tekijöitä olivat toisaalta ihmisten väliset ja jokapäiväiseen elämään liittyvät rajat sekä toisaalta keskinäinen luottamus. 4) Henkilökohtainen, työstetty trauma ja kokemus toimii terapeuttisen ymmärtämisen (emphatize) välineenä: esimerkiksi hoitajan kokemus alkoholitiperheessä kasvamisesta. Mallina toimiminen oli keino opettaa esimerkin avulla uudenlaista, toipumista edistävää käyttäytymistä, kuten esimerkiksi rehellisyyttä ja luottamusta. 5) Terapeuttisuus – ja edelleen muutos - syntyy vuorovaikutuksessa, jossa sekä hoitaja että potilas kasvavat. Itsen terapeuttinen käyttö päihdehoitotyössä todetaan luonteeltaan holistiseksi, eksistentiaaliseksi ja interpersoonalliseksi. (Conti-O’Hare 1995, 1996)

Happel ja Taylor (1999) tutkivat australialaisen sairaalan päihdeosaston sairaanhoitajien työtä. Laadullisen haastattelututkimuksen avulla selvitettiin asiantuntijasairaanhoitajien (N=6) taitoja (skills) sekä käsityksiä sairaalan muiden sairaanhoitajien asenteista heidän työhönsä. Taitoja koskevien tulosten mukaan hoitotyössä tarvittiin hyviä kontaktitaitoja sekä yksilöllistä ja kokonaisvaltaista lähestymistapaa. Erityisyytenä tuotiin esille käyttäytymisen muutokseen tähtäävä työskentely. Päihdehoitotyön ”fyysiset taidot” sisälsivät potilaan fyysisen terveydentilan arviointia ja elintoimintojen tarkkailua, erityisesti vieroitustilan aikaisen lääkehoidon toteuttamista, sekä erilaisten fyysisten oireiden ja tarpeiden mukaista muuta hoitoa. ”Arviointitaidot” nähtiin hyvin tärkeinä. Arviointi myös kohdistui muuta hoitotyötä laajemmin potilaan kokonaistilanteeseen. ”Potilashoidon (patient management) taidoissa” toisena erityisyytenä nousi autonomian filosofia: hoitotyön vuorovaikutuksessa pyritään edistämään potilaan omaa vastuunottoa, asioiden ajattelemista ja päätöksentekoa. Hoidossa tarvittiin myös taitoa toimia aggressiivisen tai manipuloivan potilaan kanssa. Hankalia tilanteita pyrittiin ehkäisemään ja hoitamaan puheella (”do just by talking”). ”Ryhmätaidot” sisälsivät muun muassa kyvyn toimia joustavalla tavalla ryhmän vetäjänä ja edistää siihen osallistuvien keskinäistä vuorovaikutusta. ”Kommunikaatiotaidot” nähtiin perustaitoina. Kysymisen ja asioiden sanomisen päätarkoituksena oli edistää potilaiden omaa puhumista ja tunteiden ilmaisua. Kommunikaatiotaitoihin sisältyi myös kuunteleminen,

”kaikupohjana toimiminen” ja tukeminen. Näitä taitoja käytettiin osastolla kaikissa mahdollisissa tilanteissa. Tuloksien pohjalta todettiin, että päihteiden käyttäjiä hoitavilla sairaanhoitajilla on erityisiä taitoja ja, että he voisivat antaa tietoja ja tukea myös muille sairaanhoitajille. (Happel & Taylor 1999)

Inkinen (1991) tutki selvitystasoisessa työssään suomalaisen A-klinikkatoimen sairaanhoitajien työtä ja sen kehittämistarpeita. Selvitys tehtiin teemahaastattelemalla 12 sairaanhoitajaa sekä etsimällä tietoa sairaanhoitajien työstä erilaisista muistioista, artikkeleista sekä muista sairaanhoitajien työtä tai sen kehittämistä kuvaavista kirjallisista dokumenteista. Kehittämishankkeeseen liittyi myös päihdehuollon sairaanhoitajien työkokous sekä useita pienempiä ryhmätilanteita. Haastatellut sairaanhoitajat kuvasivat asiakkaansa usein huonokuntoisina, moniongelmaisina, kriisissä olevina. Hoidon suunnittelu ja tavoitteet sekä hoidon kirjaaminen vaihtelivat sairaanhoitajien ajattelussa ja työn käytännöissä melko paljon. Terveyskasvatus oli käsitteenä selkiintymätön. Sairaanhoitajat kokivat ongelmia lääkehoitokäytännöissä ja lääkehoidon linjoissa. Toimenkuvan selkiintymättömyys oli monen ongelma. Laajaan toimenkuvaan, johon sisältyi myös sopivasti kouluttamista tai muuta ”ulospäin suuntautuvaa työtä”, oltiin tyytyväisiä. Työhön vaikuttavista tekijöistä nousi esille kiire ja asiakkaiden paljous. Myös työrauhassa koettiin puutteellisuutta. Työilmapiiriä ja johtajan ominaisuuksia pidettiin tärkeinä. Sairaanhoitaja oli tärkeä työyhteisössään, mutta saattoi olla ”vaan sairaanhoitaja”, ellei ansainnut arvostustaan tekemällä ”samaa kuin muutkin” tai omannut erityisen vahvaa ammatti-identiteettiä sairaanhoitajana. Sosiaalityön ja terveydenhuollon ammattiryhmien välillä koettiin olevan erimielisyyttä. Työssä koetuista vaatimuksista korostui arviointi: asiakkaan terveydentila, hoitopaikan tarve, oikea hoitopaikka, katkaisuhoidon tilannearvio ja päätös hoitoon ottamisesta. Ristiriitana koettiin olemassa oleva tarve ulospäin suuntautuvaan työhön (asiantuntijatehtävät) ja sairaanhoitajamitoituksesta johtuvat esteet siihen. Sairaanhoitajien asema ja hoitotyön johtamisen puuttuminen herätti tyytymättömyyttä. Ammatillisten yhteyksien olemassaolo koettiin tärkeänä. Erityisiä paineita liittyi työyhteisön ainoana sairaanhoitajana olemiseen. (Inkinen 1991)

Sutinen (1997) tutki pro gradu -työssään ”päihdehoitotyötä päihdesairaanhoitajaverkoston jäsenten kuvaamana” (Suomen sairaanhoitajaliitto, päihdehoitotyön verkosto). Esseevastausten (N=51) sisällön analyysin avulla saatujen tulosten mukaan hoitajien toiminnan keskeisiä alueita päihdehoitotyössä olivat 1) hoitotyön toteuttaminen

(sairaanhoidon ja perushoidon antaminen), 2) terveystottumuksiin vaikuttaminen (tiedonantaminen, neuvonta ja ohjaaminen, tukeminen, motivoiminen), 3) yhteistyön tekeminen (työryhmässä ja eri sidosryhmien kanssa), 4) kouluttaminen, konsultoiminen ja työnohjauksen antaminen (työyhteisön sisäinen ja sidosryhmien kouluttaminen, opiskelijoiden opettaminen, työnohjaajana ja konsulttina toimiminen) sekä 5) päihdehoitotyön kehittäminen (asenteisiin vaikuttaminen, oman ammatillisen osaamisen kehittäminen, päihdehoitotyön tutkiminen). Erityisinä työhön liittyvinä piirteinä aineistosta nousi motivoiminen, kieltämisen ymmärtäminen ja asenteisiin vaikuttaminen. Vastaajien tekemä päihdehoitotyö painottui oireita ja sairauksia hoitavaan työhön. Ennaltaehkäisevän ja kärsimyksiä lievittävän työn osuus oli vähäistä. Päihteenkäyttäjän hoitoprosessissa korostui hoidon tarpeen määrittely ja tiedon keruuvaihe. Hoitotyönsuunnitelma ja auttamismenetelmät kietoutuivat toisiinsa eivätkä tavoitteet olleet selkeästi löydettävissä. Päihteenkäyttäjän hoitoprosessin arviointi oli aineiston perusteella vähäistä. (Sutinen 1997) Tutkimusaineistossa oli tutkijan jälkikäteen antaman arvion mukaan mukana noin 10-15 päihdehuollon erityispalveluissa tai päätoimisesti päihdetyössä toimivaa sairaanhoitajaa.

Osa päihdehuollon sairaanhoitajista toimii katkaisuhoidoa antavissa yksiköissä. Sitä annetaan myös terveyskeskusten vuodeosastoilla. Seuraavaa tutkimusta on referoitu, vaikka vastaajat eivät olleetkaan päihdesairaanhoitajia. Tähän on syynä tutkimuksessa käytetty katkaisuhoidon sisällön jäsenitys. Purhonen tutki terveyskeskuksen vuodeosastoilla työskentelevien sairaanhoitajien (N=245) käsityksiä katkaisuhoidossa olevan potilaan voimavaroista ja voimavarojen vahvistamisesta hoitotyön auttamismenetelmin. Kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat (n=163) pitivät potilaiden fyysisen kunnon ja olemuksen kohentamista ja vieroitusoireiden hoitamista keskeisimpänä työnsä sisältönä. Potilaan itsetunnon tukemisen, pahanolon lievittämisen, alkoholiriippuvuuden osoittamisen, ohjaamisen, muutosmotivaation herättämisen, selviytymisen tukemisen, sosiaalisten suhteiden vahvistamisen ja jatkohoidon turvaamisen alueilla he toimivat vähemmän. (Purhonen 2000)

Päihdehoitotyön toiminta sisältää yhtenä keskeisenä osanaan tiedon keruun ja arvioinnin (Inkinen 1991, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999). Tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi sekä suunnittelu on monipuolista kohdistuen päihteiden käyttöön, fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä monenlaisiin elämäntilanteen tekijöihin. Hoitoon tai jatkohoitoon ohjaaminen on myös tärkeä osa tätä päihdehoitotyön toimintaa. Päihteiden käyttäjän terveyden ja

sairaanhoito eri muodoissaan on toinen keskeinen hoitotyön toiminnan alue (Inkinen 1991, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999, Purhonen 2000). Suuri osa päihteiden käyttäjistä tarvitsee vieroitustilan sekä muun fyysisen ja psyykkisen tilan edellyttämää sairaanhoitoa (esimerkiksi tarkkailu, perushoito, rauhoittaminen, lääkehoito, muu vieroitustilaa lievittävä hoito, haavanhoito). Sekä erityisesti päihteisiin liittyvä että muu terveysneuvonta (aiemmin terveyskasvatus) kuuluu myös päihdehoitotyön toimintaan. Päihdehoitotyön toimintaan sisältyy keskeisenä osana muutoksen edistäminen (Inkinen 1991, Conti-O`Hare 1996, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999, Purhonen 2000). Vuorovaikutus erilaisissa hoidollisissa tilanteissa tähtää muutokseen päihteiden käyttäjän omassa ajattelussa ja päätöksenteossa - ja sitä kautta edelleen päihteiden käytössä ja muissa terveyteen ja elämään vaikuttavissa tekijöissä. Päihdesairaanhoitajien työhön kuuluu myös erilaisia yhteistyö-, asiantuntija- sekä kehittämis- ja hallinnollisia tehtäviä (Inkinen 1991, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999).

Päihdehoitotyön erityisyys muuhun hoitotyöhön verrattuna syntyy asiakasryhmän erityispiirteiden, työssä tarvittavien vuorovaikutus- ja muiden taitojen sekä päihdetyön toimintaympäristön piirteiden kautta (Allen 1993, Inkinen 1991, Conti-O`Hare 1996, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999). Asiakkailta on tyypillisesti monenlaisia ongelmia. Osa asiakkaista saattaa myös käyttäytyä ajoittain hankalaksi tai uhkaavasti koettavalla tavalla (esimerkiksi kieltäminen, manipulointi, aggressiivisuus). Päihdehoitotyön vuorovaikutuksen tulisi olla aidosti läsnä olevaa, yksilöllistä ja kokonaisvaltaista. Keskeistä siinä on myös luottamus, rajat, tukeminen ja motivoiminen. Päihdesairaanhoitajat ovat kokeneet työyhteisöissään ongelmia työnsä arvostamisessa ja ammatillisen viitekehänsä mukaisen roolin määrittelyssä. Terveydenhuollon toimintaympäristössä on ollut kielteisiä asenteita päihdetyötä ja sitä kautta myös päihdesairaanhoitajien työtä kohtaan. Päihdetyön moniammatillisessa toimintaympäristössä puolestaan asenteet ja käsitykset ovat liittyneet sairaanhoitajien ammatilliseen osaamiseen ja rooliin (ks. myös Lehto 1991).

3.4. Hoitotyön toiminta suomalaisessa tutkimuksessa

Runsaan vuosikymmenen aikana on tehty lukuisia suomalaista hoitotyön *toimintaa* tai sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien *työtä* koskevia väitöskirjatutkimuksia (esim. Leino-Kilpi 1990, Nojonen 1990, Vehviläinen-Julkunen 1990, Åstedt-Kurki 1992, Munnukka 1993, Pelkonen 1994, Pelttari 1997, Latvala 1998, Lohiniva 1999). Tätä tutkimusta varten on

valituista hoitotyön tutkimuksista tarkasteltu erityisesti niitä tuloksia, jotka jäsentävät sitä, mitä sairaanhoitajat *tekevät* tai mitä hoitotyön toiminta tai keinot ovat. Meleis (1991) määrittelee hoitotyön keinot (nursing therapeutics) kaikiksi niiksi hoitotyön toiminnoiksi (activities and actions), joita tietoisesti käytetään asiakkaiden hoitamisessa (Meleis 1991). Suomalaisiin tutkimuksiin rajoittuva valinta perustuu toisaalta siihen, että kotimaisia hoitotyön tutkimuksia oli riittävästi saatavissa ja toisaalta siihen, että niiden tulokset ovat todennäköisesti parhaiten hyödynnettävissä tutkittaessa samanlaisen koulutus- ja kulttuuritaustan omaavien sairaanhoitajien työtä ja toimintaa.

Leino-Kilven hyvän hoitamisen arviointiperusteita kuvaava käsitejärjestelmä pohjautuu empiiriseen aineistoon. Erilaisilta sairaanhoitajilta (N=223) ja sairaanhoidon opettajilta (N=290) saatu monimuotoinen aineisto analysoitiin käyttäen grounded theory – menetelmää. Tutkimuksen päätuloksena todettiin, että hyvä hoitaminen on monimutkaista inhimillistä toimintaa, jonka ydin on hoitaja-potilas -suhteessa. Hoitotyötä voidaan tarkastella hoitajan ja hänen ominaisuuksiensa, toimintamuotojen (toiminnot, aktiviteetit) ja -tapojen, edellytysten ja tavoitteiden näkökulmasta. Hoitotyön toimintojen kategoria sisältää muutostoiminnot, huolehtimistoiminnot, asianajajuustoiminnot, hoitoprosessiin ja päätöksentekoon suuntautuneet toiminnot, kasvatukselliset toiminnot, potilaan omatoimisuutta tukevat toiminnot, fyysiset toiminnot sekä jatkuvuutta tukevat toiminnot. (Leino-Kilpi 1990)

Hoitotyön ja hoidon suunnittelu on keskeinen osa sairaanhoitajien työtä. Se sisältää monenlaisen tiedon keräämistä, arviointia, tarpeen ja tavoitteen määrittelemistä, ongelman tai kokonaisuuden hahmottamista sekä päätöksentekoa itsenäisesti tai yhdessä asiakkaan ja/tai työryhmän kanssa. Myös hoidon koordinointi, asianajajana toimiminen ja jatkuvuuden varmistaminen voidaan sisällyttää tähän hoitotyön alueeseen. Leino-Kilven teorian toiminnoista näihin kuuluvat hoitoprosessiin ja päätöksentekoon suuntaavat toiminnot, asianajajuustoiminnot sekä jatkuvuutta tukevat toiminnot. (Leino-Kilpi 1990, Nojonen 1990, Munnukka 1993, Latvala 1998, Hannula 1998, Lohiniva 1999)

Sairaanhoito ja huolenpito sisältää yksilölliseen tarpeeseen pohjautuvia erilaisia sekä fyysisiä toimintoja, kuten lääkehoito, haavanhoito, tutkimustoimenpiteet, hieronta, mielekkään toiminnan järjestäminen, puolesta tekeminen, että vuorovaikutuksellisia auttamiskeinoja, kuten psyykkisen tuen antaminen, rohkaiseminen, rauhoittaminen, läsnäolo, turvallisuuden lisääminen. (Leino-Kilpi 1990, Nojonen 1990, Vehviläinen-Julkunen 1990, Åstedt-Kurki

1992, Munnukka 1993, Pelttari 1997, Latvala 1998, Lohiniva 1999) Leino-Kilven hoitotyön teorian toiminnoista tähän alueeseen kuuluvat fyysiset toiminnot ja huolehtimistoiminnot.

Merkittävä osa hoitotyön vuorovaikutuksesta tähtää jonkinlaiseen muutokseen potilaan tiedoissa, sairauteen sopeutumisessa, terveyskäyttäytymisessä ja terveydentilassa. Tiedon antaminen, ohjaus ja neuvonta mainitaan sairaanhoitajan työtä jäsennettäessä lähes poikkeuksetta. Keskustelu potilaan kanssa voi sisältää motivoimista, vaihtoehtojen tarjoamista, vaatimista, neuvomista, opettamista, ratkaisun etsimistä, kysymysten esittämistä, neuvottelua ja kertomista (Leino-Kilpi 1990, Nojonen 1990, Vehviläinen-Julkunen 1990, Åstedt-Kurki 1992, Lohiniva 1999). Keskustelussa hoitaja voi antaa oman osaamisensa käyttöön ja auttaa potilasta näkemään mahdollisuuksia, ymmärtämään itseään sekä tekemään itseään koskevia ratkaisuja (Munnukka 1993). Erilaisten hoitoon sisältyvien keskustelutilanteiden lisäksi kysymyksessä voi olla erityinen terveysneuvonta (Poskiparta 1997, Kettunen 2001) tai terapialuonteinen keskustelu (Latvala 1998). Vuorovaikutuksen tavoitteena voi olla myös konkreettisten taitojen oppiminen, voimavarojen löytäminen ja itsenäisyyden vahvistuminen (Pelttari 1997, Hannula 1998, Latvala 1998). Leino-Kilven hoitotyön toiminnoista tähän ryhmään voidaan sisällyttää kasvatukselliset toiminnot, muutostoiminnot sekä omatoimisuutta tukevat toiminnot.

Kaikessa hoitotyön toiminnassa ja siihen sisältyvässä vuorovaikutuksessa keskeistä on potilaan ja hoitajan suhde ja vuorovaikutuksen laatu. Suomalaisissa hyvää hoitotyötä mallintavissa tutkimuksissa on yhä vahvemmin noussut esille hoitosuhteen yhteistoimintaan tai yhteistyösuhteeseen pohjautuva luonne ja sitä tukeva vuorovaikutus. (Nojonen 1990, Åstedt-Kurki 1992, Munnukka 1993, Latvala 1998).

Hoitotyötä tehdään hyvin erilaisissa toimintaympäristöissä. Sairaanhoitajien työtä säätelevät myös niihin sisältyvä työnjako ja toimintakäytännöt. Terveystenhoitajien työn muotoja ovat avovastaanotto toiminta, puhelinohjaus, ensiapu ja lääkärin avustaminen (Lohiniva 1999). Mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyöhön sisältyy yksilöhoitosuhteessa toimimista, yhteistyötä potilaan ja perheen kanssa sekä kuntouttavia toimintoja (Hannula 1998). Asiakastyön lisäksi hoitotyöhön sisältyy yhteistyö- asiantuntija- ja hallinnollisia tehtäviä (Pelttari 1997, Latvala 1998, Hannula 1998, Lohiniva 1999).

Tarkastellut tutkimukset sisältävät tietoa siitä, mitä hoitaja tekee, miten tai missä yhteydessä hän toimii sekä tietoa hoitotyön ytimessä olevasta hoitosuhteesta. (Kuvio 1.)

HOITOTYÖN TOIMINNAN JA HOITOSUHTEEN KUVAUSTA VALIKOIDUISSA SUOMALAISISSA TUTKIMUKSISSA 1990-1999	
Leino-Kilpi VK 1990	hoitotyö - <i>hoitotyön toiminnot</i> : muutostoiminnot, huolehtimistoiminnot, asianajajuustoiminnot, hoitoprosessiin ja päätöksentekoon suuntautuneet toiminnot, fyysiset toiminnot, kasvatukselliset toiminnot, jatkuvuutta tukevat toiminnot
Nojonen VK 1990	psykiatrinen hoitotyö - <i>kuntoutukset keinot – hoitajan toiminta</i> : tiedon antaminen, tiedon kerääminen, yhdessä toimiminen, puolesta tekeminen, psyykkisen tuen antaminen, motivoiminen, vaatiminen, kieltäminen tai rajoittaminen, koordinoiminen
Vehviläinen-Julkunen VK1990	terveydenhoitajan työ - <i>hoitosuhde sisältää</i> tiedon antamista, neuvontaa, neuvottelua, rauhoittamista, vahvistamista, leikinlaskua, kuuntelemista, nonverbaalia viestintää
Åstedt-Kurki VK 1992	hoitotyö - <i>Asiakaskeskeinen hoitava toiminta</i> : kuuntelemista, auttamista, huolenpitoa ja hoivaa, itsenäiseksi tukemista, keskustelua, läsnäoloa, neuvontaa ja ohjausta, vaihtoehtojen tarjoamista, varmistamista, välittämistä, turvallisuuden lisäämistä sekä kunnioittamista ja vastavuoroisuutta
Munnukka VK 1993	hoitotyö – <i>yhteistyösuhte sisältää</i> : ”ammattillinen osaaminen potilaan käyttöön, ”ajallaan auttaminen”: sen hetkisten toiveiden toteuttaminen, etujen valvonta, kiireetön ihmissläheinen huolenpito; auttaa näkemään omat mahdollisuutensa (toivo) ja lisäämään tietoisuutta itsestään, asiallisen selkeän tiedon antaminen, auttaa ymmärtämään itseään ja tekemään ratkaisuja, läsnäoloa, kuuntelemista, kertomista, keskustelua .
Pelttari VK 1997	hoitotyö - <i>ihminen ihmiselle –vaatimukset työssä</i> : vuorovaikutus, huolenpito, auttaminen asiakkaan/potilaan monissa ongelmissa, asianajajana toimiminen, asiakkaan/potilaan itsehoidon tukeminen, moniammatillinen yhteistyö
Latvala VK 1998	psykiatrinen hoitotyö – hoitotyön tyypit: varmistava, kasvattava ja yhteistoiminnallinen. <i>Yhteistoiminnallisessa hoitotyössä</i> yhteisesti määritelty muutoksen suunta, konsultoiva yhteistyö, jaettu vastuu, yhteistyössä tapahtuva päätöksenteko ja potilaan voimavarojen todentaminen - potilaan omien voimavarojen etsiminen ja tukeminen, potilaan vastuullisuuden tukeminen, ”osallistava vuoropuhelu”
Lohiniva VK 1999	terveydenhoitajan työ - <i>työn toimintakokonaisuudet ja ydintoiminnot</i> : neuvola: hoitosuhteen luominen, tutkimus- ja tarkastustoimenpiteet, neuvonta ja ohjaus, psykososiaalinen tuki; sairaanhoito: avovastaanotto toiminta, puhelinohjaus, ensiapu ja akuuttisairaanhoito, lääkärin avustaminen, kotisairaanhoito; ryhmäohjaus, luennot, esitelmät; yhteisön terveyden edistäminen
Hannula pro gradu 1998	psykiatrinen hoitotyö – mielenterveys-, kriisi- ja päihdetyön <i>ammattitaidosta</i> : yksilöhoitosuhteessa toimiminen, yhteistyö potilaan ja perheen kanssa, kuntouttavat toiminnot, lääkähoidon toteutus, tuki voimavarojen löytämiseksi, potilaan asianajajana toimiminen, ohjaaminen ja opettaminen; asiantuntijana toimiminen, laadunvarmennus ja kehittäminen

Kuvio 1. Hoitotyön kuvausta tarkastelluissa tutkimuksissa

3.5. Tutkimuksen viitekehys ja käsitteet

Tutkimuksen kohteena on päihdehuollon sairaanhoitajien työ, joka sisältää asiakastyötä sekä erilaisia hallinnollisia, asiantuntija- ja yhteistyötehtäviä. Työn painopiste on asiakastyössä, jossa käytetään erilaisia hoitotyön ja muita päihdepotilaiden hoidossa käytettäviä menetelmiä. Sairaanhoitajien työhön ja sen sisältöön vaikuttavat toisaalta yksilölliset, työntekijään liittyvät tekijät ja toisaalta toimintaympäristöön liittyvät tekijät. Tässä tutkimuksessa sairaanhoitajien työn toimintaympäristönä on päihdehuollon erilaiset erityispalvelut päihdeongelmaisine asiakkaineen ja työmuotoineen. *Asiakastyön muodot* ovat päihdehuollon palveluissa toteutuvia käytäntöjä tai muotoja toteuttaa asiakastyötä, kuten esimerkiksi yksilökeskustelut, toiminnallinen ryhmä ja yhteisöhoito.

Hoitotyön toiminta jakautui teoreettisessa tarkastelussa kolmeen keskeiseen alueeseen. Ne muotoutuivat sekä päihdehoitoon ja päihdesairaanhoitajan työhön liittyvän tutkimus- ja muun tiedon että hoitotyön sisältöä jäsentävän tutkimustiedon pohjalta. Hoitotyön toiminnalla tarkoitetaan tässä sairaanhoitajien konkreettista ja vuorovaikutuksellista toimintaa erilaisissa hoitotapahtumissa. Seuraavassa esitetään kyseiset alueet ja kuhunkin niistä tässä tutkimuksessa liittyvät kysymysosiot:

1) Tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi sekä hoidon suunnittelu ja sopiminen:

päihdeasiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi; hoidon suunnittelu, sopiminen, seuranta ja kirjaaminen,

2) Päihteenkäyttäjän tarpeenmukainen hoito, tuki ja auttaminen: terveydentilaan liittyvät tutkimukset, lääkehoito; vieroitustilan ja muun terveydentilan tarkkailu ja hoito sekä perushoidosta huolehtiminen; psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen,

3) Muutosta edistävä vuorovaikutus: neuvonta ja opettaminen; hoidollisen keskustelun sisältö.

Tässä käytetty jako hoitotyön toiminnan kolmeen alueeseen on teoreettinen. Käytännön hoitotilanteisiin sisältyy vaihtelevasti, ja jopa samanaikaisesti useita toimintoja keskusteluineen, kuten esimerkiksi asiakkaan vieroitustilan arviointi, verenpaineen mittaus, rauhoittaminen ja tiedon antaminen. Päihdehoitotyön toiminnasta ja sen alueista saadaan tässä tutkimuksessa vain se tieto, joka sisältyy käytettyihin kysymyksiin. Tulokset antavat näin osittaisen kuvan kustakin alueesta.

Päihdehuollon sairaanhoitajan työhön kuuluu myös tavallisesti *yhteistyö-, asiantuntija- sekä hallinnollisia ja kehittämistehtäviä*. Asiantuntijatehtävillä tässä yhteydessä tarkoitetaan opettamista ja kouluttamista, konsultointia ja työnohjausta sekä tiedottamista ja ennaltaehkäisevää päihdetyötä.

Hoidolliset keskustelut toteutuvat hyvin erilaisissa hoitotyön asiakastilanteissa ja myös erilaisen toiminnan yhteydessä. Kyselyssä käytettiin hoidollisen keskustelun vaihtoehtoisina käsitteinä myös ”hoitosuhdetta” ja ”terapiaa”. Kaikilla näillä tarkoitetaan eri tavoin hoitavaa keskustelua asiakkaan kanssa. Tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena on se, mitä keskusteluissa päihdeasiakkaan kanssa käsitellään. Osion tarkoituksena on antaa tietoa päihdehoitotyön muutosta edistävästä vuorovaikutuksesta.

Hoitomenetelmät, lähestymistavat tarkoittavat pääasiassa päihdeasiakkaiden hoidossa käytettäviä erilaisia menetelmiä tai lähestymistapoja. Useimpia menetelmiä käytetään terapiassa tai muussa hoidollisessa keskustelussa. Muutamat niistä sisältävät jotain konkreettista toimintaa. Tässä tutkimuksessa alkuperäistä, Stakesin tutkimuksessa käytettyä mittaria on muutettu paremmin tutkittavan ammattiryhmän työhön sopivaksi sekä poistamalla että lisäämällä muutamia menetelmiä tai lähestymistapoja (ks. LIITE 1). Kyselyn osion tarkoituksena on tarkentaa kuvaa päihdesairaanhoitajien työssä käytettävistä hoitomenetelmistä.

Seuraava kuvio muodostaa tämän tutkimuksen viitekehysten sisältäen päihdehuollon sairaanhoitajan työn edellä mainitut tarkastelun kohteet . (Kuvio 2.)

PÄIHDEHUOLLON SAIRAANHOITAJAN TYÖ		
ASIAKASTYÖN MUODOT kenen kanssa, miten	TILANTEEN JA HOIDON TARPEEN ARVIOINTI & HOIDON SUUNNITTELU JA SOPIMINEN	YHTEISTYÖ kenen kanssa
<i>HOITO-MENETELMÄT, JA LÄHESTYMISTAVAT</i>	PÄIHTEENKÄYTTÄJÄN TARPEENMUKAINEN HOITO, TUKI JA AUTTAMINEN	KONSULTOINTI KOULUTUS TYÖNOHJAUS
<i>HOIDOLLISEN KESKUSTELUN SISÄLTÖ</i>	MUUTOSTA EDISTÄVÄ VUOROVAIKUTUS kuuntelu, keskusteleminen neuvonta, opettaminen, ohjaus, motivoiminen, keskusteluhoito, terapia	HALLINTO & KEHITTÄMINEN

Kuvio 2. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö

Kuvion keskimäinen sarake muodostaa päihdehoitotyön toiminnan ytimen. Ensimmäinen sarake vasemmalta täydentää kuvaa päihdehuollon sairaanhoitajan työstä päihdeasiakkaiden kanssa. Sarake oikeassa reunassa sisältää muita kuin asiakastyön tehtäviä.

4. AINEISTO JA MENETELMÄT

Hoitotieteen tutkimuksessa voidaan käyttää joko kvantitatiivisia tai kvalitatiivisia menetelmiä tai niiden yhdistelmiä. Tutkimusongelma ja tutkittava ilmiö määrää, kuinka niitä kannattaa lähestyä ja millaisin menetelmin. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998a)

Tutkittavan sairaanhoitajaryhmän työtä on tutkittu vähän (Long & Floyd-Walker 1989, Allen 1993, Conti-O`Hare 1995, Rassool 1996, Happel & Taylor 1999). Menetelmäksi valittiin strukturoitu kyselytutkimus, koska tutkijalle on kertynyt viimeisen yli kymmenen vuoden aikana paljon erilaista tietoa tutkimuskohteesta. Asiantuntemus pohjautuu omaan työkokemukseen hoitotyössä, selvitystyöhön teemahaastatteluineen (Inkinen 1991), kouluttajatehtävien yhteydessä kerättyyn tietoon sekä aiheen työstämiseen (ks. esim. Inkinen ym. 2000, s. 214-215).

Kyselytutkimuksella on mahdollisuus tavoittaa samalla kertaa suurempi vastaajajoukko. A-klinikkasäätiön yksiköissä työskentelevät sairaanhoitajat muodostavat kokonaisuudeksi sopivan kokoisin kohderyhmän, jonka tutkittavaksi valitseminen liittyy myös kyseisen organisaation sisäiseen kehittämiseen ja siihen liittyvään tiedon tarpeeseen.

Tutkimus on kuvaileva ja sen tilastollisina menetelminä käytetään frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä ristiintaulukointia. Erojen tilastollisen merkitsevyyden testaukseen käytetään Khiin neliötestiä.(Heikkilä 2001).

4.1. Mittarin laadinta

Tutkimuksessa käytetty mittari laadittiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomake (LIITE 2) sisälsi kaiken kaikkiaan 22 numeroitua kysymystä, joista useimpien alla oli useiden alakohtien taulukko vastausruutuineen. Asiakastyön sisältöön liittyvät laajimmat kysymykset 12-15 sisälsivät kukin 23-28 vastattavaa alakohtaa. Tällaisten kysymysten vastausasteikko oli likert –tyyppinen. Asteikko tehtiin kolmiportaiseksi toisaalta vastaamista ajatellen, toisaalta sen takia, että usein joudutaan kuitenkin käytännössä yhdistämään luokkia ristiintaulukoinnin yhteydessä niiden saamien pienien solufrekvenssien takia.(Polit & Hungler 1999, Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2000, Heikkilä 2001)

Mittarin taustamuuttujina olivat vastaajamuuttajat (kysymykset 1-8) ja työympäristöön liittyvät muuttajat (kysymykset 9-11). (LIITE 5) Työympäristöä kuvaavina muuttujina olivat lisäksi työryhmän ja johtamisen laatu (kysymykset 19, 20), joita mitattiin kumpaakin kuudella eri osatekijällä ja niiden laadun karkealla arvioinnilla (hyvä, kohtalainen, huono).

Sairaanhoitajien työn sisältöä kuvaava mittari sisälsi neljä asiakastyöhön liittyvää osiota sekä yhteistyötä, asiantuntijatehtäviä ja hallinnollisia tehtäviä koskevat osiot. Kaikissa niissä vastattiin kysymykseen, kuinka paljon jokin toiminta sisältyy omaan työhön. Kolmiportaisessa asteikossa vaihtoehtoina olivat: paljon, jonkun verran, ei (sisälly työhöni). Paljouden arviointi perustui jokaisen omaan subjektiiviseen käsitykseen omasta työstään. Paljouden arvioinnilla haettiin vastausta työhön kuuluvien erilaisten työmuotojen tai toiminnan painotuksesta tutkittavan ryhmän työssä. Asiakastyön kolmen osion kysymysten (12-14) jälkeen pyydettiin mahdollista kommenttia edeltävistä kysymyksistä. Lisäksi kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avokysymystä (kysymykset 21 ja 22) vastaajien työn ja osaamisen kehittämistä.

Asiakastyötä kuvaavat osiot olivat: asiakastyön muodot, hoitotyön toiminta, hoidollisen keskustelun sisältö sekä päihdehoidon menetelmät. Asiakastyön muodot -osio sisältää yleisiä päihdehuollon toiminta- ja palvelumuotoja. Osion kysymyksiin voisivat sairaanhoitajien lisäksi vastata myös muiden ammattiryhmien edustajat. Osion kysymykset perustuivat tietoon kyseisen organisaation palveluista (ks. esim. A-klinikkasäätiön toimintakertomus 2002, Suhonen & Murto 2002). Hoitotyön toiminta ja hoidollisen keskustelun – osio perustuu sekä hoitotyön käsitteisiin ja tutkimuksiin (ks. Kuvio 1 s. 19), päihdehoitoa ja -hoitotyötä koskeviin tutkimuksiin (esim. Lehto 1991, Jaatinen 1996, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999, Suhonen & Murto 2002) sekä tutkijan omaan asiantuntemukseen ja selvitystasoiseen tietoon (Inkinen 1991). Päihdehoidon menetelmät –osio perustuu pääosin Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta tehtyyn päihdehoidon selvitystä varten luotuun mittariin (Pienimäki 2001), jota tarkistettiin sekä poistaen, lisäten ja hieman muuttaen muutamia mittariin sisältyviä hoitomenetelmiä tai –lähestymistapoja, jotta se soveltuisi paremmin tutkittavan ryhmän työhön. (LIITE 1) Sairaanhoitajan työhön sisältyvät muut kysymykset alakohtineen (yhteistyötahot, asiantuntijatehtävät ja hallinnolliset tehtävät) perustuivat tutkijan ja organisaation palveluista käytettävissä olevaan tietoon.

Kyselylomaketta ja sen sisältämää mittaria arvioi ja kommentoi kolme päihdetyön asiantuntijaa, joista yksi päihdehoitotyön asiantuntija (THM Tiina Sutinen) ja kaksi kohderyhmän työn ja toimintaympäristön hyvin tuntevaa alan asiantuntijaa (LKT, dosentti Rauno Mäkelä ja VTT, dosentti Lasse Murto). Mittaria tarkistettiin annettujen ehdotusten pohjalta.

4.2. Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki A-klinikkasäätiön tutkimushetkellä työssä olevat, sairaanhoitajakoulutuksen saaneet työntekijät, jotka tekivät ainakin osan ajastaan asiakastyötä. A-klinikkasäätiön yksiköitä, joissa työskentelee sairaanhoitajia ovat avohoitoa tarjoavat A-klinikat (n=17) ja nuorisoasemat (n=4) sekä huumeiden käyttäjille tarkoitettut terveysneuvontapisteet (n=3) sekä opiaattiriippuvaisten vieroitus- tai korvaushoitopoliklinikat (n=3). Kuntoutumisyksikkö -nimikkeen alla on erilaisia laitoshoidoa tarjoavia yksiköitä: katkaisu- ja kuntoutumishoitoa, terapeuttisia hoitoyhteisöjä ja asumispalveluja (kuten yhteisökodit). Lisäksi sairaanhoitajia työskentelee Järvenpään sosiaalisairaalassa.

Kyselylomake (LIITE 2) lähetettiin huhtikuussa 2002 A-klinikkasäätiön aluejohtajille sekä sähköpostilla että postilla. Vastaajia koskevien tietojen (lukumäärä, nimet) saaminen keskustuimistosta ei ollut mahdollista. Kyselylomakkeiden postittaminen suoraan yksiköiden sairaanhoitajien nimillä olisi edellyttänyt erillistä tietojen keräämistä alueyksiköistä. Tässä vaiheessa myöskään sairaanhoitajakoulutuksen saaneiden lukumäärästä ei vielä ollut tarkempaa tietoa. Arvio oli, että A-klinikkasäätiön yksiköissä olisi yli sata sairaanhoitajaa.

Johtajille tehtiin oma saatekirje (LIITE 3), jossa heitä pyydettiin välittämään lomake yksikkönsä sairaanhoitajakoulutuksen saaneille työntekijöille. Kyseisen kirjeen hyväksyi ja allekirjoitti myös A-klinikkasäätiön toimitusjohtaja. Vastauslomakkeeseen liittyi myös vastaajien saatekirje (LIITE 4). Myös sähköpostitse vastaaminen oli mahdollista. Vähän ennen palautusajan umpeutumista lähetettiin sähköpostilla yksi muistutusviesti, jossa annettua vastausaikaa pidennettiin vähän. Kaikki saapuneet lomakkeet otettiin mukaan tutkimukseen.

Kyselyn toteuttamisen jälkeen selvitettiin kysymällä puhelimitse erikseen jokaisesta yksiköstä niissä tutkimusajankohtana työskennelleiden sairaanhoitajien tai terveydenhoitajien lukumäärä. Tiedustelun tulokseksi saatiin kokonaisuudeksi 145 sairaanhoitajaa. Luvussa on

mukana myös osa-aikaiset ja määräaikaiset työntekijät, jotka olivat työsuhteessa tiedonkeruuajankohtana. Tiedot keräsi projektiassistentti annettujen ohjeiden mukaan.

Palautuneita kyselylomakkeita oli yhteensä 95. Lomakkeista jouduttiin kuitenkin hylkäämään neljä, koska yksi vastaaja oli lopettanut vastaamisen kesken ja kyselyyn jakeluun liittyvästä syystä kolmessa lomakkeessa oli vain kolme ensimmäistä sivua (yksikköön ilmoitettiin asiasta ja siellä tulostettiin uudelleen kokonaiset lomakkeet). Yhtä sähköpostitse vastannutta lukuun ottamatta vastaukset tulivat postitse. Kyselyn kokonaisvastausprosentti oli 66 ja analyysissa mukana olleiden lomakkeiden (n=91) mukainen prosentti 63. Näistä a-klinikkatoimen sairaanhoitajien vastausprosentti oli 76 (n=81/106). Päihdesairaalan sairaanhoitajien vastausprosentiksi jäi 26 (n=10/39).

Käytettävissä olleen tiedon perusteella voi arvioida, että osallistuminen on ollut tasaista. Vastaamatta jäämisen syynä ei näytä olleen ainakaan merkittävässä määrin se, että vastaaja ei olisi tiennyt kyselystä tai ei olisi saanut lomaketta. Kaksi vastaajaa sai sattumalta muussa yhteydessä tiedon kyselystä suoraan tutkijalta ja hankkivat tämän jälkeen itselleen kyselylomakkeen. Vastaamatta jättäneet ovat arvion mukaan olleet joko kiireisiä tai eivät ole olleet kiinnostuneita vastaamaan tai he eivät ole olleet kyseisenä ajankohtana työssä.

4.3. Aineiston käsittely ja analysointimenetelmät

Lomakkeiden tarkastelun jälkeen tehtiin muuttujaluettelo (LIITE 5). Tässä yhteydessä tarkistettiin sairaanhoitajakoulutusta koskevan kysymyksen luokitusta (sairaanhoitajakoulutuksen muodon luokat: vanhamuotoinen (2,5v), uusimuotoinen (3,5v) ja AMK –koulutus sekä erikoistuminen - terveydenhoitajakoulutus). SPSS -tilasto-ohjelmaan (11.0) tehty tallennuspohja, koodatut vastauslomakkeet ja tallennusohjeet annettiin tallentajalle. Tallennetusta aineistosta analysoitiin SPSS –ohjelmalla ensimmäiset kuvailevat analyysit: muuttujien frekvenssit ja prosentit sekä niiden jälkeen joitakin ristiintaulukointeja. Saatujen alustavien tulosten tarkastelun jälkeen tilastoaineistoon tehtiin vielä korjauksia ja muuttujamuunnoksia. Muutamien taustamuuttujien luokkia (ikäluokat, yksikkötyypit, työkokemus päihdetyössä, työkokemus muussa työssä sairaanhoitajana) yhdistettiin, jotta tehtävissä ristiintaulukoinneissa saataisiin suurempia luokkafrekvenssejä. Tämän jälkeen aineisto analysoitiin uudelleen SPSS -ohjelmalla käyttäen korjattuja muuttujaluokkia. (Yli-Luoma 1999, Heikkilä 2001, Muhli 2002, Nevanlinna 2002)

Ryhmien (ikäryhmä, koulutusmuoto, erikoistuminen, työkokemus päihdetyössä ja yksikkötyyppi) välisiä eroja tutkittiin analysoimalla muuttujien välistä yhteyttä ristiintaulukointien avulla. Erojen tilastollista merkitsevyyttä tutkittiin nominaaliluokkien kohdalla käytettävissä olevalla Khiin neliötestillä. Sellaisia tilastollisesti merkitseviä eroja (P 0.00-0.005), jotka täyttivät myös testin luovallisuussäännön (korkeintaan 20 % odotusfrekvensseistä on pienempiä kuin 5) oli vain muutamia. Tuloksia raportoidessa tuodaan esille myös muuten merkittäviä ryhmien välisiä eroja, jotka eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Tilastollisesti merkitsevien erojen kohdalla tuodaan esille testin P -arvo ja merkitsevyytaso. (Heikkilä 2001)

4.4. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Määrällisessä tutkimuksessa mittarin luotettavuus on keskeistä. Mittarin validiteetilla kuvataan sitä, missä määrin mittari mittaa juuri sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Validiteettia arvioidessa voidaan arvioida erikseen sisältövaliditeettia, käsitevaliditeettia ja kriteerivaliditeettia. Sisältövaliditeettia arvioidessa tarkastellaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksessa käytetyt käsitteet on kyetty operationalisoimaan mitattaviksi. Käsitevaliditeetti ilmaisee laajuuden, jossa mittari mittaa tarkasteltavaa käsitettä sekä mittarin yhteyden teoreettiseen taustaan. Kriteerivaliditeetilla kuvataan mittarilla aikaansaatu yhteyttä nykyisyyteen. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998b, Alkula & Pöntinen & Ylöstalo 1999, Heikkilä 2001)

Tutkimuksessa käytetty mittari kehitettiin tätä tutkimusta varten. Mittari perustuu aikaisempiin päihdehuollon työtä, päihdesairaanhoidajien työtä sekä hoitotyön sisältöä käsitteleviin tutkimuksiin sekä tutkijan omaan, eri tavoin kertyneeseen asiantuntemukseen. Tutkittava ilmiö rajattiin, operationalisoitiin osa-alueisiin ja muotoiltiin edelleen niihin liittyvät kysymysosiot. Kysymykset muotoiltiin kohderyhmälle mahdollisimman tutuilla käsitteillä. Lomakkeen ulkoasuun, kysymysten ryhmittelyyn, järjestykseen ja vastaamisen helppouteen kiinnitettiin erityistä huomiota. Mittaria ja sen sisältöä arvioi ennen käyttöönottoa kolme päihdehuollon ja/tai sairaanhoidajien työtä ja tutkimustyötä hyvin tuntevaa asiantuntijaa, jonka jälkeen tehtiin tarvittavat muutokset.

Mittarin reliabiliteetti tarkoittaa sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteettia pyrittiin parantamaan saatekirjeen ohjeiden ja kysymysten ymmärrettävyyden avulla. Vaikka kysymyksiä eri osioihin sisältyen oli paljon, vastausvaihtoehdot oli kuitenkin tehty vastaajaa ajatellen helpoiksi. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1998b, Heikkilä 2001)

Kyselytutkimuksissa vastausprosentti jää usein alle 60 (Heikkilä 2001). Vastaamattomuus aiheuttaa harhaa tuloksiin ja tutkimuksen tulokset ovat sattumanvaraisia, jos otoskoko on pieni. Vastausprosentin suuruuteen vaikuttaa monet tekijät: kohderyhmä, tavoittaminen, aihe, saatekirje, kysymysten määrä, lomakkeen ulkoasu, palautustapa, ajankohta sekä uusintakyselyn tekeminen. Tässä tutkimuksessa kaikkien saapuneiden lomakkeiden vastausprosentti oli 66 ja hyväksytyjen lomakkeiden osalta 61. Kato kohdistui yhteen isoon yksikköön, jossa myös oli ongelmia jakelussa ja sieltä saapuneista lomakkeista oli hylättävä 4. Muiden yksiköiden yhteinen vastausprosentti oli 76, joka on hyvä. Tutkimuslomake oli pitkä, mutta kuitenkin yksinkertainen. Kohderyhmän omassa saatekirjeessä motivoitiin vastaamiseen. Jakelu toteutettiin yksikköjohtajien kautta, joita motivoitiin siihen heille tarkoitetussa omassa, tutkijan ja toimitusjohtajan yhdessä allekirjoittamassa saatekirjeessä. Varsinaista uusintakyselyä ei suoritettu, vaan alueyksiköiden johtajille lähetettiin sähköpostitse informaatio jo saaduista vastauksista ja toteamus lisääjasta, jolla kyselyyn vastaamattomat voivat vielä vastata.

4.5. Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkimustyön eettiset kysymykset ovat tärkeitä tutkittaessa inhimillistä toimintaa, jossa ihminen on tietoinen ja toimiva subjekti. Keskeistä on, että tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Myös tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava haittaa suurempi. Tutkimuksen luvasta sovitaan tutkimusorganisaation johdon kanssa. Tutkimukseen osallistuminen on tutkittaville vapaaehtoista, ja heillä on sekä keskeyttämismahdollisuus että oikeus pysyä tuntemattomana. Heillä on myös oikeus antamiensa tietojen luottamukselliseen käsittelyyn. Kvantitatiivisen tutkimuksessa on huolehdittava myös siitä, ettei tuloksia esitetä liian pienistä ryhmistä, jolloin jokin tietty ryhmä voitaisiin tunnistaa (Alkula ym. 1999, Nieswiadomy 1998, Vehviläinen-Julkunen 1998b.)

Tutkimuksen avulla haluttiin saada tietoa päihdehuollon sairaanhoitajien työstä, koska aikaisempia tutkimuksia on varsin vähän. Tutkimuslupa saatiin suoraan A-klinikkasäätiön toimitusjohtajalta, hoito- ja tutkimuseettistä toimikuntaa ei tässä yhteydessä tarvittu, koska kyse ei ollut asiakaskuntaan kohdistuvasta tutkimuksesta. Eettisiä ongelmia ei ilmennyt.

Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat saivat kyselylomakkeeseen liittyvän saatekirjeen, jossa selvitettiin lyhyesti tutkimuksen lähtökohta. Heille kerrottiin myös, että tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työn ja osaamisen kehittämisessä eri tavoin ja että tutkimus on samalla opinnäytetyö. Tutkimukseen osallistuvia sairaanhoitajia pyydettiin vastaamaan nimettöminä ja heille kerrottiin vastaamisen olevan vapaaehtoista. Lisäksi korostettiin tutkimuksen luottamuksellisuutta. Saatekirjeessä oli tutkimuksen tekijän yhteystiedot. Tutkimukseen osallistuneet sairaanhoitajat palauttivat lomakkeen haluamallaan tavalla (postitse erikseen, postitse yhdessä muiden vastaajien kanssa, sähköpostitse). Palautetut lomakkeet koodattiin numeroilla. Vastauksia käsitteli tutkijan lisäksi aineiston tallentaja. Tutkimusaineiston analysoinnissa ja raportoinnissa huolehdittiin siitä, ettei yksittäisen vastaajan tietoja voi tunnistaa, eikä tuloksia verrattu tutkimuksessa mukana olleiden yksiköiden kesken.

5. TULOKSET

5.1 Taustatiedot

Taustatiedot muodostuvat kahdenlaisista tiedoista: vastaajia itseään koskevista tiedoista ja vastaajien työympäristöä ja työsuhdetta koskevista tiedoista. Taustatietoja koskevat tiedot esitetään liitetaulukoissa 1-10 (LIITE 6).

Vastanneista sairaanhoitajista (N=91) enemmistö oli naisia 89 % (n = 81). Miesten osuus oli 11 % (n = 10). Suurin yksittäinen ikäryhmä oli 26-35 -vuotiaat (46%). Kokonaisuudessaan yli puolet (55%) vastaajista oli iältään korkeintaan 35 -vuotiaita tai nuorempia. (Liitetaulukko 1.) Lähes puolella (48%) vastanneista oli uusimuotoinen koulutus ja kolmanneksella (33%) vanhamuotoinen koulutus. AMK -tutkinto oli lähes viidenneksellä (19%) vastanneista. (Liitetaulukko 2.) Erikoistumisella tarkoitettiin sekä vanhamuotoisen koulutuksen erillistä vuoden erikoistumiskoulutusta että uusimuotoisen koulutuksen sisältämää erikoistumista. Lähes puolet (48%) vastanneista oli erikoistunut psykiatriseen hoitotyöhön. Lähes neljännes oli erikoistunut johonkin muuhun erikoisalaan. Useimmiten kysymyksessä oli sisätautikirurginen hoitotyö. Lisäksi vastaajat olivat erikoistuneet lasten sairaanhoitoon, leikkaussalihoitotyöhön, anestesiahoitotyöhön ja kättilöksi. Kahdeksan erikoistuneista sairaanhoitajista oli erikoistunut sekä psykiatriseen että johonkin edellä mainituista muista hoitotyön erikoisaloista. Terveystutkimus oli kymmenesosalla vastaajista. (Liitetaulukko 3.) Lisäksi neljällä vastaajalla oli myös alan kouluasteen tutkinto ja neljä vastaajaa oli suorittanut ammattikorkeakoulun erikoisopinnot .

Päihdetyön työkokemusta tutkimukseen vastanneilla sairaanhoitajilla oli useimmin 1-4 vuotta (39 %) Yli puolella vastaajista oli työkokemusta alle viisi vuotta (55 %) ja alle puolella (45 %) yli viisi vuotta. Vastaajista viidennekselle (21 %) oli kertynyt pitkä päihdetyön työkokemus: 15 vuotta tai enemmän. (Liitetaulukko 4.) Työkokemusta sairaanhoitajana muissa sosiaali- tai terveydenhuollon palveluissa oli suurimmalla osalla (58 %) alle viisi vuotta. Tästä ryhmästä kuusi ei ollut työskennellyt sairaanhoitajana muualla kuin päihdehuollossa. (Liitetaulukko 5.) Työkokemuksen laatua sairaanhoitajana muissa kuin päihdehuollon erityispalveluissa / päihdetyössä selvitettiin kysymällä millaisissa yksiköissä vastaajat olivat työskennelleet. Muissa kuin päihdehuollon erityispalveluissa vastaajat (n =

85) olivat työskennelleet sairaanhoitajana useimmin somaattisella tai psykiatrisella vuodeosastolla sekä somaattisessa avohoidossa ja vanhustenhuollossa. (Liitetaulukko 6.)

Hieman yli puolet (51 %) vastaajista työskenteli jossakin avohoitoa tarjoavassa yksikössä. Neljännes vastaajista työskenteli katkaisu-/vieroitushoitoa tarjoavassa yksikössä tai osastolla ja melkein neljännes kuntouttavaa hoitoa tarjoavassa yksikössä. Avohoitoyksiköitä ovat A-klinikat ja vastaavat sekä nuorisoasemat (n = 4) ja huumeiden käyttäjille tarkoitetut avohoitoyksiköt (n = 11). Kuntoutusyksiköiden luokka sisältää myös ”muut nuorten hoitoyksiköt” (n = 5) sekä yhteisökotityyppiset yksiköt (n = 4). (Liitetaulukko 7.) Huumeiden käyttäjien hoitoyksiköissä työskenteli vastaajista 15 (17 %), joista 11 avohoitoyksikössä ja 4 vieroitus- tai kuntoutusosastolla.

Sairaanhoitajan tai erikoissairaanhoitajan nimikkeellä työskenteli melkein 80 % vastaajista (n = 71). Loput jakautuivat osastonhoitajiin, ohjaajiin ja muihin. Osastonhoitajien ryhmään sisältyi yksi vastaava sairaanhoitaja ja ohjaajien ryhmään yksi vastaava ohjaaja. Ryhmä muu sisälsi nimikkeet: kouluttaja, sosiaaliterapeutti, projektityöntekijä ja yksikköjohtaja. Ohjaajan nimikkeellä työskenneltiin tyypillisesti kuntoutusyksikkötyyppisessä työpaikassa (n = 5). (Liitetaulukko 8.) Kyselyyn vastanneet osastonhoitajat työskentelivät pääasiassa avo- (n = 4) tai kuntoutushoitoa antavassa yksikössä (n = 5). Vastaajien työsuhteen kokopäiväisyyttä tai osa-aikaisuutta ja vakinaisuutta tai määräaikaaisuutta kysyttiin samassa kysymyksessä, johon kunkin vastaajan olisi pitänyt merkitä kaksi rastia. Kysymykseen vastattiin puutteellisesti. Yleensä niin, että jompaankumpaan, useimmiten työaika koskevaan, ei oltu vastattu. Osa-aikaista työtä ilmoitti tekevänsä 7 vastaajaa (8 %) ja määräaikaisessa työsuhteessa ilmoitti olevansa 35 vastaajaa (39 %).

Vastaajien yksiköiden jakautuminen yksiköiden tai osastojen työntekijöiden määrän mukaan oli melko tasaista. Suurimpana yksittäisenä ryhmänä olivat vastaajat, jotka ilmoittivat yksiköissään olevan 11-14 työntekijää (31%). (Liitetaulukko 9.) Vastaajille ei annettu tarkempaa vastausohjetta, joten ei ole tietoa laskivatko he esimerkiksi siivoojan tai laitospulaisen mukaan työntekijämäärään. Päihdesairaalan osastoilla on hoitoyhteisöjä ja niiden työntekijät ilmoittivat lukumäärän yhteisönsä mukaan. Vastaajien työyksikön kuulumista suurempaan hallinnolliseen kokonaisuuteen selvitettiin kysymällä minkä kokoiseen A-klinikkatoimeen tai päihdesairaalaan kyseinen yksikkö tai osasto kuului. (Liitetaulukko 10.) Vastauksia jouduttiin tarkistamaan, koska esimerkiksi saman yksikön

kuoressa tulleet olivat vastanneet keskenään eri tavoin. Päihdesairaalaan hallinnollisesti kuuluvien uusien huumeiden käyttäjien erillisten avohoitoyksiköiden vastaajat olivat vastanneet ”vain yksi yksikkö”. Päihdesairaalaan kuuluviksi tässä aineistossa luokiteltiin vain sen fyysiset osastot tai niiden yhteisöt.

Vastaajien työympäristöä kuvaavina kysymyksinä olivat lisäksi sekä työryhmää että yksikön tai osaston johtamista erikseen arvioivat kysymykset, joissa kummassakin arvioitiin kuutta, lähes samanlaista eri tekijää vastaajan työn kannalta. Tarkasteltaessa työryhmään ja johtamiseen liittyviä tekijöitä yhdessä parhaimmiksi arvioiduiksi näistä nousivat yhteistyö ja ilmapiiri. Eniten kehitettävää puolestaan on tiedottamisessa tai tiedonkulussa sekä työn organisoinnissa tai asioista sopimisessa. Työryhmää ja johtamista koskevat arvioiden frekvenssit esitetään kokonaisuudessaan taulukossa 1.

Taulukko 1. Arvio omaan työryhmään ja lähijohtamiseen liittyvistä tekijöistä (N = 91)

Työryhmä	hyvä	kohta-	huono	<i>Johtaminen</i>	hyvä	kohta-	huono
	n	lainen n	n		n	lainen n	n
yhteistyön sujuminen	56	32	3	yhteistyön tekeminen	50	37	4
työyhteisön ilmapiiri	60	27	4	ilmapiirin luominen	45	37	9
tasa-arvoisuus	53	31	7	oikeudenmukaisuus	50	33	8
arvostuksen saaminen	47	36	8	arvostuksen antaminen	49	33	9
asioista sopiminen	46	40	5	työn organisoiminen	38	41	12
tiedonkulku	31	51	9	tiedottaminen	35	49	7

5. 2. Sairaanhoitajien työn sisältö

5.2.1. Asiakastyön muodot

Vastaajien työssä asiakkaiden kanssa painottui yksin hoitaminen. Vastaajista 80 % (n = 71) työskenteli asiakaskontakteissa paljon yksin ja melkein kaikki 99 % (n = 88) vähintään jonkin verran. Parityötä vastaajista teki paljon vain joka kymmenes, mutta työmuoto sisältyi ainakin jonkin verran 90 % työhön (n = 79). Tiimissä hoitamista / yhteisöhoitoa sisältyi paljon 43 % (n = 38) työhön ja kaiken kaikkiaan vastaajista 84 %:n (n = 75) työhön se sisältyi ainakin jonkin verran. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Asiakastyö yksin ja toisten työntekijöiden kanssa (N = 91)

Asiakastyön tapa		n	%
yksin asiakaskontakteissa	paljon	71	80
	jonkin verran	17	19
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	89	100
asiakaskontaktit parityönä	paljon	10	11
	jonkin verran	69	79
	ei sisälly työhön	9	10
	yhteensä	88	100
tiimissä hoitaminen / yhteisöhoito	paljon	38	43
	jonkin verran	37	41
	ei sisälly työhön	14	16
	yhteensä	89	100
verkostopalaverit, hoitoneuvottelut	paljon	20	22
	jonkin verran	66	73
	ei sisälly työhön	5	5
	yhteensä	91	100

Lähes kaikkien sairaanhoitajien työhön sisältyi omia asiakkaita, päihteenkäyttäjän läheisen tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa sekä asiakkaan tukiverkoston rakentamista (87-98 %). Omia asiakkaita tai omahoitajasuhteita oli paljon 65 %:lla (n=58). Läheisen tai perheen tukeminen tai tukiverkoston rakentaminen sisältyi jonkin verran työhön n. 70 %:lla vastaajista. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Asiakassuhteiden laatu (N=91)

Asiakassuhteet – laatu		n	%
omat asiakkaat / omahoitajasuhteet	paljon	58	65
	jonkin verran	22	24
	ei sisälly työhön	10	11
	yhteensä	90	100
läheisen tukeminen / hoito	paljon	14	16
	jonkin verran	63	69
	ei sisälly työhön	14	16
	yhteensä	91	100
yhteistyö perheen kanssa	paljon	13	14
	jonkin verran	66	73
	ei sisälly työhön	12	13
	yhteensä	91	100
asiakkaan tukiverkoston rakentaminen	paljon	24	26
	jonkin verran	65	72
	ei sisälly työhön	2	2
	yhteensä	91	100

Pitkäkestoisia hoitosuhteita sisältyi vastaajista 90 %:n (n = 82) työhön. Paljon pitkäkestoisia hoitosuhteita näistä oli 63 %:lla (n = 57). Lyhytkestoisia hoitosuhteita työhön sisältyi 80 %:lla (n = 71), joista 33 %:lla (n = 30) niitä oli paljon. Kertaluonteisia asiakaskontakteja työhön sisältyi 74 %:lla (n = 65), mutta niistä paljon vain 21 %:lla (n = 18). Se, miten eri työntekijät erilaisissa yksiköissä käsittävät pitkä- ja lyhytkestoisuuden sekä kertaluonteisuuden ei ollut tiedossa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Asiakassuhteiden kesto (N = 91)

Asiakassuhteet – kesto		n	%
pitkäkestoisia hoitosuhteita	paljon	57	63
	jonkin verran	25	27
	ei sisälly työhön	9	10
	yhteensä	91	100
lyhytkestoisia hoitosuhteita	paljon	30	33
	jonkin verran	41	46
	ei sisälly työhön	18	20
	yhteensä	89	100
kertaluonteiset asiakaskontaktit	paljon	18	21
	jonkin verran	47	53
	ei sisälly työhön	23	26
	yhteensä	88	100

Yli puolella vastaajista (57 %) oli paljon asiakaskontakteja, jotka toteutuvat sovittuina aikoina. Lisäksi kolmasosan (31 %) työhön sellaisia sisältyi jonkin verran. Päivystysluonteisia asiakaskontakteja oli paljon 38 %:lla vastaajista ja samanlaisella osuudella jonkin verran. Lähes neljänneksen (24 %) työhön eivät päivystysluonteiset kontaktit kuuluneet. Ajoittain käyviä tai jälkipoliklinisia asiakkaita tapasi 60 % vastaajista, joista 16 % paljon. Hoitoon liittyvää neuvontaa antoi puhelimitse melkein 90 % vastaajista ja kolmannes vastaajista teki sitä paljon (31 %). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Asiakaskontaktien laatu (N = 91)

Asiakaskontaktit – laatu		n	%
sovittuihin aikoihin pohjautuva	paljon	51	57
	jonkin verran	28	31
	ei sisälly työhön	11	12
	yhteensä	90	100
päivystysluonteinen	paljon	33	38
	jonkin verran	33	38
	ei sisälly työhön	21	24
	yhteensä	87	100
ajoittain käyvät / jälkipolikliniset	paljon	14	16
	jonkin verran	39	44
	ei sisälly työhön	36	40
	yhteensä	89	100
puhelinneuvonta (hoitoon liittyvä)	paljon	28	31
	jonkin verran	52	57
	ei sisälly työhön	11	12
	yhteensä	91	100

Kotikäynnit ja kenttätyö kuuluivat sairaanhoitajien harvinaisimpiin asiakastyön muotoihin. Kotikäynnit kuuluivat kuitenkin kolmanneksen työhön vähintään jonkin verran (33%) ja kenttätyö vastaavasti noin viidenneksen työhön (19 %). (Taulukko 6.) Kenttätyöllä tarkoitetaan kadulle jalkautunutta työtä tai esimerkiksi lastenkodissa toimimista.

Taulukko 6. Kotikäynnit ja kenttätyö (N = 91)

työmuoto		n	%
kotikäynnit	paljon	2	2
	jonkin verran	28	31
	ei sisälly työhön	60	67
	yhteensä	90	100
kenttätyö	paljon	5	6
	jonkin verran	12	13
	ei sisälly työhön	73	81
	yhteensä	90	100

Ryhmistä yleisimmin vastaajien työhön kuuluivat avoimet keskusteluryhmät ja teemaryhmät: 60 % vastaajista ilmoitti, että ne kuuluvat vähintään jonkin verran heidän työhönsä. Noin 50 % :lla vastaajista työhön kuuluivat suljetut keskustelu- tai toiminnalliset ryhmät. Paljon näitä ryhmiä kuului noin viidesosan työhön. Hoitopalveluihin sisältyvien ryhmien vetäminen vastaajien työssä esitetään taulukossa 7.

Taulukko 7. Hoitopalveluihin sisältyvät ryhmät (N = 91)

Ryhmämuodot hoidossa		n	%
avoin keskusteluryhmä	paljon	21	23
	jonkin verran	33	37
	ei sisälly työhön	36	40
	yhteensä	90	100
suljettu keskusteluryhmä	paljon	17	19
	jonkin verran	27	30
	ei sisälly työhön	45	51
	yhteensä	89	100
teemaryhmä	paljon	16	18
	jonkin verran	38	42
	ei sisälly työhön	36	40
	yhteensä	90	100
toiminnallinen ryhmä	paljon	16	18
	jonkin verran	31	34
	ei sisälly työhön	44	48
	yhteensä	91	100

5.2.2. Hoitotyön toiminta

Hoitotyön toiminnan alue päihdehuollon sairaanhoitajan työssä sisältää tässä yhteydessä: päihdeasiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arvioinnin; hoidon suunnittelun, sopimisen, seurannan ja kirjaamisen; asiakkaan terveydentilaan liittyvät tutkimukset, lääkehoidon ja hoitoon liittyvät teknisuonteiset tehtävät. Lisäksi se sisältää vieroitus- ja muun terveydentilan tarkkailun ja hoidon sekä perushoidosta huolehtimisen; psyykkisen hyvinvoinnin tukemisen sekä asiakkaan neuvonnan ja opettamisen.

Asiakkaan tilanteen *arviointi eri osa-alueineen* sisältyi lähes jokaisen vastaajan työhön (96-100%). Eniten arvioinnin vaihtoehtoista painottui asiakkaan kokonaistilanteen arviointi: se sisältyi jokaisen vastajan työhön ja 88 %:lle paljon (n = 80). Seuraavaksi eniten painottuivat hoidon tarpeen arviointi sekä päihteiden käytön ja riippuvuuden arviointi. Vähiten näistä arvioinnin kohteista painottui fyysisen terveydentilan arviointi, jota sitäkin teki paljon yli puolet (55%) vastaajista ja vähintään jonkin verran 96 % (n = 87). (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Päihdeasiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi (N = 91)

Arvioinnin kohteet		n	%
asiakkaan kokonaistilanne	paljon	80	88
	jonkin verran	11	12
	ei sisälly työhön	0	0
	yhteensä	91	100
hoidon tarve	paljon	80	88
	jonkin verran	10	11
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	91	100
päihteiden käyttö ja riippuvuus	paljon	76	84
	jonkin verran	14	15
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	91	100
vieroitusoireet	paljon	63	69
	jonkin verran	27	28
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	91	100
psykkinen terveydentila	paljon	58	64
	jonkin verran	32	35
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	91	100
fyysinen terveydentila	paljon	50	55
	jonkin verran	37	41
	ei sisälly työhön	4	4
	yhteensä	91	100

Hoidon suunnittelu ja kirjaaminen kuuluivat kaikkien vastaajien työhön ja lisäksi lähes kaikilla paljon. Myös hoidon sopiminen tai järjestäminen, esimerkiksi toiseen hoitopaikkaan, sekä seuranta ja arviointi sisältyivät melkein jokaisen työhön. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Hoidon suunnittelu, sopiminen, seuranta ja kirjaaminen (N = 91)

		n	%
hoidon suunnittelu	paljon	80	88
	jonkin verran	11	12
	ei sisälly työhön	0	0
	yhteensä	91	100
hoitoon liittyvä kirjaaminen	paljon	74	82
	jonkin verran	16	18
	ei sisälly työhön	0	0
	yhteensä	90	100
hoidon seuranta ja arviointi	paljon	70	77
	jonkin verran	19	21
	ei sisälly työhön	2	2
	yhteensä	91	100
hoidon sopiminen tai järjestäminen	paljon	61	67
	jonkin verran	29	32
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	91	100

Lääkärin määräämää lääkehoitoa toteutti ainakin jonkin verran yli 90 % vastaajista ja heistä melkein 70 % paljon. Erilaiset hoitoon liittyvät teknisluonteiset tehtävät (välineet, laitteet, lääkkeet) kuuluivat lähes jokaisen työhön ja paljon näitä tehtäviä oli vajaa puolella (45%) vastaajista. Terveystilaan liittyvät ja laboratoriotutkimukset sisältyivät suurimman osan (yli 80 %) työhön. Runsaan kolmanneksen työhön niitä sisältyi paljon. Itsenäisen lääkehoidon toteuttamisen osuus oli vajaa 70 % ja lähes joka kolmas vastaajista teki sitä paljon. Runsas kolmannes vastaajista ei suunnitellut ja toteuttanut itsenäisesti lääkehoitoa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Terveystilaan liittyvät tutkimukset, lääkehoito ja hoitoon liittyvät teknisluonteiset tehtävät (N = 91)

		n	%
lääkärin määräämä lääkehoito	paljon	62	68
	jonkin verran	22	24
	ei sisälly työhön	7	8
	yhteensä	91	100
hoitoon liittyvät teknisluonteiset tehtävät	paljon	40	45
	jonkin verran	46	51
	ei sisälly työhön	4	4
	yhteensä	90	100
terveydentilaan liittyvien tutkimusten toteuttaminen	paljon	33	36
	jonkin verran	46	51
	ei sisälly työhön	12	13
	yhteensä	91	100
laboratoriotutkimukset	paljon	31	34
	jonkin verran	44	48
	ei sisälly työhön	16	18
	yhteensä	91	100
itsen. lääkehoidon suunnittelu ja toteutus	paljon	25	28
	jonkin verran	34	38
	ei sisälly työhön	31	34
	yhteensä	90	100

Vieroitustilan tarkkailu ja hoito sisältyi vähintään jonkin verran suurimman osan työhön (91 %) ja paljon sitä teki yli puolet vastaajista (54 %). Muun terveydentilan tarkkailun ja hoidon osuus oli huomattavasti vähäisempi: vain 8 % (n = 7) paljon ja 66 % (n = 60) jonkin verran. Perushoidosta huolehtimista sisältyi paljon joka viidennen työhön ja yhteensä sitä sisältyi yli puolen (57 %) työnkuvaan. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Vieroitustilan ja muun terveydentilan tarkkailu ja hoito sekä perushoidosta huolehtiminen (N = 91)

		n	%
vieroitustilan tarkkailu ja hoito	paljon	49	54
	jonkin verran	33	37
	ei sisälly työhön	8	9
	yhteensä	90	100
perushoidosta huolehtiminen	paljon	18	20
	jonkin verran	34	37
	ei sisälly työhön	39	43
	yhteensä	91	100
somaattisen tilan vaatima tarkkailu ja hoito	paljon	7	8
	jonkin verran	60	66
	ei sisälly työhön	23	26
	yhteensä	90	100

Depressiivisen asiakkaan tukeminen tai hoito sisältyi ainakin jonkun verran kaikkien vastaajien työhön, ja paljon sitä teki noin puolet vastaajista (51 %). Suurin osa vastaajista tuki asiakkaiden psyykkistä hyvinvointia myös edistämällä rentoutumista (86 %) ja rauhoittamalla levottomia (97 %) tai aggressiivisia (96 %) asiakkaita. Psykoottisia asiakkaita tuki ainakin jonkin verran 77 % vastaajista (n = 70), paljon sitä teki 11 % (n = 10). (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen (N = 91)

Psyykkisen hyvinvoinn. tukeminen		n	%
depressiivisen asiakkaan tukeminen / hoito	paljon	46	51
	jonkin verran	45	49
	ei sisälly työhön	0	0
	yhteensä	91	100
rentoutumisen ja levon edistäminen	paljon	33	37
	jonkin verran	44	49
	ei sisälly työhön	13	14
	yhteensä	90	100
levottoman asiakkaan rauhoittaminen	paljon	29	32
	jonkin verran	59	65
	ei sisälly työhön	3	3
	yhteensä	91	100
aggressiivisen asiakkaan rauhoittaminen	paljon	18	20
	jonkin verran	69	76
	ei sisälly työhön	4	4
	yhteensä	91	100
psykoottisen asiakkaan tukeminen / hoito	paljon	10	11
	jonkin verran	60	66
	ei sisälly työhön	21	23
	yhteensä	91	100

Päihdeasiakkaiden neuvonta ja opettaminen sisältyivät vastaajien työhön lähes poikkeuksetta. Pääteisiin ja päihdehaittojen vähentämiseen liittyvä neuvonta sisältyivät paljon työhön vastaajista yli puolen kohdalla. Lähes puolet antoi paljon oma-apuun tai hoidon sisältöön ja yleensä terveyteen liittyvää neuvontaa. Noin kolmanneksen työhön kuului myös paljon sosiaalisiin kysymyksiin liittyvää neuvontaa tai sosiaalisten taitojen opettamista. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Neuvonta ja opettaminen (N = 91)

Neuvonta ja opettaminen		n	%
pääteisiin liittyvä neuvonta	paljon	61	67
	jonkin verran	29	32
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	91	100
päihdehaittojen vähentämisen opettaminen	paljon	52	57
	jonkin verran	37	41
	ei sisälly työhön	2	2
	yhteensä	91	100
oma-apuun/hoidon sisältöön liittyvä neuvonta	paljon	43	47
	jonkin verran	47	52
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	91	100
muu terveyteen liittyvä neuvonta	paljon	40	44
	jonkin verran	51	56
	ei sisälly työhön	0	0
	yhteensä	91	100
toimeentuloon/työhön/asumiseen liittyvä neuvonta	paljon	28	31
	jonkin verran	61	67
	ei sisälly työhön	2	2
	yhteensä	91	100
sosiaalisten taitojen opettaminen	paljon	28	31
	jonkin verran	57	63
	ei sisälly työhön	6	7
	yhteensä	91	100
arkisten perustaitojen opettaminen	paljon	23	25
	jonkin verran	52	57
	ei sisälly työhön	16	18
	yhteensä	91	100

5.2.3. Hoidollisen keskustelun sisällöt

Kaikki kyselylomakkeen hoidollisen keskustelun osiossa olleet, asiakkaan elämään liittyvät keskustelujen sisällöt kuuluivat muutamaa harvaa poikkeusta lukuun ottamatta kaikkien vastaajien hoitosuhteisiin tai erilaisissa tilanteissa käymiin hoidollisiin keskusteluihin (vain 7 yksittäistä ”ei sisälly työhöni” -vastausta). Tärkeimmiksi keskusteluissa käsiteltävistä sisällöistä nousivat asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus ja ihmissuhteet. Näiden yleisimpien sisältöjen joukkoon (80-91 % paljon) kuuluivat lisäksi toivon tunteen ja vastuun ottamisen edistäminen. Taulukossa 14. esitetään kaikki annetut sisältövaihtoehdot siinä yleisyysjärjestyksessä, jossa niitä käytetään paljon.

Taulukko 14. Hoitosuhteessa tai erilaisissa hoidollisissa keskusteluissa paljon käsiteltävät sisällöt (N = 91)

keskustelun sisältö	Niiden osuus, joilla sisältöä käsitellään paljon	
	n	%
elämäntilanteen käsitteleminen	83	91
tavoitteen käsitteleminen	79	87
voimavarojen käsitteleminen	76	84
muutoshalukkuuden käsitteleminen	75	82
toivon tunteen edistäminen	75	82
vastuunottamisen edistäminen	74	82
ihmissuhteiden käsitteleminen	73	80
tunteiden käsitteleminen	72	79
retkahduksen käsitteleminen	71	78
oman ratkaisun käsitteleminen	70	77
päätteenkäyttötilanteiden käsitteleminen	69	76
rajojen käsitteleminen	69	76
riippuvuuden käsitteleminen	69	76
kokemusten käsitteleminen	66	73
omanarvontunteen tukeminen	66	73
päihdehistorian käsitteleminen	66	73
realiteettien käsitteleminen	65	71
päätöksen tekemisen käsitteleminen	60	66
toimintamallien käsitteleminen	53	58
identiteetin käsitteleminen	49	54
uskomusten käsitteleminen	49	54
ambivalenssin käsitteleminen	49	54
transferenssien käsitteleminen	33	36

Avoimessa vaihtoehdossa ”muu, mikä” vastaajat toivat esille myös seuraavat ihmissuhteisiin ja elämäntilanteeseen liittyvät keskustelun sisällöt: seurustelu, seksuaalisuus ja vanhemmuus sekä itsetuhoisuus, kuolema ja hengellisyys.

5.2.4. Hoitomenetelmien ja lähestymistapojen käyttö

Useimmat vastaajista käyttivät kysytyistä hoitomenetelmistä tai lähestymistavoista paljon supportiivista terapiaa / tukea (53 %), retkahduksen ehkäisyä (47 %) ja motivoivaa haastattelua (47 %). Eniten yhteensä puolestaan käytettiin (paljon tai jonkin verran) retkahduksen ehkäisyä (96 %), hoitotyön auttamismenetelmiä (92 %) ja psykiatrisen hoitotyön menetelmiä (90 %). Näiden lisäksi laajimmin käytettiin ratkaisukeskeistä terapiaa, verkostotyötä tai -terapiaa, kriisiterapiaa ja kognitiivista terapiaa. Tähän osioon valituista erilaisista hoitomenetelmistä 13:a käytti jollakin tavoin yli 60 % vastaajista. Taulukossa 15. on esitetty kaikkien annettujen vaihtoehtojen käyttöyleisyys järjestettynä niiden mukaan, joita käytettiin paljon. Sarakkeessa ”käytän” on yhdistetty ”paljon” ja ”jonkin verran”.

Taulukko 15. Hoitomenetelmien tai lähestymistapojen käyttö (N = 91)

Hoitomenetelmä / lähestymistapa	käyttää paljon %	käyttää paljon n	käyttää %	käyttää n	ei käytä n
supportiivinen terapia / tuki	53	47	87	77	12
retkahduksen ehkäisy	47	42	96	85	4
motivoiva haastattelu	47	43	88	80	11
psykiatrisen hoitotyön menetelmät	43	39	90	81	9
hoitotyön auttamismenetelmät	40	36	92	82	7
ratkaisukeskeinen terapia	40	36	89	81	10
akupunktio	35	32	66	60	31
yhteisöhoidon menetelmät	33	30	61	55	35
kognitiivinen terapia	31	28	81	73	17
kriisiterapia	26	23	83	75	15
ryhmäterapia	23	21	63	57	33
verkostotyö, -terapia	21	19	84	76	14
rentoutusmenetelmät / uniryhmät	16	14	64	58	32
perheterapia	9	8	49	44	45
systemiteoreettinen malli	8	7	37	33	56
sosiaaliterapia	6	5	37	33	56
psykodynaaminen terapia	5	4	28	25	64
NLP	2	2	35	31	57
musiikkiterapia	2	2	23	20	68
Minnesotamalli	1	1	23	20	69
psykodraama / sosiodraama	1	1	20	18	72
kuvataideterapia	1	1	17	15	75
hahmoterapia	1	1	9	8	80
vyöhyketerapia	0	0	8	7	83

Lisäksi yksittäisinä mainintoina oli lisätty kohtaan muu menetelmä: hieronta (2), lymfaterapia, kirkasvalohoito, aromaterapia sekä holistiset menetelmät .

5.2.5. Yhteistyö ja asiantuntijatehtävät

Kaikkein eniten yhteydessä tai yhteistyössä vastaajat olivat muiden päihdehoitoon erikoistuneiden, mielenterveys- ja psykiatristen, sosiaalityön yleisten sekä perusterveydenhuollon palveluiden työntekijöiden kanssa. Näiden tahojen kanssa yli 90 % vastaajista oli yhteistyössä vähintään jonkin verran ja heistä yli kolmasosa paljon. Somaattisen erikoissairaanhoidon, poliisin tai oikeuslaitoksen, apteekin, asumispalveluiden, työvoimaviranomaisten, vankilan tai kriminaalihuollon sekä lastensuojelun palveluiden kanssa tekivät yhteistyötä vähintään jonkin verran 78-88 % vastaajista. Edellä mainitut tulokset esitetään tarkemmin liitetaulukossa 11. Muita yhteistyötahoja olivat (vähintään jonkin verran): vapaaehtoistyö / asiakasyhdistys (62 %), ammatilliset oppilaitokset (59 %), seurakunta (57 %), raittiustoimi /ehkäisevä päihdetyö (57 %), nuorisotoimi (50 %), kasvatus- / perheneuvola (39 %), koulutoimi (34 %) ja kansainväliset yhteistyökumppanit (14 %).

Toiset työntekijät konsultoivat suurinta osaa (80-89 %) vastaajista vähintään jonkin verran. Runsaan kymmeneksen työhön se sisältyi paljon (12-13 %). Vajaa neljännes vastaajista (24 %) oli myös ainakin jonkin verran konsulttina jossain toisessa yksikössä. Työnohjaajana toimiminen oli melko vähäistä: yhteensä 11 % (n = 10) vastaajista, joista kolmen työhön se sisältyi paljon. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Konsultointi ja työnohjaus (N = 91)

Konsultointi ja työnohjaus		n	%
toiset päihdehoidon työntekijät konsultoivat	paljon	12	13
	jonkin verran	69	76
	ei sisälly työhön	10	11
	yhteensä	91	100
peruspalveluiden työntekijät konsultoivat	paljon	11	12
	jonkin verran	61	67
	ei sisälly työhön	18	20
	yhteensä	90	100
konsulttina jossain toisessa yksikössä	paljon	5	6
	jonkin verran	16	18
	ei sisälly työhön	68	76
	yhteensä	89	100
työnohjaajana toimiminen	paljon	3	3
	jonkin verran	7	8
	ei sisälly työhön	80	88
	yhteensä	90	100

Suuri osa vastaajista ohjasi ja/tai opetti opiskelijoita (72 %). Paljon sitä teki vajaa neljännes vastaajista (24 %). Kouluttaminen oli yleisintä oman organisaation sisällä (37 %) ja vähäisintä oman lähialueen ulkopuolella (22 %). Paljon kouluttavia oli vain muutamia. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Opettaminen ja kouluttaminen (N = 91)

opettaminen ja kouluttaminen		n	%
opiskelijoiden ohjaus ja opettaminen	paljon	21	23
	jonkin verran	44	49
	ei sisälly työhön	24	27
	yhteensä	89	100
oman organisaation työnt. kouluttam.	paljon	4	4
	jonkin verran	29	32
	ei sisälly työhön	57	63
	yhteensä	90	100
oman alueen työntek. kouluttaminen	paljon	2	2
	jonkin verran	20	22
	ei sisälly työhön	68	76
	yhteensä	90	100
luennoitsijana / kouluttajana valtakunn.	paljon	5	6
	jonkin verran	15	17
	ei sisälly työhön	71	78
	yhteensä	91	100

Lähes puolet vastaajista tiedotti päihteistä tai palveluista ainakin jonkin verran (47 %) ja vastaavasti vajaa viidennes (17 %) teki ennaltaehkäisevää päihdetyötä, esimerkiksi kouluissa. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Tiedottaminen ja ennaltaehkäisevä päihdetyö (N = 91)

Tiedottaminen ja ennaltaehkäisevä työ		n	%
Päihteistä ja palveluista tiedottaminen	paljon	3	3
	jonkin verran	38	43
	ei sisälly työhön	47	53
	yhteensä	88	100
Ennaltaehkäisevä päihdetyö	paljon	2	2
	jonkin verran	13	14
	ei sisälly työhön	75	83
	yhteensä	90	100

6.2.6. Hallinnolliset ja kehittämistehtävät työyhteisössä

Työyhteisöissä toteutuvista hallinnollisista tai kehittämistehtävistä painottuivat hoitoon ja sisäiseen yhteistyöhön liittyvät tehtävät. Yli kolmanneksen työhön sisältyi paljon hoidon suunnittelua ja kehittämistä, työyhteisön sisäisiin yhteistyöneuvotteluihin osallistumista sekä yksikön toiminnan sujumisesta huolehtimista (työntekijät, aikataulu, työvälineet). Vähintään jonkin verran edellä mainitut tehtävät sekä yhteistyöneuvottelut muiden tahojen kanssa kuuluivat suurimman osan vastaajista työhön (86-94%). Vastaajista viidenneksen (21 %) työhön yksikön toimintaan liittyvä suunnittelu (työvuorot, tilojen käyttö, toimintasuunnitelma) sisältyi paljon, mutta neljänneksen (24 %) työhön se ei sisällynyt ollenkaan. Taulukossa 19 kaikki tehtävät on kuvattu painottumisjärjestyksessä.

Taulukko 19. Hallinnolliset ja kehittämistehtävät (N = 91)

Hallinnolliset ja kehittämistehtävät		n	%
työn / hoitomallien suunnittelu ja kehittäminen	paljon	36	40
	jonkin verran	49	54
	ei sisälly työhön	6	7
	yhteensä	91	100
työyhteisön sisäiset yhteistyöneuvottelut	paljon	35	39
	jonkin verran	50	56
	ei sisälly työhön	5	6
	yhteensä	90	100
yksikön toiminnan sujumisesta huolehtiminen	paljon	35	39
	jonkin verran	43	47
	ei sisälly työhön	13	14
	yhteensä	91	100
yksikön laatutyö (laadun arviointi, kehittäminen)	paljon	29	32
	jonkin verran	48	53
	ei sisälly työhön	14	15
	yhteensä	91	100
yksikön (/työvuoron) vastaavana toimiminen	paljon	26	29
	jonkin verran	28	31
	ei sisälly työhön	37	41
	yhteensä	91	100
yhteistyöneuvottelut muiden tahojen kanssa	paljon	23	25
	jonkin verran	60	66
	ei sisälly työhön	8	9
	yhteensä	91	100
yksikön toimintaan liittyvä suunnittelu	paljon	19	21
	jonkin verran	48	53
	ei sisälly työhön	24	26
	yhteensä	91	100
tutkimus- tai kehittämisprojektin tehtäviin osallistuminen	paljon	18	20
	jonkin verran	46	51
	ei sisälly työhön	26	29
	yhteensä	90	100

5.3. Sairaanhoidajien työn sisältöön liittyvien erojen tarkastelua

Työn sisällön ja sen painotusten eroihin liittyvä selvin ja merkittävin muuttuja oli työyksikkötyyppi. Lisäksi eroja oli jonkin verran myös ikään, työkokemukseen, koulutusmuotoon ja erikoistumiseen liittyvien ryhmien välillä.

Kaikki tässä käsitellyt ristiintaulukoinnin kautta löytyneet ryhmien väliset erot olivat sellaisia, jotka saivat χ^2 -testissä tilastollista merkitsevyyttä osoittavia p-arvoja. Lähes kaikkien kohdalla testin käytön edellytykset eivät täyttyneet: liian suuri osuus odotetuista frekvensseistä (max 20 %) oli pienempiä kuin 5. Käytännössä tämä liittyi siihen, että useissa vastauksissa johonkin vaihtoehtoon, kuten ”ei kuulu työhön”, oli annettu hyvin vähän vastauksia. Mikäli käsiteltävä ero oli ollut käytetyn testin ja sen luvallisuussäännön mukaan tilastollisesti merkitsevä, se mainitaan kyseisessä kohdassa erikseen.

5.3.1. Sairaanhoidajien työn sisällön painottuminen erilaisissa päihdehuollon yksiköissä

Avohoidossa työskenteleviä vastaajia oli 46. Laitosmuotoisiin verrattuna sairaanhoidajat työskentelivät asiakaskontakteissaan eniten yksin. Paljon yksin avohoidossa työskenteli vastaajista 94 % (n = 43). Tiimissä hoitaminen (/yhteisöhoito) oli puolestaan vähäisintä. Se sisältyi 73 %:n (n = 32) työhön. Lähes kolmannes avohoidossa työskentelevistä ei sisällyttänyt tiimissä hoitamista työhönsä. Omat asiakkaat / omahoitajasuhteet painoutuivat: 70 %:lla vastaajista oli niitä paljon.

Pitkäkestoiset hoitosuhteet painoutuivat avohoidossa. Niitä oli paljon 67 %:lla (n = 31) vastaajista. Toisaalta lyhytkestoisia hoitosuhteita oli suhteellisesti eniten avohoitoyksiköissä: lähes puolen, 46 % :n (n = 21) työhön niitä sisältyi paljon. Myös kertaluonteisia asiakaskontakteja oli eniten, ja runsaalla kolmanneksella 33 % (n = 15) niitä oli paljon. Sovittuja asiakaskontakteja sisältyi lähes kaikkien (98 %) avohoitoyksiköissä toimivien työhön (n = 45). Paljon näitä kontakteja oli 76 %:lla avohoidon vastaajista (n = 35). Päivystysluonteista työtä tehtiin avohoidon yksiköissä muihin yksiköihin verrattuna merkitsevästi enemmän ($\chi^2= 15,6(4)$, $p=0,004$). Vastaajista sitä teki paljon yli puolet: 56 % (n = 25), vain vajaa viidenneksen (18 %) työhön avohoidossa ei kuulu päivystysluonteisuus (n = 8). Myös ajoittain käyviä (tai jälkipolikliniisia) asiakkaita oli avohoidossa eniten, kolmanneksella vastaajista heitä oli paljon (31 %).

Avohoitoyksiköissä puhelinneuvontaa teki paljon 37 % (n = 17) ja jonkin verran 48 % (n = 22). Ne, joiden työhön puhelinneuvonta ei kuulunut (n = 7) työskentelivät useimmin huumeidenkäyttäjien avohoitoyksiköissä. Kotikäyntejä avohoitoyksiköissä työskentelevistä sairaanhoitajista oli tehnyt 48 % (n = 22) ja kenttätöitä 20 % (n = 9). Ryhmien vetäminen osana työtä oli vähäisintä avohoidon yksiköissä: ryhmätyypistä riippuen 54-74 %:lla ryhmät eivät sisälly työnkuvaan. Yleisyys lisääntyi siirryttäessä avohoidosta katkaisuhoidon ja edelleen kuntouttavaan hoitoon. Avoimia keskusteluryhmiä avohoitoyksiköissä sisältyi työhön merkitsevästi vähemmän muihin yksikkötyyppeihin verrattuna ($\chi^2= 24,5(4)$, $p=0,00$)

Hoitomenetelmien käytössä yksikkötyypeissä oli havaittavissa vain vähän eroa. Avohoitoyksiköissä työskentelevien työssä käytettiin kuitenkin vähiten yhteisöhoiton menetelmiä ($\chi^2= 55,9(4)$, $p=0,00$) ja ryhmäterapiaa ($\chi^2=13,5(4)$, $p=0,009$). Lisäksi rentoutusmenetelmiä tai uniryhmiä sekä verkostotyötä tai -terapiaa käytettiin muita yksikkötyyppejä vähemmän. Yksikön vastaavana työntekijänä niissä työskenneltiin vähiten ($\chi^2= 28,8(4)$, $p=0,00$).

Katkaisu- tai vieroitushoitoyksiköissä työskentelevistä sairaanhoitajista N=23 ilmoitti 77 % (n = 17) yksin työskentelyn sisältyvän työhönsä vähintään jonkin verran. Tiimissä hoitaminen / yhteisöhoito puolestaan sisältyi 91 % työhön (n = 21). Omahoitajasuhteita työhön sisältyi paljon noin puolella. Niiden puuttuminen oli muihin yksikkötyyppeihin verrattuna suhteellisesti yleisintä: 26 %:lla (n = 6) ne eivät sisällyneet työhön.

Katkaisu- tai vieroitushoitoyksiköissä pitkäkestoisia hoitosuhteita oli paljon 39 %:lla (n = 9) vastaajista, josta melkein puolet (n = 4) huumeidenkäyttäjien vieroitushoidossa. Lyhytkestoisia hoitosuhteita oli paljon puolestaan 30 %:lla (n = 7). Kertaluonteisista asiakaskontakteista suurin osa 82 % (n = 18) vastasi, että niitä on jonkin verran. Sovittuihin aikoihin pohjautuvia asiakaskontakteja työhön sisältyi paljon 44 %:lla ja kaiken kaikkiaan vähintään jonkin verran 74 % (n = 17) vastaajista. Päivystysluonteisuus sisältyi työhön vähintään jonkin verran 72 %:lla (n = 16), josta 32 %:lla paljon (n = 7). Myös ajoittain käyviä (tai jälkipoliklininisia) asiakkaita oli jonkin verran 39 %:lla (n = 9) vastaajista.

Puhelimitse hoitoon liittyvää neuvontaa antoivat kaikki katkaisuhoidon- tai vieroitushoitoyksiköissä työskentelevät vastaajat (n = 23) ja heistä puhelinneuvontaa antoi

paljon 44 % (n = 10). Erilaisten asiakasryhmien vetäminen kuului tyypillisesti jonkin verran: noin puolen näissä yksiköissä työskentelevien työhön.

Avohoito- ja kuntoutusyksiköihin verrattuna työhön sisältyi enemmän vieroitusoireiden arviointia, hoitoon liittyviä teknisluonteisia tehtäviä, terveydentilaan liittyvät tutkimuksia, lääkärin määräämän lääkehoidon toteuttamista, vieroitustilan sekä somaattisen terveydentilan tilan tarkkailua ja hoitoa, perushoidosta huolehtimista, levottoman ja aggressiivisen asiakkaan rauhoittamista. Lisäksi näissä yksiköissä sairaanhoitajat toimivat useimmin yksikön vastaavana työntekijänä ($\chi^2= 28,8(4)$, $p=0,00$) sekä olivat yhteydessä tai yhteistyössä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yleisten palvelujen työntekijöiden kanssa. Työhön sisältyi myös melko paljon rentoutumisen ja levon edistämistä ja arkisten perustaitojen sekä sosiaalisten taitojen opettamista. Hoitomenetelminä käytettiin avohoitoyksiköitä enemmän rentoutusmenetelmiä / uniryhmiä, ryhmäterapiaa, verkostotyötä / -terapiaa sekä yhteisöhoidon menetelmiä.

Kuntouttavaa hoitoa tarjoavissa yksiköissä työskentelee paljon yksin asiakaskontakteissa 52 % (n = 11) vastaajista (N=21). Tiimissä hoitaminen tai yhteisöhoito sisältyy kuntouttavaa hoitoa antavissa yksiköissä kaikkien (n = 22) työhön. Omia asiakkaita työhön sisältyy n. 70 %:lla paljon.

Pitkäkestoiset hoitosuhteet painoutuivat kuntouttavassa hoidossa. Niitä oli paljon kuntouttavan hoidon yksiköissä työskentelevistä 77 %:lla (n = 17). Lyhytkestoisia hoitosuhteita oli vain vähän: vastaajista 10 %:lla (n = 2) niitä oli paljon ja kaiken kaikkiaan ne sisältyivät kuitenkin 55 %:n (n = 11) työhön. Kertaluonteisia asiakaskontakteja yli puolella ei sisältynyt työhön 55 % (n = 11). Sovittuja asiakaskontakteja oli 81 %:lla (n = 17) vastaajista, josta paljon 27 %:lla. Päivystysluonteista työtä oli jonkin verran 60 %:n osuudella vastaajista (n = 12) ja 35 % vastasi, ettei se sisälly heidän työhönsä (n = 7). Ajoittain käyviä tai jälkipolikliniisia asiakkaita kuntouttavan hoidon yksiköissä sisältyi 48 %:lla (n = 10) vastaajista.

Kuntouttavan hoidon yksiköissä työskentelevistä pääosa (77 %) vastasi, että puhelinneuvontaa tehtiin jonkin verran. Kotikäyntejä oli tehnyt kuntouttavan hoidon yksiköissä 38 % (n = 8) ja kenttätyötä 33 % (n = 7) vastaajista. Erilaiset hoidolliset ryhmät kuuluivat muihin yksikkötyyppeihin verrattuna useimmin kuntouttavassa yksikössä

työskentelevien vastaajien työhön: ryhmätyypistä riippuen 65-86 %:lla ne kuuluivat työhön, joista 30-60%:lla paljon.

Avohoito- ja katkaisuhoidoyksiköihin verrattuna kuntoutusyksiköiden työssä käytettiin eniten arkisten perustaitojen ja sosiaalisten taitojen opettamista, rentoutusmenetelmiä / uniryhmiä, ryhmäterapiaa, verkostotyötä / -terapiaa sekä yhteisohoidon menetelmiä. Myös yksikön toiminnan sujumisesta huolehtimista sisältyi työhön eniten. Avohoidon yksiköihin verrattuna työhön sisältyi enemmän myös terveydentilaan liittyviä tutkimuksia, lääkärin määräämän lääkehoidon toteuttamista, somaattisen terveydentilan tilan tarkkailua ja hoitoa, perushoidosta huolehtimista, rentoutumisen ja levon edistämistä, levottoman asiakkaan rauhoittamista. Lisäksi näissä yksiköissä sairaanhoitajat toimivat myös avohoitoa enemmän yksikön vastaavana työntekijänä ($\chi^2= 28,8(4)$, $p=0,00$). sekä olivat yhteydessä tai yhteistyössä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yleisten palvelujen työntekijöiden kanssa.

5.3.2. Sairaanhoitajien ikään, työkokemukseen ja koulutukseen liittyviä painotuksia työn sisällössä

Vastaajiin itseensä liittyvät erot työn sisällön painottumisessa liittyivät ikään, työkokemukseen päihdetyössä, sairaanhoitajakoulutukseen (koulutusmuoto) sekä psykiatriseen erikoistumiseen.

Asiakastyössä uusimuotoisen koulutuksen saaneet tekivät suhteessa enemmän päivytyöluonteista työtä ja yhteistyötä asiakkaan perheen kanssa. Vanhamuotoisen koulutuksen saaneet puolestaan olivat tehneet enemmän kotikäyntejä. Arvioinnissa nuoremmat sairaanhoitajat arvioivat suhteellisesti enemmän päihdeiden käyttöä ja riippuvuutta. Työkokemuksen lisääntyessä asiakkaan kokonaistilanteen arvioimisen painottuminen lisääntyi. Hoitotyön kirjaamisessa oli selviä eroja. Vanhamuotoisen sairaanhoitajakoulutuksen saaneet tekivät sitä merkitsevästi vähemmän kuin uudemman koulutuksen saaneet ($\chi^2= 8,1(2)$, $p=0,17$). Myös työkokemuksen lisääntyminen vähensi kirjaamista. Niiden työhön, jotka olivat erikoistuneet psykiatriseen hoitotyöhön, sisältyi vähemmän terveydentilaan liittyvien tutkimusten toteuttamista, perushoidosta huolehtimista sekä rentoutuksen ja levon edistämistä.

Hoidollisen keskustelun sisällössä psykiatrisilla sairaanhoitajilla toivon edistäminen ja voimavarojen käsitteleminen painottuivat enemmän. Myös työkokemuksen lisääntyminen lisäsi voimavarojen käsittelemistä. Lisäksi työkokemuksen myötä painottuivat vastuunottamisen edistäminen, retkahduksen käsitteleminen ja omanarvontunteen käsitteleminen. Identiteettiä käsittelevät suhteellisesti eniten ikäryhmään 36-45 vuotta kuuluvat sairaanhoitajat. Akupunktiota käyttivät merkitsevästi muita enemmän ne sairaanhoitajat, joilla oli työkokemusta 5-14 vuotta ($\chi^2= 20,1(6)$, $p=0,003$). Psykiatriset sairaanhoitajat painottivat suhteellisesti enemmän psykiatrisen hoitotyön menetelmiä ja supportiivista terapiaa / tukea. Työkokemuksen lisääntyminen lisäsi ratkaisukeskeisen terapian ja systeemiteoreettisen mallin käyttöä. Systeemiteoreettisen viitekehyksen käyttö painottui myös vanhamuotoisen sairaanhoitajakoulutuksen saaneilla.

5.4. Yhteenvetoa tuloksista

Vastaajista suurin osa oli naisia, yli puolet iältään korkeintaan 35 –vuotiaita tai nuorempia ja samoin yli puolella oli työkokemusta alle viisi vuotta. Lähes puolet vastaajista oli erikoistunut psykiatriseen hoitotyöhön. Vähän yli puolet työskenteli avohoitoyksikössä ja vajaa puolet laitoshoitoyksikössä. Vastaajien työympäristöt jakoutuivat erikokoisiin yksiköihin ja työryhmiin tasaisesti. Parhaimman arvioinnin omassa yksikössä sai työyhteisön ilmapiiri ja huonoimman arvioinnin työn organisoiminen.

Päihdehuollon sairaanhoitajien työ sisälsi monenlaista asiakastyötä, painottuen kuitenkin omien asiakkaiden kahdenkeskisiin hoitosuhteisiin. Suurin osa teki asiakastyötä myös jonkin verran parityönä, tiimin kanssa tai yhteisöhoitossa sekä verkostopalavereissa tai hoitoneuvotteluissa. Lisäksi suurimman osan työhön sisältyi myös läheisen tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa ja asiakkaan tukiverkoston rakentamista. Pitkäkestoisten hoitosuhteiden lisäksi merkittävä osa oli myös lyhytkestoisia tai kertaluonteisia. Suurin osa asiakkaista kohdattiin sovittuna ajankohtana. Suurimman osan sairaanhoitajien työhön kuului myös päivystysluonteiset asiakaskontaktit sekä ajoittain käyvät tai jälkipolikliniset asiakkaat. Puhelinneuvontaa tehtiin myös paljon. Runsaan puolen työhön sisältyi erilaisia hoitoryhmiä. Harvinaisimpia työmuotoja olivat kotikäynnit ja kenttätyö.

Hoitotyön toiminnassa painottuivat eniten palveluohjaustyypinen työ arviointineen, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä asiakkaan neuvonta ja opettaminen.

Palveluohjaustyypinen työ sisälsi monipuolisen arvioinnin, hoidon suunnittelun ja sopimisen. Fyysisiin tarpeisiin vastaavassa hoitotyössä painottui lääkehoidon toteuttaminen ja vieroitustiloihin liittyvä hoito. Psykkisen hyvinvoinnin tukemisessa tärkein ryhmä oli depressiiviset asiakkaat. Lähes kaikkien työhön kuului myös levottomien tai aggressiivisten asiakkaiden rauhoittamista. Neuvonta ja opettaminen olivat osa kaikkien työtä. Erityisesti siinä painottuivat päihteisiin ja päihdehaittoihin liittyvät sisällöt. Hoitoon ja terveyteen yleensä liittyvien sisältöjen lisäksi neuvontaan ja opettamiseen kuului sosiaalista selviytymistä edistäviä sisältöjä.

Hoidollisessa keskustelussa painottuivat asiakkaan elämäntilanteen, tavoitteen, voimavarojen, muutoshalukkuuden ja ihmissuhteiden käsitteleminen sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen. Seuraavaksi tärkeimpinä olivat tunteet, retkahdus, oma ratkaisu, päihteenkäyttötilanteet, rajat ja riippuvuus. Osioon valitut sisällöt voisi jakaa karkeasti muutos- ja päihdespesifeihin sekä yleisinhimillisesti tärkeisiin sisältöihin. Kaikki valitut sisällöt tässä kyselyn osiossa kuuluivat lähes poikkeuksetta ainakin jonkin verran kaikkien työhön. Erityisistä päihdehoitomenetelmistä käytettiin eniten kaiken kaikkiaan retkahduksen ehkäisyä, ratkaisukeskeistä terapiaa, motivoivaa haastattelua sekä kognitiivista terapiaa. Lisäksi eniten käytössä olivat hoitotyön yleiset ja psykiatriset menetelmät, supportiivinen terapia, verkostotyö tai –terapia sekä kriisiterapia. Vastaajien käytössä olevasta kirjosta löytyi yhteensä runsaat parikymmentä erilaista päihdehuollossa käytössä olevaa hoitomenetelmää tai –lähestymistapaa.

Yhteistyötä tehtiin laajasti monenlaisten tahojen kanssa, eniten kuitenkin muiden päihdehoitoon erikoistuneiden, mielenterveys- ja psykiatristen, sosiaalityön yleisten ja perusterveydenhuollon palveluiden työntekijöiden kanssa. Asiantuntijatehtävistä painottuivat päihdehoidon muiden ja peruspalveluiden työntekijöiden konsultoitavana oleminen sekä opiskelijoiden ohjaus ja opettaminen. Erityisen vähän toimittiin työnohjaustehtävissä. Tärkeimmät hallinnolliset tai kehittämistehtävät olivat työn tai hoitomallien suunnittelu ja kehittäminen sekä työyhteisön sisäiset yhteistyöneuvottelut. Yksikön toiminnan sujumisesta huolehdittiin selvästi useammin kuin toimittiin yksikön vastaavana työntekijänä. Neljäsosa vastaajista ei osallistunut yksikön toiminnan suunnitteluun.

Avohoitoyksiköissä työskenneltiin tyypillisesti paljon yksin, pitkäkestoisissa hoitosuhteissa omien asiakkaiden kanssa, jotka tulevat sovittuna aikana. Suurin osa teki myös

päivystysluonteista työtä. Tiimissä hoitamista työhönsä ei sisällyttänyt kolmasosa vastaajista. Asiakaskontaktit olivat laitoshoitoyksiköihin verrattuna useimmin myös lyhytkestoisia, kertaluonteisia ja ajoittaisia. Puhelinneuvonta kuului paljon runsaan kolmanneksen työhön. Kotikäyntejä oli tehnyt lähes puolet ja viidennes myös kenttätyötä. Asiakasryhmien vetäminen sisältyi vajaa puolen työhön. Yksikön vastaavana työskenneltiin vähiten.

Katkaisu- tai vieroitushoitoyksiköissä tiimissä hoitaminen tai yhteisöhoito sisältyi lähes kaikkien työhön. Suurin osa työskenteli vähintään jonkin verran yksin. Omahoitajasuhteita oli vähiten, neljänneksen työhön ne eivät kuuluneet. Yli kolmanneksella oli paljon pitkäkestoisia hoitosuhteita, erityisesti huumeidenkäyttäjiä hoidettaessa. Lyhytkestoisia oli paljon noin kolmanneksella. Päivystysluonteisuus sisältyi työhön suurimmalla osalla, joista kolmanneksella paljon. Puhelimitse hoitoon liittyvää neuvontaa sisältyi kaikkien työhön, josta lähes puolella paljon. Erilaiset asiakasryhmät kuuluivat työhön noin puolella. Avohoito- ja kuntoutusyksiköihin verrattuna työhön sisältyi eniten vieroitusoireiden arviointia, hoitoon liittyviä teknisuonteisia tehtäviä, terveydentilaan liittyvät tutkimuksia, lääkärin määräämän lääkehoidon toteuttamista, vieroitustilan sekä somaattisen terveydentilan tilan tarkkailua ja hoitoa, perushoidosta huolehtimista, levottoman ja aggressiivisen asiakkaan rauhoittamista. Lisäksi näissä yksiköissä sairaanhoitajat toimivat useimmin yksikön vastaavana työntekijänä sekä olivat yhteydessä tai yhteistyössä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalityön yleisten palvelujen työntekijöiden kanssa.

Kuntouttavaa hoitoa tarjoavissa yksiköissä tiimissä hoitaminen tai yhteisöhoito kuului kaikkien työhön. Kuitenkin noin puolet työskenteli paljon yksin. Omia asiakkaita ja pitkäkestoisia hoitosuhteita oli suurimmalla osalla paljon. Yli puolen työ oli myös jonkin verran päivystysluonteista. Kotikäyntejä ja kenttätyötä oli tehnyt runsas kolmannes. Erilaiset ryhmät kuuluivat useimmin kuntouttavassa yksikössä työskentelevien vastaajien työhön. Ryhmätyypistä riippuen ne sisältyivät paljon työhön vähintään kolmanneksella, josta avoimet ryhmät yli puolella. Avohoito- ja katkaisuhoidoyksiköihin verrattuna kuntoutusyksiköiden työssä käytettiin eniten arkisten perustaitojen ja sosiaalisten taitojen opettamista, rentoutusmenetelmiä tai uniryhmiä, ryhmäterapiaa, verkostotyötä tai -terapiaa sekä yhteisöhoitojen menetelmiä. Myös yksikön toiminnan sujumisesta huolehtimista sisältyi työhön eniten.

Sairaanhoitajista nuoremmat arvioivat suhteellisesti enemmän pähteiden käyttöä ja riippuvuutta, työkokemuksen lisääntyessä asiakkaan kokonaistilanteen arvioiminen lisääntyi. Hoitoon liittyvää kirjaamista tekivät suhteessa vähiten vanhamuotoisen koulutuksen saaneet ja eniten työkokemusta omaavat sairaanhoitajat. Psykiatristen sairaanhoitajien työssä oli vähemmän terveydentilaan liittyviä tutkimuksia, perushoidosta huolehtimista sekä rentoutuksen ja levon edistämistä. Hoidollisen keskustelun sisällössä toivon edistäminen ja voimavarojen käsitteleminen painottuivat heillä enemmän. Myös työkokemuksen lisääntyminen lisäsi voimavarojen käsittelemistä. Lisäksi työkokemuksen myötä painottuivat vastuunottamisen edistäminen, retkahduksen käsitteleminen ja omanarvontunteen käsitteleminen. Hoitomenetelmien käytössä psykiatriset sairaanhoitajat painottivat suhteellisesti enemmän psykiatrisen hoitotyön menetelmiä ja supportiivista terapiaa tai tukea. Työkokemuksen lisääntyminen lisäsi ratkaisukeskeisen terapian ja systeemiteoreettisen mallin käyttöä.

Kaiken kaikkiaan tulokset muodostavat kuvan päihdehuollon sairaanhoitajien työn monipuolisesta sisällöstä ja sen sisällä asiakkaiden kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä erityisosaamisineen.

6. POHDINTA

6.1. Tutkimusmenetelmien tarkastelua

Tarkoituksena oli tutkia päihdehuollon erityispalveluissa työskentelevien sairaanhoitajien työn sisältöä. Tulosten avulla haluttiin sekä yleiskuva työstä että tarkempaa kuvaa hoitotyön toiminnasta ja sen alueista. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kysely toisaalta siksi, että tutkittavaan aiheeseen liittyvää tietoa oli jo siihen riittävästi ja siksi, että vastaajien joukko haluttiin laajaksi ja erilaisten yksiköiden suhteen kattavaksi. Tutkimus toteutettiin A-klinikkasäätiön erilaisissa hoitoyksiköissä ja sen kohdejoukkona olivat kaikki niissä työskentelevät sairaanhoitajat tai terveydenhoitajat, joita arvioitiin olevan yli 100.

Kyselyä ei voitu toteuttaa henkilökohtaisesti postitetuilla lomakkeilla, koska sopivaa rekisteriä ei ollut käytettävissä. Sen sijaan valittiin johtajien kautta kulkeva jakelu, joka mahdollisesti lisäsi kyselyn painoarvoa. Vastaamista on saattanut lisätä myös se, että tutkija

tunnetaan melko hyvin sairaanhoitajien piirissä, ja että hän työskentelee säätiön keskustoimistossa. Vastauksia saatiin muuten tasaisesti ja hyvin, paitsi yhdestä suuresta yksiköstä. Tutkimuksen jakelu kyseisessä yksikössä olisi pitänyt suunnitella ja toteuttaa huolellisemmin. Nimien hankkiminen ja uusintakysely olisivat olleet mahdollisesti yksi ratkaisu. Siihen ei kuitenkaan enää päädytty, koska kesälomakausi oli juuri alkamassa. Kato saattaa vaikuttaa esimerkiksi siten, että yksikössä painottuvat hoitomenetelmät painottuvat kyselyn tuloksissa nyt vähemmän. Suurin osa kaikista vastaajista oli nuoria tai alle viisi vuotta päihdetyössä olleita. Koska sopivaa henkilöstörekisteriä ei ollut käytettävissä, sairaanhoitajien ikäjakaumaa ei voitu tarkistaa. Yleinen käsitys kuitenkin on, että myös kokonaismäärässä painottuvat uudemmat ja nuoremmat sairaanhoitajat. Tältä pohjalta voi olettaa, että ei ole kyse siitä, että vanhimmat sairaanhoitajat olisivat vastanneet vähiten.

Tutkimusta varten kehitettiin oma mittari. Mittari perustui aikaisempien tutkimusten lisäksi tutkijan omaan, eri tavoin kertyneeseen asiantuntemukseen kohteena olevan työn sisällöstä. Mittarin sisältämät asiat järjestettiin vastaajan kannalta helpoimmasta vaikeampaan ja työn sisällön kannalta loogiseen järjestykseen, joka myös poikkesi hieman tutkimuskysymysten järjestyksestä. Kolmanteen tutkimuskysymykseen liittyvät kysymykset (keskustelun sisällöt, hoitomenetelmät) sijoittuivat lomakkeessa heti muiden asiakastyöhön liittyvien kysymysten perään, eikä vasta muuhun työn alueisiin liittyvien kysymysten jälkeen. Samaa järjestystä käytettiin myös tulosluvussa. Käytetyn mittarin erottelukyky osoittautui hyväksi, sillä vastaushajonnat olivat hyvät. Mittarilla saatiin toivottua tietoa. Kuva työn sisällöstä pohjautuu näin tutkien kuitenkin vastaajien omaan käsitykseen, ja joiltakin osin vastaukset saattavat heijastella myös sitä, mitä he pitävät tärkeänä. Mittauksen taso on epätarkka paljouden arvioinnissa, koska ”paljon - jonkin verran” ei merkitse kaikille samaa. Näiltä osin tulokset ovat suuntaa-antavia. Luotettavampi tieto on kuitenkin se, kuuluuko jokin työhön vai ei. Mittarin reliabiliteetti oli hyvä ainakin hoitotyön toiminnan ja hoidollisen keskustelun osioissa. Näistä jälkimmäiseen osioon oli kommentoitu jopa seuraavasti: ”...kokosi lähes täydellisesti terapiatyön sisällön. pakko vastata paljon lähes kaikkiin” sekä yleisemmin mittariin kohdistuvana kommentina ”olet huomionnut monipuolisesti työn mahdollista sisältöä”. Kommentteja oli pyydetty täydentäviä vastauksia varten olevassa avokysymyksessä. Asiakassuhteiden kestoja ja asiakaskontaktien laatua käsittelevissä kysymyksissä oli muutama eri tavoin käsiteltävä tai hankalasti omaan työhön (laitoshoitoyksiköissä) sopiva vaihtoehto (ks. taulukot 4 ja 5), joiden kohdalla oli myös muutamia puuttuvia tietoja (n=1-4). Kyselylomake oli pitkä ja se saattoi vaikuttaa jonkun

vastaamatta jättämiseen. Yksi vastaajista oli jättänyt vastaamisen kesken ensimmäisten sivujen jälkeen.

Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevaan tutkimukseen soveltuvia frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Kuvan täydentämiseksi tutkittiin ristiintaulukoinnin avulla mahdollisia ryhmien välisiä eroja. Khiin neliö-testin avulla tilastollisesti merkitseviä ja testin luvallisuussäännön täyttäviä eroja löytyi vain muutama. Muilta osin ristiintaulukoinnin avulla tarkennettiin kuvaa ja painotuksia eri yksikkötyypeissä tehtävässä työssä sekä nostettiin esille joitakin sairaanhoitajiin itseensä liittyviä eroja.

Tutkimusaineisto pyrittiin keräämään kokonaisotantana kaikista A-klinikkasäätiön yksiköistä. Tulokset kuvaavat hyvin A-klinikkasäätiön alaisissa yksiköissä työskentelevien päihdehuollon sairaanhoitajien työn sisältöä. Lisäksi tulokset kuvaavat todennäköisesti melko hyvin ja ainakin osittain myös kunnallisessa A-klinikkatoimessa sekä muissa suomalaisissa päihdeyksiköissä toimivien sairaanhoitajien työtä.

6.2. Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada kuvailevaa tietoa päihdehuollon erityispalveluissa toimivien sairaanhoitajien työn sisällöstä. Kuva muotoutui sairaanhoitajien työhön sisältyvien päihdehuollon asiakastyön muotojen ja hoitotyön toiminnan ja tehtäväalueiden kautta. Lisäksi kuva täydentyi hoidollisen keskustelun sisältöjen sekä käytettyjä hoitomenetelmien osalta.

Sairaanhoitajien työhön sisältyi monipuolisesti erilaisia päihdehuollon *asiakastyön muotoja*. Yksin hoitaminen, omat asiakkaat tai omahoitajasuhteet, pitkäkestoiset hoitosuhteet ja sovittuihin aikoihin pohjautuvat asiakaskontaktit painottuivat. Tärkeä osa sairaanhoitajien työtä on terapiatyypistä työtä, päihdehuollon ”keskusteluhoitoa”, kuten aikaisemmissa A-klinikoiden työhön liittyneissä tutkimuksissakin (Lehto 1991, Jaatinen 1996, Saarnio 2001). Työn muotojen kirjossa oli kuitenkin vahvasti mukana parityö, tiimissä hoitaminen tai yhteisöhoito sekä verkostopalaverit tai hoitoneuvottelut. Asiakkaina oli myös läheisiä ja perheen kanssa tehtiin yhteistyötä sekä rakennettiin asiakkaan tukiverkostoa. (Suhonen & Murto 2002) Hoitosuhteista merkittävä osa oli myös lyhytkestoisia ja/tai kertaluonteisia, samoin ajoittaisia tai jälkipoliklinisia (ks. Siren & Mäkelä 1989). Päivystysluonteisuus, joka

liittyy myös perinteiseen työnjakoon (Lehto 1991) sisältyi suurimman osan työhön. Avohoidossa ilman ajanvarausta tulevat avokatkaisuhoitoa tarvitsevat ja lisäksi esimerkiksi erilaisissa kriiseissä olevat asiakkaat. Päivystysluonteisuus laitoshoitoyksiköissä liittyyneen vastuuseen hoidossa olevien asiakkaiden terveydentilasta ja hoidosta, joka korostuu erityisesti vieroitusoireisten asiakkaiden hoidossa. (Inkinen 1991) Hoidollisten ryhmien vetäminen sisältyi runsaan puolen työhön, eniten niistä painottuivat avoimet ja teemaryhmät. Erilaisten asiakasryhmien lisääminen ja kehittäminen hoitopalveluissa on noussut esille erilaisissa yhteyksissä. Asiakastyön muodot painottuivat yksikkötyypeittäin eri tavoin. (ks. myös Suhonen & Murto 2002)

Päihdeasiakkaan kokonaistilanteen arviointi ja hoidon suunnittelu oli yksi keskeinen alue *hoitotyön toiminnassa*. Arviointi oli monipuolista ja siinä painottuivat kokonaistilanteen lisäksi päihteiden käytön ja riippuvuuden sekä hoidon tarpeen arviointi (ks. myös Inkinen 1991, Sutinen 1997, Happel & Taylor 1999). Suunnitteluun liittyi usein myös hoidosta sopiminen ja konkreettinen järjestäminen. Näitä tehtäviä on verrattu ns. palveluohjaukseen (Suhonen & Murto 2002). Arvioinnin ja sen laajuuden painottuminen liittyy toisaalta asiakkaiden moninaisiin tarpeisiin sekä toisaalta työnjakoon ja lääkäriresurssien vähyteen (Inkinen 1991, Suhonen & Murto 2002). Terveydentilaan liittyviä tutkimuksia, kuten huumeeseulat, ja lääkehoitoa ovat oletettavasti lisänneet huumeiden käyttäjien lisääntyminen. Toinen hoitotyön toiminnassa selvästi painottunut alue oli psyykkisen hyvinvoinnin edistäminen, jonka tarvitsijoina olivat erityisesti depressiiviset, levottomat ja aggressiiviset asiakkaat. (Inkinen 1991, Happel & Taylor 1999, Suhonen & Murto 2002) Kolmas selvästi painottunut hoitotyön alue, neuvonta ja opettaminen (ks. esim. Conti-O´ Hare 1995, Koski-Jännes 1995, Märkjärvi 1996, Sutinen 1997, Purhonen 2000), oli päihdehuollon sairaanhoitajien työssä sisällöllisesti monipuolista. Siinä painottuivat eniten päihteisiin, terveyteen ja hoitoon liittyvät asiat, mutta mukana oli myös tavallisesti sosiaalityön alueeseen mielletäviä sisältöjä. Terveysneuvonnan osalta käsite terveyskasvatus on aiemmissa yhteyksissä (Inkinen 1991) koettu päihdehuollon työssä hankalana. Viime vuosina on käsite terveysneuvonta (ks. Poskiparta 1997, Kettunen 2001) otettu käyttöön myös päihdehuollossa huumeiden käyttäjien terveysneuvontatyön kehittymisen myötä.

Yhteistyötä tehtiin kaiken kaikkiaan monien erilaisten tahojen kanssa. Työssä painottuivat kuitenkin eniten yhteistyö toisten päihdehoidon hoitopaikkojen, psykiatristen hoitopaikkojen sekä sosiaalityön yleisten palvelujen kanssa (ks. Inkinen 1991, Suhonen & Murto 2002). *Asiantuntijatehtävistä* koulutus ja työnohjaus olivat määrällisesti hyvin pieni osuus

päihdehuollon sairaanhoitajien työstä ja keskittyi vain muutamien sairaanhoitajien työhön (ks. myös Sutinen 1997). Sairaanhoitajat ovat muissa yhteyksissä tuoneet esille ”ulospäin suuntautuvan” työn ja sen mahdollistamisen tärkeyden (Inkinen 1991). *Hallinnollisista ja kehittämistehtävistä* painottuivat hoidon kehittäminen, sisäiset yhteistyöneuvottelut ja yksikön toiminnan sujumisesta huolehtiminen.

Hoitosuhteessa tai erilaisissa *hoidollisissa keskusteluissa* eniten käsitellyt sisällöt olivat asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen. Elämäntilanteen käsitteleminen sisältää itsessään paljon erilaisia keskustelun sisältöjä (kuten päihteiden käyttö, terveydentila, sosiaalinen tilanne). Samalla elämäntilanne keskustelun sisältönä merkinnee myös pysähtymistä ja katsomista siihen, missä on. Monet sisällöistä ovat tietyllä tavalla ”muutosspesifejä” (esimerkiksi tavoite), osa sisällöistä keskittyy yleisinhimillisesti tärkeisiin sisäisiin ja kokemuksellisiin asioihin (kuten tunteet, omanarvontunne), ja osa sisällöistä ovat puolestaan ”päihdespesifejä” (esimerkiksi päihteenkäyttötilanteet, riippuvuus). Kaiken kaikkiaan tutkimusta varten koottu hoidollisen keskustelun sisältöjen osio sopi hyvin päihdehuollon sairaanhoitajien työhön: kaikki siihen sisällytetyt sisällöt (n=23) kuuluivat lähes poikkeuksetta jokaisen työhön. Työkokemuksen lisääntyminen lisäsi seuraavien osuutta: omanarvontunteen tukeminen, vastuunottamisen edistäminen sekä voimavarojen ja retkahduksen käsitteleminen.

Päihdehoidossa käytettävien menetelmien osio täydensi kuvaa päihdehuollon sairaanhoitajien työn sisällöstä. Paljon käytettyjen päihdehoitomenetelmien kärjessä sairaanhoitajilla olivat supportiivinen terapia, retkahduksen ehkäisy, motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen terapia, joka vastaa näiden menetelmien käytön yleistä painotusta päihdehuollon palveluissa (ks. Pienimäki 2001, 2002, Suhonen & Murto 2002). Osa vastaajista ilmoitti käyttävänsä näitäkin menetelmiä paljon ja osa jonkin verran, joka liittyy niiden käytön ja sisällön erilaiseen omaksumiseen sekä koulutusten kautta että työympäristössä oppimalla. Hoitotyön menetelmistä psykiatrisen hoitotyön ja hoitotyön (nursing) auttamismenetelmiä käytettiin myös yhteensä paljon. Hoitotyön auttamismenetelmien käyttöä koskeva tulos, jonka mukaan niitä vastasi käyttävänsä paljon 40 %, jonkin verran 52 % ja 8 % ei ollenkaan, selittynee sen kautta, miten tämä käsite tunnetaan tai ymmärretään. Hoitotyön menetelmien käyttö hoitotyön toimintaa kartoittavien kysymysten kautta antaa puolestaan siitä laajemman kuvan.

6.3. Tutkimuksen merkitys, johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulokset antoivat lisää tietoa ja tarkensivat kuvaa *päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisällöstä*. Käytetyllä mittarilla saadut tulokset eivät juuri yllättäneet, vaan pääasiassa vahvistivat tutkijalla jo olemassa olevaa käsitystä sairaanhoitajien työstä. Huomiota kiinnittäviä tuloksia olivat sairaanhoitajakunnan painottuminen nuoriin, neuvonnan ja opettamisen painottuminen, hoidollisen keskustelun osion sisältöjen painottuminen ja vähäinen vaihtelu. Lisäksi huomiota kiinnitti tuloksista välittyvä katkaisu- ja vieroitushoidon monimuotoisuus ja painotukset, ja siten myös oletettava kuormittavuus. Kaiken kaikkiaan tulokset tukevat käsitystä kokonaisvaltaisesta ja monimuotoisesta sairaanhoitajan työstä. Saadut tulokset ovat parhaiten yleistettävissä A-klinikkasäätiön sairaanhoitajien työhön sen perinteisissä yksiköissä. Sairanhoitajien työ lienee kuitenkin pääosin samankaltaista muuallakin päihdehuollossa.

Sairanhoitajien työ A-klinikkasäätiössä on muotoutunut aikaa myöten hyvin tärkeäksi osaksi yksiköissä tehtävää työtä. Tuloksien myötä kuva tarkentui ja antaa myös pohjaa työn edelleen jäsentämiseen. Tuloksien pohjalta voi yksikkötasolla pohtia ja tarkastella erilaisia kysymyksiä: esimerkiksi miten yksikön sairaanhoitajien työ painottuu; onko työnjako ja henkilöstömitoitus kohdallaan; miten yksikön sairaanhoitajien työtä ja osaamista olisi mielekästä kehittää. Tärkeä kysymys on myös se, miten mahdollistettaisiin enemmän aikaa myös asiantuntijatehtäviin ja työn kehittämiseksi. Tehty tutkimus tuotti jäsenyyksen, joka sisältää suurimman osan säätiön hoitopalveluissa tehtävästä työstä. Kehitettyä mittaria voidaan niin haluttaessa hyödyntää erilaisten muutosten kautta useilla tavoin päihdehuollon yksiköiden työn, palveluiden tai osaamisen arvioinnissa ja kehittämisessä. Päihdeongelmien hoidon sisällön kannalta hoidollisen keskustelun sisältöjen osio mittarissa muodosti yhden sanoiksi puetun käsityksen sellaisesta, mikä on työntekijöiden käytössä pääosin hiljaisena tietona.

Muille kuin päihdetyössä toimiville sairaanhoitajille kuva päihdehuollon sairaanhoitajien työn sisällöstä tarjoaa uutta tietoa, jolla on käytännön merkitystä esimerkiksi tilanteessa, jossa terveydenhuollossa asioivaa potilasta ohjataan päihdeiden käytön vuoksi a-klinikalle hoitoon. Tällä tutkimuksella myös jatkettiin *suomalaisen päihdehoitotyön* sisällön teoreettista jäsentämistä. Sutisen päihdehoitotyön malliin sisältyvä ”terveystottumuksiin vaikuttaminen” (Sutinen 1997) ei tuntunut päihdehuollon sairaanhoitajien työtä tarkasteltaessa riittävältä.

Saatujen tutkimustulosten ja aiempien tutkimusten sekä viitekehysten uudelleen tarkasteluvaiheessa löytyi kuitenkin päihdesairaanhoidajien hoitotyötä paremmin kuvaava malli ja siihen terveystottumuksiin vaikuttamisen tilalle ”muutosta edistävä vuorovaikutus”. Päihdehuollon sairaanhoidajien työssä muutos tarkoittaa tietenkin jonkinlaista muutosta päihdeiden käytössä tai riippuvuudessa, mutta sen lisäksi erilaisia, esimerkiksi asiakkaan terveydentilaan, ihmissuhteisiin, asumistilanteeseen tai ymmärrykseen liittyviä myönteisiä muutoksia. Tärkeää, muutosta edistävää keskustelua käydään varsinaisen keskusteluhoitotilanteiden lisäksi esimerkiksi terveysneuvontatilanteissa, verenpainetta mitattaessa tai ruoanlaittoa harjoiteltaessa. Käsitteenä ”muutosta edistävä vuorovaikutus” on tähän riittävän laaja. Tämän tutkimuksen yhteydessä käytettyä päihdehoitotyön kolmeen pääalueeseen jakautuvaa hoitotyön toiminnan mallia voidaan mielestäni soveltaa myös tarkasteltaessa terveydenhuollon toimintaympäristössä toteutuvaa päihdehoitotyötä.

Tutkimuksen johtopäätökset päihdehuollon sairaanhoidajan työstä:

1. Asiakastyö painottuu, mutta työhön sisältyy myös yhteistyö-, asiantuntija- ja hallinnollisia sekä kehittämistehtäviä.
2. Asiakastyö on monimuotoista, mutta painottuu keskusteluhoitoon omien asiakkaiden kanssa. Lisäksi suurimman osan työhön sisältyy myös läheisen tukemista tai hoitoa, yhteistyötä perheen kanssa ja asiakkaan tukiverkoston rakentamista.
3. Hoitotyössä painottuvat erityisesti asiakkaan tilanteen ja hoidon tarpeen arviointi sekä suunnittelu, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvonta ja opettaminen.
4. Hoitotyö on kokonaisvaltaista asiakkaita hoidetaan, tuetaan, autetaan tai neuvotaan sekä fyysisen, psyykkisen että sosiaalisen tilanteen ja tarpeiden pohjalta.
5. Tärkeimmät hoidollisen keskustelun sisällöt ovat asiakkaan elämäntilanne, tavoite, voimavarat, muutoshalukkuus sekä toivon tunteen ja vastuunottamisen edistäminen.
6. Hoitomenetelmien käytössä painottuvat supportiivinen terapia/tuki, retkahduksen ehkäisy, motivoiva haastattelu, psykiatrisen hoitotyön menetelmät, hoitotyön yleiset auttamismenetelmät ja ratkaisukeskeinen terapia. Lisäksi työssä käytetään laajasti myös verkostotyötä/-terapiaa, kriisiterapiaa ja kognitiivista terapiaa.

Kiinnostuksen kohteita jatkotutkimusaiheiksi tällaisen työn sisältöä laajasti kuvaavan tutkimuksen pohjalta löytyy paljon. Päihdehuollon sairaanhoidajien työssä erityisen kiinnostavia jatkotutkimuskohteita olisivat sekä arvioinnin, suunnittelun ja päätöksenteon että muutosta edistävän vuorovaikutuksen tutkiminen laadullisia menetelmiä käyttäen. Lisäksi

kiinnostava tutkimuskohde olisi päihdehuollon yksiköiden ja niiden tiimeissä toimivien eri ammattiryhmien keskinäinen yhteistyö ja työnjako. Myös katkaisuhoidon sisällön ja käytäntöjen tutkiminen, siten että mukana olisi myös asiakkaan näkökulma olisi kiinnostava. Toimintatutkimuksen käyttäminen sisältäisi myös mahdollisuuden työn kehittämiseen.

LÄHTEET

A-klinikkasäätiön toimintakertomus ja tilinpäätös 2002 (2003). A-klinikkasäätiö, Sahalan kirjapaino Oy. Helsinki.

Ahonen J. (1997) A-klinikkatoiminnan taustaa. Tutkimus vapaaehtoisuuteen ja riippumattomuuteen perustuvan hoitomuodon synnystä. A-klinikkasäätiön raporttisarja n:o 22. T.A. Sahalan kirjapaino Oy. Helsinki.

Ahonen J. (1999) Järvenpään sosiaalisairaala. Päihdehuoltomme keskeisen laitoksen vaiheita. A-klinikkasäätiön raporttisarja n:o 29. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.

Ahonen, S. (1990) Työtyytyväisyys päihdehuollon organisaatiossa. Tutkimus A-klinikkasäätiön henkilökunnasta. A-klinikkasäätiön raporttisarja n:o 3. T.A. Sahalan kirjapaino Oy. Helsinki.

Alkoholipotilas hoidossa. (1956) A-klinikoiden toimintaa ja hoitokertomuksia. Väkiuomakysymyksen tutkimussäätiön julkaisuja n:o 5. Helsinki.

Allen, K. (1993) Current morale issues that impede the caregiving process of substance abuse/addictions nurses. *Issues in Mental Health Nursing*, 14: 293-305, 1993.

Alkula, T. & Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. (1999) Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 3. painos. WSOY, Juva.

American Nurses Association (Pub.), 1987. The Care of Clients with Addictions. *Dimensions on Nursing Practice*. Pub. 8/87. Kansas City, Missouri.

American Nurses Association (Pub.), 1988. Standards of Addictions Nursing Practice with Selected Diagnosis and Criteria. Kansas City. Pub. 1/88. Kansas City, Missouri.

Arthur, D. (1997) Alcohol early intervention: a nursing model for screening and intervention strategies. *Australian – New Zealand Journal of Mental Health Nursing*, 6(3): 93-101.

Auvinen, A. (1996) Moniammatilliset suhteet A-klinikkatyössä. Teoksessa: Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 96 (toim. Anna Metteri). Sosiaalityöntekijäin liitto. Edita.

Bruun, K. & Markkanen, T. (1961) Onko alkoholismi parannettavissa? Kokeellinen tutkimus nykyaikaisen alkoholistipoliklinikan hoitotuloksista. Väkiuomakysymyksen tutkimussäätiön julkaisuja n:o 11. Helsinki.

Conti- O`Hare, M. (1995) The lived experience of therapeutic use of self with addicted clients in early recovery: the expert nurse`s perspective. Väitöskirja, Adelphi University. Tiivistelmä.

Conti- O`Hare, M. (1996) A Descriptive Analysis of the Therapeutic Use of Self with Addicted Clients in Early Recovery from the Expert Nurse`s Perspective. *Journal Of Addictions Nursing*, Vol. 8, 3/1996.

Deehan, A. & Templeton, L. & Taylor, C. & Drummond, C. & Strang, J. (1998) Are practice nurses an unexplored resource in the identification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995. *Journal of Advanced Nursing*, 28(3): 592-597.

Graham, A. & Christy, K. & Emmitt-Myers, S. & Zyanski, S. (1997) Substance abuse education for clinical nurses: a controlled study. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 28(5): 217-222.

Hakkarainen P., Kekki T., Mustalampi S., Muuri A., Nuorvala Y., Partanen A., Virtanen A. & Virtanen P. Huumehoidon nykyiset tarpeet ja edellytykset. *Stakes, Aiheita 31/2000*. Helsinki.

Hall, J. (1994) Lesbians Recovering from Alcohol Problems: An Ethnographic Study of Health Care Experiences. *Nursing Research*, Vol. 43, No. 4: 238-243.

Hannula, E. (1998) Mielenterveys-, kriisi-, ja päihdetyössä toimivan sairaanhoitajan ammattitaito. Pro gradu -työ, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Happel, B. & Taylor, C. (1999) "We may be different, but we are still nurses": an exploratory study of drug and alcohol nurses in Australia. *Issues in Mental Health Nursing* 1999 Jan-Feb 20(1): 19-32.

Havio, M. & Mattila, R. & Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. (1994) Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. *Hygieia, Kirjayhtymä Oy*. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Heikkilä, T. (2001) Tilastollinen tutkimus. 3. painos. Edita, Helsinki.

Hennum, A-M. (1958) Sosiaalityön osuus alkoholipotilaan hoidossa. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 1, Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. (2000) Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.

Huumausaineiden ongelmakäyttäjien hoitoa kehittäneen työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001:8. Helsinki.

Immonen, E. & Murto, L. & Pajunen, S. & Österberg I. (1980) A-klinikkasäätiö 1955-1980. Lehtikanta Oy, Kouvola.

Inkinen, M. (1991) Sairaanhoitajana A-klinikkatoimessa: kuvaus sairaanhoitajan työstä ja sen kehittämistarpeista. A-klinikkasäätiö, raporttisarja nro 8. Sahalan kirjapaino, Helsinki.

Inkinen, M. (1993) Hoitotyö ja päihteet: Mitä sairaanhoitajan pitäisi tietää ja ymmärtää? *Sairaanhoitaja* 2 vol. 66:7-10.

Inkinen, M. (1998a) Sairaanhoitajat päihdetyön kehittäjinä: raportti Sairaanhoitajien päihdeasiantuntemuksen kehittäminen -projektista 1994-1997. A-klinikkasäätiö, monistesarja 8.

- Inkinen, M. (1998b) Päihdehoitotyö: osaamista kehitettävä yhdessä. *Sairaanhoitaja* 6 vol. 71:25-26.
- Inkinen, M. & Partanen, A. & Sutinen, T. (toim.) (2000) Päihdehoitotyö. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Jaatinen, J. (1996) Terapeuttinen keskustelutodellisuus, diskurssianalyttinen tutkimus alkoholiongelmien sosiaaliterapeuttisesta hoidosta. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, sosiaalipsykologian laitos. Stakes, tutkimuksia 72. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Kaukonen O. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. *Tutkimuksia* 107/2000. Stakes, Helsinki.
- Kearney, M. & Murphy, S. & Irwin, K. & Rosenbaum, M. (1995) Salvaging Self: A Grounded Theory on Crack Cocaine. *Nursing Research*, Vol. 44, No. 2: 208-213.
- Kennedy, J. Faugier J. (1989) *Drug and Alcohol Dependency Nursing*. Heineman Nursing, UK.
- Keso, L. (1988) Inpatient treatment of employed alcoholics: A randomized clinical trial on Hazelden and traditional treatment. Research Unit of Alcohol Diseases. Helsinki University Central Hospital.
- Kettunen, T. (2001) Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveystieteissä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 75, Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House and ER-Paino Ky, Lievestuore.
- Koski-Jännes, A. (1985) Alkoholi-ongelmien hoito kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla. Alkoholitutkimuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusraportti n:o 172, Helsinki.
- Koski-Jännes, A (1992) Alcohol Addiction and self-regulation. A Controlled Trial of a Relapse Prevention Program for Finnish Inpatient Alcoholics. The Finnish foundation for alcohol studies, volume 41. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Koski-Jännes, A (1995) Voidaanko avokatkaisua kehittää? Avokatkaisuun yhdistetyn mini-intervention tuloksellisuus. Alkoholi-ongelmien tutkimuslaitoksen tutkimusraportti n:o 189. Hakapaino Oy, Helsinki.
- Koski-Jännes, A., Jussila, A. & Hänninen, V. (1998) Miten riippuvuus voitetaan. Otava. Helsinki
- Latvala, E. (1998). Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksissä. *Acta Universitatis Ouluensis. Medica* D 490. Oulu University Press. Oulun yliopisto. Oulu.
- Lehto, J. (1991) Juoppojen professionaalinen auttaminen. Tutkimus lääkäreiden, sosiaalityöntekijöiden ja poliisien juoppoutteen kohdistamasta työstä ja siihen kohdistuvien professionaalisuusodotusten vaikutuksista. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallitus, tutkimuksia 1.

- Leiker, T. (1989) The role of the Addiction Nurse Specialist in a General Hospital setting. *Nursing Clinics of North America* vol.24(1).
- Leino-Kilpi, H. (1990) Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Väitöskirja, Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Lääkintöhallituksen julkaisuja 163, Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Lohiniva, V. (1999) Terveydenhoitajien työ ja kvalifikaatiot pohjoisessa toimintaympäristössä. Väitöskirja, Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Long, D. & Floyd-Walker, O. Therapeutic counseling skills of nurses working in an alcohol treatment program. *Rehabilitation Nursing*, Vol. 14, No. 6, Nov-Dec 1989, 344-346.
- Marcus, M. & Gerace, L. & Sullivan, E. (1996) Enhancing Nursing Competence with Substance Abusing Clients. *Journal of Nursing Education*, Vol. 35, No. 8: 361-366.
- McMahon, J. (1992) The change process in alcoholics: client motivation and denial in the treatment of alcoholism within the context of contemporary nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 173-186.
- Meleis, A. (1991) *Theoretical nursing: development and progress*. 2nd ed. J.B. Lippincott Company, Philadelphia.
- Muhli, A. (2002) SPSS 10.0 for Windows perusteet. Internetosoitteessa <http://cc.stat oulu.fi/spsss10Per>
- Munnukka, T. (1993) Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Vammalan kirjapaino Oy. Vammala.
- Murto, L. (1978) Asunnottomien alkoholistien elinolosuhteet ja elämäntapa sekä yhteiskunnan toimenpiteet. *Alkoholitutkimussäätiön julkaisu* 30, Helsinki.
- Mäkelä, R. (1978) Asunnottomien alkoholistien hoito ja kuntoutus. Tampereella vuosina 1970-1975 suoritettu tutkimus. *Acta Universitatis Tamperensis*. Ser A Vol 95, Tampere.
- Märkjärvi, L. (1995) Työterveyshoitajat päihdetyöverkoston kehittäjinä. Väitöskirja, Helsingin yliopisto, kasvatustieteen laitos. Sairaanhoidajien koulutussäätiön julkaisu, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Naegle, M. (ed.) (1993) *Substance Abuse Education in Nursing*. Vol. I-III. National League for Nursing, New York.
- Nevanlinna, A. (2002) SPSS11 –peruskurssin luentomoniste. Internetosoitteessa <http://www.helsinki.fi/atk/tilasto/spsspk11>.
- Niemelä, J. (1999). Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Helsinki: Stakes, Tutkimuksia 96.
- Nieswiadomy, R. (1998) *Foundations of Nursing Research*. Third edition. Appleton & Lange, Stamford.

Nojonen, K. (1990) Psykiatrisen pitkäaikaispotilaan kuntoutuminen. Acta Universitatis Tamperensis. Series A. Vol. 283. Tampereen yliopisto, Tampere.

Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O., & Haavisto, K. Päihde-ehdotin asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa: Vuosien 1995 ja 1999 päihdetapauskasien vertailu. Yhteiskuntapolitiikka 2000, 246-254.

Panhelainen, M. & Sinnemäki, T. (1996) Päihdehoitotyön asiantuntijuus, sairaanhoitajan päihdeasiin ja riippuvuuteen liittyvän asiantuntijuuden tarkastelua kirjallisuuden ja käytännön näkökulmasta. Projektityö, Lahden ammattikorkeakoulu, aikuiskoulutusyksikkö päihdehoitotyön jatkolinja. Moniste.

Parrot, T. (1995) Alcohol and Other Drug Abuse and Mental Health Curriculum Elements. Nurse Educator. Vol. 20, No. 5: 10-17.

Partanen, A. & Virtanen, A. (2002) Päihdehuollon huumeasiakkaat vuonna 2001 – tiedonantajapalaute 9/2002. Internetosoitteessa http://www.stakes.info/files/pdf/tiedonantajapalautteet/2002/Tp9_02.pdf

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (1998) Tutkimussuunnitelman laadinta kvantitatiivisessa ja kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva. 36-48.

Pelkonen, M. (1994) Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.

Peltari, P. (1997) Sairaanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes, Tutkimuksia 80. Väitöskirja.

Perälä, M.-L. (toim.) (1997) Hoitotyön suunta, strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. Hoitotyön projektiryhmä, Stakes. Gummerus, Jyväskylä.

Pienimäki A. (toim.) (2001) Päihteiden ongelmakäyttäjien hoito vuonna 2001. Opas hoitopaikoista ja niistä käytetyistä menetelmistä. Stakes, oppaita 21, 2001.

Pienimäki, A. (2002) Alkoholi- ja huumeongelman psykososiaalinen hoito on samankaltaista. Sosiaaliturva 12/6.

Polit D. & Hungler B. (1999) Nursing Research , Principles and Methods. Lippincot. New York.

Poskiparta, M. (1997) Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Studies in Sport, Physical Education and Health 46, Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House and ER-Paino Ky, Lievestuore.

Purhonen, H. (2000) Hoitotyön auttamismenetelmät katkaisuhoidossa olevan potilaan voimavarojen vahvistamiseksi – kysely sairaanhoitajille. Pro gradu -työ, Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Päihdehuoltolaki 1986. Suomen asetuskokoelma 41/86. Teoksessa: Suomen Laki II. Helsinki 1988 ja internetosoitteessa <http://www.finlex.fi/linkit/sd/19860041>

Päihdepalvelujen laatusuositukset (2002). Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki.

Rassool, G.H. (1996) Addiction nursing and substance misuse: a slow response to partial accommodation. *Journal of Advanced Nursing* vol.24 (3): 425-427.

Saarelainen, R. (2000) Yleisimmät systeemiset lyhytterapiasuuntaukset. Tiimi 3-4. Painotalo Auranen Oy, Forssa.

Saarnio, P. (1990) Alkoholistien hoidon ja kuntoutuksen peruslähtökohtia. Tutkimus huoltola-asiakkaiden kognitiivisista toiminnoista, sosiaalisesta tilanteesta ja selviytymiskeinoista. Sosiaalipoliittisen Yhdistyksen Tutkimuksia 52, Helsingin yliopisto, sosiaalipoliittikan laitos, tutkimuksia n:o 2/1990. Yliopistopaino, Helsinki.

Saarnio, P. (2001). Mitkä tekijät vaikuttavat terapiasuhteen keskeyttämiseen avopäihdehoidossa? *Yhteiskuntapolitiikka*, 66:3, 224-232.

Saarto, A. (1996) Jaksaminen ja selviytyminen A-klinikkatyössä: tutkimustietoa ja virikkeitä työkykyä ylläpitävän toiminnan kehittämiseksi A-klinikkasäätiössä. A-klinikkasäätiö, monistesarja nro 5.

Sinnemäki T. (1990) Tukea päihdepotilaiden hoitajille: kokemus terveyskeskuksen sairaanhoitajille annetusta lyhytkestoisesta, päihdepotilaiden hoitoon keskittyvästä ryhmätyönohjauksesta. A-klinikkasäätiö, raporttisarja nro 5. Sahalan kirjapaino, Helsinki.

Siren, A. & Mäkelä, R. (1989) Hoitoon tulo ja hoitoon kiinnittyminen. *Alkoholipoliitiikka* 54:3 s.120-127.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten henkilöiden vieroitus-, korvaus- ja ylläpitohoidoista eräillä lääkkeillä (289/2002).

Suhonen, H. & Murto, L. (2002) Menetetty hetket ja avautuvat mahdollisuudet. Tutkimus asiakassuhteen muotoutumisesta päihdehuollon erityispalveluissa. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 40. T.A. Sahalan kirjapaino, Helsinki.

Sutinen, T. (1997) Päihdehoitotyö päihdesairaanhoitajaverkoston jäsenten kuvaamana. Pro gradu -työ, Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos.

Taskinen, M. (1995) Päihdeongelmaisen motivointi muutosprosessin eri vaiheissa. *Dialogi* 7:16-19 Stakes, Helsinki.

Vehviläinen-Julkunen, K. (1990) Nursing in child health care: maintaining awareness of the child's development and care. Kuopion yliopiston julkaisuja. *Yhteiskuntatieteet. Alkuperäistutkimukset*; 3/1990.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. (1998a) Hoitotieteellisen tutkimuksen tarkoitus ja merkitys. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. (1998) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva. 14-34.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. (1998b) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. (1998) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY, Juva. 206-214.

Yli-Luoma, P. (1999) Johdatus kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin SPSS for Windows-ohjelman avulla. 5. painos. IMDL Oy:n kirjapaino, Sipoo.

Åstedt-Kurki, P. (1992) Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. Tampere.

LIITE 1.

Päihdehuollon erityispalvelujen kartoituksessa käytettyjen **hoitomenetelmävaihtoehtojen käyttö** tämän tutkimuksen mittarin osiossa ”hoitomenetelmien tai lähestymistapojen käyttö”.

Mukana (muutamassa pieni muutos):

Akupunktio
 (Draamaterapia/psykodraama/sosiodraama)
 Hahmoterapia
 Kognitiivinen terapia
 Kuvataideterapia

 Motivoiva haastattelu
 Musiikkiterapia
 Minnesotamalli (Myllyhoito®)
 NLP (Neurolingvistinen prosessointi)
 Perheterapia
 Psykodynaaminen terapia
 Ratkaisukeskeinen terapia/metelmä
 Rentoutus(/stressin hallinta)/uniryhmät
 Retkahduksen ehkäisy

 Ryhmäterapia
 Systemiteoreettinen malli
 Transaktioanalyttinen malli (TA)
 Yhteisöhoito
 Supportiivinen (tukea antava) terapia/tuki

Lisätyt:

Hoitotyön (nursing) auttamiskeinot
 Kriisiterapia
 Psykiatrisen hoitotyön menetelmät
 Sosiaaliterapia
 Verkostotyö, -terapia
 Vyöhyketerapia

Muussa kohdassa muuten mukana:

Huumeidenkäyttäjien terveystuontu	-> opettaminen -> päihdehaittojen vähentäminen
Itsestä huolehtimisen taidot	-> opettaminen -> arkiset perustaidot
Palveluohjaus (case management)	-> arviointi, suunnittelu, hoidon sopiminen/järjestäminen
Perhetyö	-> asiakastyömuodot -> yhteistyö perheen kanssa
Sosiaalisen tuen hyödyntäminen	-> asiakastyömuodot -> tukiverkoston rakentaminen
Sosiaalisten taitojen opettelu	-> opettaminen -> sosiaaliset taidot

Poistettut:

AA/NA ryhmät (12 askeleen ryhmät)
 Muut itsehoitoryhmät
 Community Reinforcement Approach (yhteisö vahvistusohjelma CRA)
 Huumeineuvonta (drug counseling)
 Vihjealtistus (cue exposure)

Lähde: Kartoituksen tulokset ja psykososiaalisten menetelmien kuvaukset: ”Päihteiden ongelmakäytön hoito vuonna 2001. Opas hoitopaikoista ja niissä käytetyistä menetelmistä. Pienimäki A. (toim.). Stakes, oppaita 24, 2001.

**A-KLINIKKASÄÄTIÖN
SAIRAANHOITAJIEN TYÖ – kyselylomake**

Huhtikuu 2002, Maria Inkinen

VASTAAJAN TIEDOT

1. Sukupuolesi ?

Merkitse rasti oikean vaihtoehdon kohdalle.

mies	<input type="checkbox"/>
nainen	<input type="checkbox"/>

2. Mihin seuraavista ikäryhmistä kuulut ?

Merkitse rasti oikean vaihtoehdon kohdalle

- 25	<input type="checkbox"/>
26 - 35	<input type="checkbox"/>
36 - 45	<input type="checkbox"/>
46 - 55	<input type="checkbox"/>
56 -	<input type="checkbox"/>

3. Ammattitutkintosi ja sen suorittamisvuosi ?

Merkitse tutkinto(je)si suorittamisvuosi ja tarvittavat lisäykset

sairaanhoitaja ("vanhamuotoinen" yleisairaanhoitajan tutkinto)	<input type="checkbox"/>
erikoissairaanhoitaja, <i>erikoisala?</i>	<input type="checkbox"/>
terveydenhoitaja	<input type="checkbox"/>
sairaanhoitaja ("uusimuotoinen"), <i>erikoisala ?</i>	<input type="checkbox"/>
sairaanhoitaja – AMK	<input type="checkbox"/>
muu tutkinto tai pätevyys, <i>mikä ?</i>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

4. Mikä on toiminimikkeesi tällä hetkellä ?

Merkitse rasti oikean vaihtoehdon eteen.

sairaanhoitaja / erikoissairaanhoitaja	<input type="checkbox"/>
osastonhoitaja	<input type="checkbox"/>
muu, <i>mikä?:</i>	<input type="checkbox"/>

5. Millainen työsuhde sinulla on tällä hetkellä ?

Merkitse rasti oikeiden vaihtoehtojen kohdalle.

kokopäiväinen	<input type="checkbox"/>
osa-aikainen	<input type="checkbox"/>
vakainainen	<input type="checkbox"/>
määräaikainen	<input type="checkbox"/>

6. Kuinka monta vuotta olet kaikenkaikkiaan työskennellyt päihdehuollossa / päihdetyössä (puoli- tai kokopäiväisesti)? Merkitse rasti oikean vaihtoehdon kohdalle.

alle vuosi	
1 - 4 vuotta	
5 - 9 vuotta	
10 -14 vuotta	
15 -24 vuotta	
25 tai yli	

7. Kuinka monta vuotta olet työskennellyt sairaanhoitajana muissa sosiaali- tai terveydenhuollon palveluissa ? Merkitse rasti oikean vaihtoehdon kohdalle.

ei ollenkaan	
alle vuosi	
1- 4 vuotta	
5 - 9 vuotta	
10 -14 vuotta	
15 vuotta tai yli	

8. Millaisissa seuraavista sosiaali- tai terveydenhuollon yksiköistä olet työskennellyt sairaanhoitajana ? Merkitse rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle.

terveyskeskus (vastaanotto/neuvola)	
mielenterveystoimisto	
poliklinikka - somaattinen	
poliklinikka – psykiatrinen	
vuodeosasto – somaattinen	
vuodeosasto – psykiatrinen	
vanhustenhuollon yksikkö	
lastensuojelun yksikkö	
muu, mikä?	

9. Millaisessa A-klinikasäätiön yksikössä työskentelet tällä hetkellä ?

Merkitse rasti yksikköäsi kuvaavan vaihtoehdon kohdalle. Jos työskentelet useammanlaisessa yksikössä merkitse sen mukaan, jossa työskentelet eniten.

A-klinikka / a-poliklinikka	
Vieroitus- / korvaushoitopoliklinikka / terveysneuvontapiste	
Nuorisoasema	
muu nuorten hoitoyksikkö	
Katkaisuhoito- / vieroitushoito-osasto	
Kuntoutusyksikkö / -osasto	
Muu, mikä	

Yksikkö, jossa hoidetaan vain huumausaineiden käyttäjiä	
---	--

10. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten omaa yksikköäsi ? Merkitse rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle

Vain yksi yksikkö	
A-klinikkatoimi, johon kuuluu 2 tai 3 erilaista yksikköä	
A-klinikkatoimi, johon kuuluu 4 tai useampia yksikköjä	
Päihdesairaalassa sijaitseva yksikkö / osasto	

11. Kuinka monta eri työntekijää yksikössäsi/osastollasi työskentelee tällä hetkellä ? Merkitse rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle. Jos työskentelet useammassa yksikössä merkitse se, jossa työskentelet eniten.

3 - 6	
7 - 10	
11 - 14	
15 -	

12. Kuinka paljon työhösi sisältyy seuraavia asiakastyön muotoja ?

Ympyröi sopiva vaihtoehto. 1 = paljon, 2 = jonkin verran, 3 = ei sisälly työhöni

ASIAKASTYÖ 1	paljon	jkn v.	ei sis.
päivystysluonteinen asiakastyö	1	2	3
sovittuihin aikoihin pohjautuva asiakastyö	1	2	3
yksin asiakaskontakteissa	1	2	3
asiakaskontaktit parityönä	1	2	3
tiimissä hoitaminen / yhteisöhoito	1	2	3
verkostopalaverit, hoitoneuvottelut	1	2	3
kertaluonteiset asiakaskontaktit	1	2	3
lyhytkestoisia hoitosuhteita (muutamia tapaamisia / lyhyt hoitojakso)	1	2	3
pitkäkestoisia hoitosuhteita (jatkuvat tapaamiset / pitkä hoitojakso)	1	2	3
omat asiakkaat, omahoitajasuhteet	1	2	3
ajoittain käyvät / jälkipolikliniset asiakkaat	1	2	3
kotikäynnit	1	2	3
kenttätyö	1	2	3
hoitoon liittyvä puhelinneuvonta	1	2	3
hoitoon liittyvä kirjaaminen (lomakkeet, hoitorekisteri)	1	2	3
hoitoon liittyvät teknisluonteiset tehtävät (välineet, laitteet, lääkkeet ym.)	1	2	3
avoimen keskusteluryhmän vetäminen	1	2	3
suljetun keskusteluryhmän vetäminen	1	2	3
toiminnallisen ryhmän vetäminen	1	2	3
teemaryhmän vetäminen (opetuksellinen tavoite)	1	2	3
yhteistyö perheen kanssa	1	2	3
asiakkaan tukiverkoston rakentaminen	1	2	3
päihteenkäyttäjän läheisen tukeminen / hoito	1	2	3

13. Kuinka paljon työhösi sisältyy seuraavaa hoitoon liittyvää toimintaa ?

Ympyröi sopiva vaihtoehto. 1 = paljon, 2 = jonkin verran, 3 = ei sisälly työhöni

ASIAKASTYÖ 2	paljon	jkn v.	ei sis.
päihteen käytön ja riippuvuuden arviointi	1	2	3
vieroitusoireiden arviointi	1	2	3
asiakkaan kokonaistilanteen arviointi	1	2	3
tuen/hoidon/jatkohoidon tarpeen arviointi	1	2	3
hoidon suunnittelu	1	2	3
hoidon sopiminen tai järjestäminen	1	2	3
hoidon seuranta ja arviointi	1	2	3
päihteisiin liittyvä neuvonta (vaikutukset, riskit ym.)	1	2	3
muu terveyteen liittyvä neuvonta	1	2	3
oma-apuun/hoidon sisältöön liittyvä neuvonta	1	2	3
toimeentuloon, työhön tai asumiseen liittyvä neuvonta	1	2	3
päihdehaittojen vähentämisen opettaminen	1	2	3
arkisten perustaitojen opettaminen	1	2	3
sosiaalisten taitojen opettaminen	1	2	3
terveydentilaan liittyvät tutkimusten toteuttaminen (esim.RR)	1	2	3
laboratoriotutkimukset (esim. huumetestit)	1	2	3
fyysisen terveydentilan arviointi	1	2	3
psykkisen terveydentilan arviointi	1	2	3
vieroitustilan tarkkailu ja hoito	1	2	3
lääkärin määräämän lääkehoidon toteutus ja seuranta	1	2	3
itsenäinen lääkehoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta	1	2	3
perushoidosta huolehtiminen (esim. nesteet, ravitsemus, puhtaus)	1	2	3
jonkin somaattisen tilan tai sairauden vaatima tarkkailu ja hoito	1	2	3
rentoutumisen ja levon edistäminen	1	2	3
levottoman asiakkaan rauhoittaminen	1	2	3
aggressiivisen asiakkaan rauhoittaminen	1	2	3
depressiivisen asiakkaan tukeminen/hoito	1	2	3
psykoottisen asiakkaan tukeminen/hoito	1	2	3

14. Kuinka paljon seuraavien asiakkaan elämään liittyvien sisältöjen käsitteleminen sisältyy tavallisesti hoitosuhteisiin / hoidollisiin keskusteluihin / terapiaan? ympyröi sopiva vaihtoehto. 1 = paljon, 2 = jonkin verran, 3 = ei sisälly

ASIAKASTYÖ 3	paljon	jnkn v.	ei
ambivalenssin käsitteleminen	1	2	3
elämäntilanteen käsitteleminen	1	2	3
identiteetin käsitteleminen	1	2	3
ihmissuhteiden käsitteleminen	1	2	3
koetun pulman käsitteleminen	1	2	3
kokemusten käsitteleminen	1	2	3
muutoshalukkuuden käsitteleminen	1	2	3
oman ratkaisun käsitteleminen	1	2	3
omanarvontunteen tukeminen	1	2	3
päihdehistorian käsitteleminen	1	2	3
päihteenkäyttötilanteiden käsitteleminen	1	2	3
päätöksen tekemisen käsitteleminen	1	2	3
rajojen käsitteleminen	1	2	3
realiteettien käsitteleminen	1	2	3
retkahduksen käsitteleminen	1	2	3
riippuvuuden käsitteleminen	1	2	3
tavoitteen käsitteleminen	1	2	3
toimintamallien käsitteleminen	1	2	3
toivon tunteen edistäminen	1	2	3
transferenssien käsitteleminen	1	2	3
tunteiden käsitteleminen	1	2	3
uskomusten käsitteleminen	1	2	3
vastuunottamisen edistäminen	1	2	3
voimavarojen käsitteleminen	1	2	3
muu, mikä ?	1	2	3

Tähän voit halutessasi kirjoittaa lisätietoja/kommentteja edellä oleviin kysymyksiin 12, 13, 14 liittyen:

15. Kuinka paljon käytät omassa työssäsi seuraavia hoitomenetelmiä tai lähestymistapoja ?

Ympyröi sopiva vaihtoehto, kun 1=paljon, 2=jonkin verran, 3=en käytä

ASIAKASTYÖ 4	paljon	jkn v.	ei
Akupunktio	1	2	3
Hahmoterapia	1	2	3
Hoitotyön (nursing) auttamismenetelmät	1	2	3
Kognitiivinen terapia	1	2	3
Kriisiterapia	1	2	3
Kuvataideterapia	1	2	3
Minnesotamalli	1	2	3
Motivoiva haastattelu	1	2	3
Musiikkiterapia	1	2	3
NLP	1	2	3
Perheterapia	1	2	3
Psykiatrisen hoitotyön menetelmät	1	2	3
Psykodraama/sosiodraama	1	2	3
Psykodynaaminen terapia	1	2	3
Ratkaisukeskeinen terapia	1	2	3
Rentoutusmenetelmät/uniryhmät	1	2	3
Retkahduksen ehkäisy	1	2	3
Ryhmäterapia	1	2	3
Sosiaaliterapia	1	2	3
Supportiivinen terapia/tuki	1	2	3
Systeemiteoreettinen malli	1	2	3
Transaktioanalyttinen malli	1	2	3
Verkostotyö, -terapia	1	2	3
Vyöhyketerapia	1	2	3
Yhteisöhoidon menetelmät	1	2	3
Muu, mikä ?	1	2	3

16. Kuinka paljon olet tällä hetkellä työhösi sisältyen yhteydessä/yhteistyössä seuraavien tahojen työntekijöiden kanssa (asiakaskohtaiset tai muut yhteistyökysymykset)? Ympyröi sopivat vaihtoehdot, 1= Paljon , 2= Jonkun verran, 3 = En ollenkaan

	paljon	jkn v.	ei
ammattillinen oppilaitos	1	2	3
apteekki	1	2	3
asumispalvelut	1	2	3
erikoissairaanhoido (somaattinen)	1	2	3
kansainväliset yhteistyökumppanit / -tahot	1	2	3
kasvatusneuvola / perheneuvola	1	2	3
koulutoimi	1	2	3
lastensuojelun palvelut	1	2	3
mielenterveys- / psykiatriset palvelut	1	2	3
muut päihdehoitoon erikoistuneet palvelut	1	2	3
nuorisotoimi	1	2	3
perusterveydenhuollon palvelut	1	2	3
poliisi / oikeuslaitos	1	2	3
raittiustoimi / ehkäisevä päihdetyö	1	2	3
seurakunta	1	2	3
sosiaalityön yleiset palvelut (toimeentulo jne.)	1	2	3
työvoimaviranomaiset	1	2	3
vankila / kriminaalihuolto	1	2	3
vapaaehtoistyö / asiakasyhdistys	1	2	3
muu, mikä ?	1	2	3

17. Kuinka paljon toimit tällä hetkellä asiantuntijana seuraavanlaisissa tehtävissä ? Ympyröi sopiva vaihtoehto, kun 1 = paljon, 2= jonkin verran, 3=ei sisälly työhöni

	paljon	jkn v.	ei
toiset päihdehoidon työntekijät konsultoivat	1	2	3
peruspalveluiden työntekijät konsultoivat	1	2	3
konsulttina jossain toisessa yksikössä	1	2	3
opiskelijoiden ohjaus ja opettaminen	1	2	3
oman organisaation työntekijöiden kouluttaminen	1	2	3
oman alueen työntekijöiden kouluttaminen	1	2	3
luennoitsijana / kouluttajana eri puolilla Suomea	1	2	3
työnohjaajana toimiminen	1	2	3
ennaltaehkäisevä päihdetyö (esim. kouluissa)	1	2	3
päihteistä / palveluista tiedottaminen (esim. esitteet, tiedotteet, tapahtumat tai media)	1	2	3
muu, mikä ?	1	2	3

merkitse rasti tarvittaessa

työntekijänä (puoli tai kokopäiväis.) tutkimus- tai kehittämisprojektissä	
---	--

18. Kuinka paljon seuraavat yksikkösi työtehtävät sisältyvät omaan työhösi ?

Ympyröi sopiva vaihtoehto, kun 1= paljon , 2= jonkun verran, 3 = ei ollenkaan

	paljon	jnkn v.	ei
Yksikön toiminnan sujumisesta huolehtiminen (esim. työntekijät, aikataulu, työvälineet)	1	2	3
Yksikön toimintaan liittyvä suunnittelu (esim. työvuorot, tilojen käyttö, toimintasuunnitelma)	1	2	3
Yksikön (/työvuoron) vastaavana työntekijänä toimiminen	1	2	3
Työyhteisön sisäiset yhteistyöneuvottelut	1	2	3
Yhteistyöneuvottelut muiden tahojen edustajien kanssa	1	2	3
yksikön työn / hoitomallien suunnittelu ja kehittäminen	1	2	3
yksikön laatutyö (laadun arviointi, kehittäminen)	1	2	3
Yksikössä toteutuvaan tutkimus- tai kehittämisprojektin tehtäviin osallistuminen	1	2	3
muu, mikä ?	1	2	3

19. Millaisessa työryhmässä työskentelet ?

Arvioi seuraavia työryhmäsi liittyviä tekijöitä oman työsi kannalta asteikolla 1= hyvä 😊, 2= kohtalainen, 3=huono ☹️. Ympyröi sopiva vaihtoehto.

	hyvä	kohtal.	huono
työyhteisön ilmapiiri	1	2	3
tiedonkulku	1	2	3
yhteistyön sujuminen	1	2	3
asioista sopiminen	1	2	3
arvostuksen saaminen	1	2	3
tasa-arvoisuus	1	2	3

20. Miten yksikkösi/osastosi johtaminen toteutuu ?

Arvioi yksikkösi / osastosi johtamista oman työsi kannalta. Johtamisella tarkoitetaan lähijohtamista (osastonhoitaja/yksikkövastaava/johtaja). Asteikko on 1= hyvä 😊, 2 = kohtalainen, 3 = huono ☹️. Ympyröi sopiva vaihtoehto.

	hyvä	kohtal.	huono
ilmapiirin luominen	1	2	3
tiedottaminen	1	2	3
yhteistyön tekeminen	1	2	3
työn organisoiminen	1	2	3
arvostuksen antaminen	1	2	3
oikeudenmukaisuus	1	2	3

A-KLINIKKASÄÄTIÖ

Keskustoimisto

Jakelu: ALUEJOHTAJAT

Asia: Kyselytutkimus sairaanhoitaja- / terveydenhoitajakoulutuksen saaneiden A-klinikkasäätiön työntekijöiden työn sisällöstä

A-klinikkasäätiön päihdepalveluja kehitetään monella tavalla. Säätiön työntekijöiden työn sisällön tarkempi selvittäminen edistää osaltaan sekä palveluiden / hoidon laadun että työntekijöiden osaamisen kehittämistä. Myös palvelukuvausten tekemisessä ja tuotteistamisessa tarvitaan mahdollisimman selkeää ja monipuolista kuvaa palveluissa tehtävän työn sisällöstä.

A-klinikkasäätiön palveluksessa on yli sata sairaanhoitajakoulutuksen saanutta työntekijää. Päihdetyössä toimivien sairaanhoitajien työstä on olemassa kansainvälisestikin vain hyvin vähän tutkimustietoa. Oheinen kyselylomake on suunniteltu erityisesti päihdehuollon sairaanhoitajien työn profiilin selvittämistä varten. Lomakkeessa kerätään tietoja säätiön sairaanhoitajakoulutuksen saaneista työntekijöistä, heidän toimintaympäristöistään (yksikköä koskevat muuttujat) sekä siitä, mitä heidän työhönsä (asiakastyö, asiantuntijatehtävät ym.) sisältyy. Kyselylomake on anonyymi sekä työntekijän että toimintayksikön osalta. Aineisto jää vain tutkijan käyttöön ja vastaajien tunnistamattomuudesta tuloksia raportoidessa huolehditaan eettisen tutkimuskäytännön mukaisesti. Kyselyaineisto analysoidaan tilastollisin menetelmin käyttäen nyt tehtävässä tutkimuksessa kuvailevaa tietoa antavia tunnuslukuja.

Tutkimusta varten kehitettyä, ja toteutuksen yhteydessä arvioitavaa työn sisältöä kuvaavaa mittaria voitaneen jatkossa hyödyntää tarkistusten ja tarvittavien muutosten jälkeen myös muiden säätiön ammattiryhmien työn sisällön kuvaamisessa tai arvioinnissa.

Tutkimuksen toteutumiseen tarvitaan teidän apuanne. Pyydämme, että ystävällisesti välitätte kyselylomakkeen niille yksiköittenne työntekijöille, joilla on sairaanhoitajakoulutus ja jotka tekevät asiakastyötä (ainakin osan työajastaan). Lomakkeen voi jakaa sähköpostitse tai paperikopiona esim. toimistotyöntekijän / yksikkövastaavien / osastonhoitajien avulla (pyynnöstä myös lähetämme toivomanne määrän lomakkeita keskustoimistosta). Lomakkeet pyydetään palauttamaan 26.4.2002 mennessä Maria Inkiselle keskustoimiston osoitteeseen postitse. Mikäli lomake halutaan täyttää sähköisesti, sen voi myös lähettää halutessaan tutkijalle sähköpostitse maria.inkinen@a-klinikka.fi Mahdolliset tiedustelut myös 0400-765 575 / 09-6220 2956.

Lasse Murto
ToimitusjohtajaMaria Inkinen
projektikoordinaattori

Nyt tehtävä kyselytutkimus on samalla Pro Gradu –tutkielma Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle.

Tampereen yliopisto**Hoitotieteen laitos**

Maria Inkinen, sh,

TtM –opiskelija

**A-KLINIKKASÄÄTIÖN YKSIKÖISSÄ
TYÖSKENTELEVIENTEN SAIRAANHOITAJIEN TYÖHÖN
LIITTYVÄ TUTKIMUS, KEVÄT 2002**

Hyvä vastaaja, arvon kollega

Päihdetyötä tekevien sairaanhoitajien työn sisältö on kiinnostanut minua pitkään. Tutkimustietoa tältä alueelta on kansainvälisestäkin vain hyvin vähän. Säätiöläisenä valitsin pro gradu -tutkielmani tutkimuskohteeksi luonnollisesti juuri oman organisaation, koska haluan edistää sekä sairaanhoitajien että laajemminkin A-klinikkasäätiössä tehtävän ammatillisen työn kehittämistä. Käsissäsi oleva kyselylomake on syntynyt noin kymmenen vuoden aikana kertyneen tiedon ja pohdinnan pohjalta.

Teidän vastaustenne ja edelleen tulosten avulla saamme tarkemman kuvan siitä, millainen säätiön sairaanhoitajien työn profiili on sekä siitä, miten työn erilaiset tehtävät, muodot tai alueet sekä asiakastyön sisältö ulottuvuuksineen painottuvat. Samalla saamme tietoa siitä, millaisia sairaanhoitajia ja millaisissa työympäristöissä säätiön palveluksessa työskentelee. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää sekä työn että osaamisen kehittämisessä omassa työssä, (alue)yksikkötasolla ja A-klinikkasäätiön keskustuimistossa toteutuvassa sisäisessä kehittämis- ja koulutustoiminnassa.

Tämän tutkimuksen vastaajiksi kuuluvat kaikki A-klinikkasäätiön työntekijät, joilla on sairaanhoitaja- tai terveydenhoitajatutkinto. Käytössä oleva toiminimike voi olla mikä hyvänsä. Sairaanhoitajatutkinnon lisäksi toisena kriteerinä on se, että vastaaja tekee asiakastyötä (ainakin osan työajastaan).

Vastaaminen on nimetöntä, myöskään toimintayksikköä ei nimetä lomakkeeseen. Eettisen tutkimuskäytännön mukaisesti huolehdin vastaajien tunnistamattomuudesta tuloksia raportoidessani. Vastatessasi voit olla ehdottoman varma siitä, että antamasi tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimuksella on kuitenkin A-klinikkasäätiön johdon tuki ja vastaamista pidetään organisaation sisäisen kehittämistyön kannalta tärkeänä.

Ennen strukturoidun lomakkeen täyttämistä on hyvä pikaisesti silmäillä lomakkeeseen sisältyvät kysymykset saadaksesi kuvan siitä, mitä kaikkea lomake sisältää. Työn sisältöön liittyvät kysymykset 12-18 mittaavat kaikki sitä, missä määrin jokin sisältyy työhösi. Käytetty skaala on yksinkertainen: paljon - jonkin verran - ei ollenkaan. Lomakkeessa on yksi kohta asiakastyöhön liittyviä lisätietoja varten ja lopussa kaksi avokysymystä.

Lomake palautetaan 29.4.2002 mennessä minulle A-klinikkasäätiön keskustuimistoon joko postitse tai niin haluttaessa sähköisesti täytettynä osoitteeseen maria.inkinen@a-klinikka.fi (kuittaen perille tulon vastauksella). Mahdolliset tiedustelut 09-6220 2956 tai 0400-765 575.

Yhteistyöterveisin Maria Inkinen

4kymppisen naisen vimmallalla, työn ja kotihommien seassa, graduohjaajani tiukassa komennossa käyn käsiksi teiltä saamiini vastauksiin, ja analysoin ja pohdin ja kirjoitan, kunnes se on siinä.

”Jokainen palautettu lomake on siemen, joista yhdessä saamme sadon.”

A-KLINIKKASÄÄTIÖN SAIRAANHOITAJIEN TYÖ – kyselytutkimus

MUUTTUJALUETTELO (13.8.02)

Taustamuuttujat

Huom. Ne taustamuuttujat, joita käytetään ryhmien välisien erojen tutkimisessa on alleviivattu.

* Vastaajatiedot (kysymykset 1-8)

sukupuoli, ikäryhmä, koulutusmuoto (sh/th), erikoistuminen, toiminimike, työaika, työsuhde, työkokemus päihdetyössä, työkokemus sairaanhoitajana muissa palveluissa

* Työpaikka (/ympäristö) –tiedot (kysymykset 9-11, 19 ja 20)

yksikkötyyppi, yksikkökoko, työntekijämäärä, työryhmän laatu, yksikön/työryhmän johtaminen

Sairaanhoitajan työn sisältöä kuvaavat muuttujat

- * Asiakastyö
 - Asiakastyön muodot (kysymys 12)
 - Hoitotyön toiminta (kysymys 13)
 - Hoidollisen keskustelun sisällöt (kysymys 14)
 - Hoitomenetelmien tai lähestymistapojen käyttö (kysymys 15)
- * Hallinnolliset tehtävät (kysymys 18)
- * Asiantuntijatehtävät (kysymys 17)
- * Yhteistyö (kysymys 16)

Huom.

Kyselylomakkeen lopussa olleet avoimet kysymykset 21 (oman työn kehittäminen) ja 22 (oman osaamisen kehittäminen) analysoidaan ja käsitellään myöhemmin osana sisäistä kehittämistoimintaa.

Taulukko 1. Vastaajien ikäjakauma eri ikäluokissa (N = 91)

Ikäjakauma	n	%
25 tai alle	8	9
26-35 vuotta	42	46
36-45 vuotta	18	20
46 tai yli	23	25

Taulukko 2. Sairaanhoidajakoulutuksen muoto (N = 91)

Sairaanhoidajakoulutus	n	%
vanhamuotoinen koulutus	30	33
uusimuotoinen koulutus	43	48
AMK – koulutus	17	19
yhteensä	90	100,0

Taulukko 3. Erikoistuminen sairaanhoitajana tai terveydenhoitajakoulutus (N = 91)

erikoistuminen sairaanhoitajana tai terveydenhoitajakoulutus	n	%
psykiatrinen erikoistuminen	44	48
muu erikoistuminen	21	23
terveydenhoitaja	9	10

Taulukko 4. Työkokemus päihdetyössä (N = 91)

Työkokemus päihdetyössä	n	%
0-1 vuosi	15	17
1-4 vuotta	35	39
5-14 vuotta	22	24
15 tai yli	19	21
Yhteensä	91	100

Taulukko 5. Muu työkokemus sairaanhoitajana sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa (N = 91)

Muu kuin päihdetyön työkokemus sairaanhoitajana	n	%
0-1 vuosi	23	26
1-4 vuotta	29	32
5-9 vuotta	24	27
10 tai yli	14	15,5
Yhteensä	90	100,0

Taulukko 6. Muissa sosiaali- ja terveydenhuollon yksiköissä työskennelleet vastaajat (N = 91)

Yksikkötyyppi	n	%
somaattinen vuodeosasto	42	46
psykiatrinen vuodeosasto	39	43
somaattinen avohoito	35	38
vanhustenhuolto	32	35
psykiatrinen avohoito	11	12
lastensuojelu	9	10
muut palvelut 1 (mm. aidstukik./ mobile/ srk / silmälääk.asema)	7	7
”intensiivihoitotyö” (ensihoito/päivystys/teho/anest. /leikkaus)	6	7
muut palvelut 2 (kehitysvammah./vankila/varuskunta)	5	6

Taulukko 7. Työyksikkötyyppi (N = 91)

Yksikkötyyppi	n	%
avohoitoyksikkö	46	51
katkaisu-/vieroitusosasto	23	25
kuntoutusyksikkö	22	24
yhteensä	91	100

Taulukko 8. Työsuhteen toiminimike (N = 91)

Työsuhteen toiminimike	n	%
sairaanhoitaja tai erikoissairaanhoitaja	71	78
osastonhoitaja	10	11
ohjaaja	6	7
muu	4	4
yhteensä	91	100

Taulukko 9. Työntekijöiden lukumäärä yksikössä (N = 91)

Työntekijöiden lukumäärä yksikössä	n	%
1-6	21	23
7-10	23	26
11-14	28	31
15 tai yli	18	20
Yhteensä	90	100

Taulukko 10. Yksiköiden kuuluminen suurempaan hallinnolliseen kokonaisuuteen (N = 91)

Yksikön kuuluminen hallinnolliseen kokonaisuuteen	n	%
vain yksi yksikkö	20	22
a-klinikkatoimi, jossa 2 tai 3 yksikköä	27	30
a-klinikkatoimi, jossa 4 tai useampi yksikkö	34	37
päihdesairaalan yksikkö tai osasto	10	11
yhteensä	91	100

Taulukko 11. Yhteistyö eri tahojen työntekijöiden kanssa (N = 91)

Yhteistyötahot		n	%
muut päihdehoitoon erikoist. palvelut	paljon	53	59
	jonkin verran	36	40
	ei sisälly työhön	1	1
	yhteensä	90	100
mielenterveys- / psykiatriset palvelut	paljon	41	46
	jonkin verran	45	50
	ei sisälly työhön	4	4
	yhteensä	90	100
sosiaalityön yleiset palvelut	paljon	44	48
	jonkin verran	42	46
	ei sisälly työhön	5	6
	yhteensä	91	100
perusterveydenhuollon palvelut	paljon	31	34
	jonkin verran	54	60
	ei sisälly työhön	5	6
	yhteensä	90	100
erikoissairaanhoido (somaattinen)	paljon	10	11
	jonkin verran	69	77
	ei sisälly työhön	11	12
	yhteensä	90	100
poliisi / oikeuslaitos	paljon	9	10
	jonkin verran	68	76
	ei sisälly työhön	12	14
	yhteensä	89	100
apteekki	paljon	22	24
	jonkin verran	54	60
	ei sisälly työhön	14	16
	yhteensä	90	
asumispalvelut	paljon	20	22
	jonkin verran	54	60
	ei sisälly työhön	16	18
	yhteensä	90	100
työvoimaviranomaiset	paljon	11	12
	jonkin verran	60	67
	ei sisälly työhön	19	21
	yhteensä	90	100
vankila / kriminaalihuolto	paljon	12	13
	jonkin verran	58	65
	ei sisälly työhön	20	22
	yhteensä	90	100
lastensuojelun palvelut	paljon	11	12
	jonkin verran	59	66
	ei sisälly työhön	20	22
	yhteensä	90	100

