

TERVEYDENHUOLTOHENKILÖSTÖN LÄÄKKEIDEN VÄÄRINKÄYTTÖ

– vastuullisen johtamisen näkökulma

Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
hoitotiede
Kaija-Liisa Haavisto
Pro gradu -tutkielma
Joulukuu 2013

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

Hoitotiede

HAAVISTO KAIJA-LIISA: Terveydenhuoltohenkilöstön lääkkeiden väärinkäyttö – vastuullisen johtamisen näkökulma

Ohjaaja: TtT Eija Paavilainen ja TtT Anja Rantanen

Pro gradu -tutkielma, 78 sivua, 3 liitesivua

Joulukuu 2013

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata lääkkeiden väärinkäytön ilmenemistä terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa ja siihen puuttumista vastuullisen johtamisen näkökulmasta. Tavoitteena oli tuottaa tietoa Suomessa vähän tutkitusta aiheesta. Tutkimusaineistona olivat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontaviraston (Valvira) julkaisemat ratkaisulyhennelmät vuosilta 2005 ja 2006 niiltä osin, kuin ne käsittelivät terveydenhuoltohenkilöstön lääkkeiden väärinkäyttöä ja lääkkeiden määräämistä väärinkäyttöön. Ilmoituksia terveydenhuoltohenkilöistä olivat tehneet apteekit, poliisi, työtoverit tai työnantajat. Valituksi tuli 29 ratkaisua (n=29). Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tutkimustuloksissa keskeiselle sijalle nousi pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden ja varsinaisten huumausaineiden väärinkäyttö, lääkkeiden määrääminen ilmeiseen väärinkäyttöön, puuttuminen lääkkeiden väärinkäyttöksiin ja väärinkäytösten johdosta tehdyt ratkaisut. Ratkaisut koskivat eriasteisia hoitajia, lääkäreitä, hammaslääkäreitä ja farmaseuttia. Väärinkäytön taustalla oli muun muassa psyykkisiä sairauksia kuten vaikea-asteinen masennus ja persoonallisuuden häiriöt. Toisaalta väärinkäyttö oli toiminut selviytymiskeinona arki- ja työelämän haasteissa jatkuen jopa kymmeniä vuosia ennen kuin siihen puututtiin. Jos tilanteeseen oli puututtu varhaisessa vaiheessa, oli hoitoon hakeutuminen toteutunut. Pitkäaikainen käyttö oli johtanut lääkeriippuvuuteen, mistä oli mahdollista toipua, jos henkilöltä löytyi siihen motivaatiota. Hyvin harva oli kuitenkaan suostunut työkyvyn arvioon ja hoitoon. Lääkkeiden määrääminen ilmeiseen väärinkäyttöön oli kasvava ongelma. Nuorten potilaiden osuus oli lisääntynyt. Epäasianmukaisiin lääkemääräyksiin puuttumisessa apteekit olivat keskeisessä asemassa.

Riski potilasturvallisuuden vaarantumisesta oli olennaisin syy puuttua väärinkäyttöön. Ammatinharjoittamisoikeudet poistettiin toistaiseksi kahdeksalta henkilöltä; kolmelta lääkäriltä, kahdelta sairaanhoitajalta, lähihoitajalta, apuhoitajalta ja farmaseutilta. Ammatinharjoittamisoikeuksia rajoitettiin kolmelta lääkäriltä ja sairaanhoitajalta sekä kirjallisen varoituksen sai kaksi lääkärinä. Muut ratkaisut olivat näitä lievempiä.

Tutkimus osoitti, että lääkkeiden väärinkäyttö terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa ja lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön ovat potilasturvallisuutta uhkaavia riskejä. Ongelmien tunnistaminen on vaikeaa, joten niihin puututaan useimmiten vasta myöhäisessä vaiheessa. Lääkkeiden väärinkäyttö on työnjohdollisesti vaikea eettinen dilemma, johon puuttuminen kuuluu ensi sijassa työnantajan vastuulle. Väärinkäytön tunnistaminen ja asian esille ottaminen osoittaa vastuullista johtajuutta, jolloin tilanne voi vielä olla hallittavissa organisaation sisäisin keinoin. Tämä haastaa työyhteisöt miettimään toimintatapoja, joilla asiaan kyettäisiin puuttumaan ajoissa.

Asiasanat: vastuullisuus, johtaminen, puuttuminen, lääkkeiden väärinkäyttö, ratkaisut

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences

Nursing Science

HAAVISTO KAIJA-LIISA: The Medication Abuse among Healthcare personnel – from the Responsible Management Point of View

Master's thesis 78 pages, 3 appendices

Supervisors: PhD Eija Paavilainen and PhD Anja Rantanen

December 2013

The purpose of this thesis was to describe the medication abuse among healthcare personnel from the responsible management point of view. The aim was to produce information about the situation in Finland, since the amount of studies on this topic is limited. The research material consisted of several case report abstracts of medication abuse from years 2005 and 2006 compiled by the National Supervisory Authority for Welfare and Health (Valvira). The medication abuse was typically reported by pharmacies, the police, colleagues, and superiors. In total of 29 cases (n=29) were chosen for a content analysis.

The main focus was on the medication abuse, intervening, and on the founded solutions. Reasons for drug abuse were found to be mental illnesses, such as major depressive disorder and personal disorders. On the other hand the abuse was considered as a coping strategy for challenges in work and every day life. In some cases the abuse had been continuing for decades, resulting in drug addiction. The employees were found to be able to recover from the medication addiction if they were motivated. However, only a few agreed to get their condition evaluated and treated. If the employees had experienced an early intervention, the treatment was accomplished.

The most essential reason to intervene was the risk of reduced patient safety. The professional practice rights were removed from eight professionals including three doctors, two nurses, two practical nurses, and a pharmacist. The practice rights were restricted in three cases, and two doctors were given a written warning. Other disciplinary actions were less notable.

The study showed that incorrect use of medications and drugs among healthcare personnel, and inappropriate medication prescriptions pose a threat to patient safety. Noticing a medication abuse is difficult, thus it is often intervened not until after a long-term use. From the managing point of view the abuse is an ethic dilemma, since it is the superior's responsibility to make the intervention. Acknowledging the abuse and reacting to it establish responsible leadership of the superior. These actions may help controlling the medication abuse cases within the organisations. This challenges the work communities to consider procedures that would enable the early intervention of medication abuse.

Key words: responsibility, management, intervention, medication abuse, solutions

Taulukot

Taulukko 1. Interventioluokitusta mukaillen (Corbiere et al. 2009).....	15
Taulukko 2. Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemalli (1983)	18
Taulukko 3. Analyysin eteneminen (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 109).....	26
Taulukko 4. Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski	28
Taulukko 5. Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski	31
Taulukko 6. Lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön lääkeriippuvuutta ylläpitävä tekijä	35
Taulukko 7. Puuttuminen hoitajien lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi	38
Taulukko 8. Puuttuminen lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi	41
Taulukko 9. Puuttuminen väärinkäyttöön meneviin lääkemääräyksiin	44
Taulukko 10. TEO:n päätösten (39) jakautuminen vuosina 2005 ja 2006.....	47
Taulukko 11. TEO:n päätökset vuonna 2005 (19)	50
Taulukko 12. TEO:n päätökset vuonna 2006 (20)	51

Sisällysluettelo

1	JOHDANTO	1
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Vastuullinen johtaminen terveydenhuollossa	3
2.2	Vastuullisen johtamisen etiikka	5
2.3	Lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkeriippuvuus	7
2.4	Varhainen puuttuminen lääkkeiden väärinkäyttöön	11
2.5	Varhaisen puuttumisen keinot	12
2.5.1	Ongelman tunnistaminen	15
2.5.2	Puheeksi ottaminen	16
2.5.3	Hoitoon ohjaus	17
2.5.4	Työhön paluun tukeminen	19
2.6	Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	21
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	24
4.1	Ratkaisulyhennelmät tutkimusaineistona	24
4.2	Perustelut tutkimusmenetelmän valinnalle ja aineiston analyysi	25
5	TULOKSET	27
5.1	Lääkkeiden väärinkäyttö	28
5.1.1	Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski	28
5.1.2	Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski	31
5.1.3	Lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön lääkeriippuvuutta ylläpitävä tekijä	35
5.2	Puuttuminen lääkkeiden väärinkäyttöön ja määräämiseen	38
5.2.1	Puuttuminen hoitajien lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi	38
5.2.2	Puuttuminen lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi	41
5.2.3	Puuttuminen väärinkäyttöön meneviin lääkemääräyksiin	44
5.3	Ratkaisupäätökset lääkkeiden väärinkäyttöön	47
6	POHDINTA	52
6.1	Tulosten tarkastelu	52
6.1.1	Lääkkeiden väärinkäyttö	52
6.1.2	Puuttuminen lääkkeiden väärinkäyttöön ja määräämiseen	57
6.1.3	Ratkaisupäätökset lääkkeiden väärinkäyttöön	60
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	64
6.3	Tutkimuksen eettisyys	66
6.4	Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet	68
	LÄHTEET	69
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Terveydenhuoltohenkilöstön lääkkeiden väärinkäyttö on ajankohtainen tutkimusaihe, jota tässä tutkimuksessa tarkastellaan vastuullisen johtajuuden näkökulmasta. Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan varsinaisten huumausaineiden, pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden sekä niiden tavoin vaikuttavien lääkeaineiden käyttöä ei-lääkinnälliseen tai ei-lääketieteelliseen tarkoitukseen. Vastuulliseen johtamiseen sisältyy ongelmien riittävän varhainen puuttuminen, mikä edellyttää panostusta esimiehiltä, työsuojelulta, työterveyshuollolta sekä erityisesti yksilöltä itseltään. Henkilöstöön liittyvissä ongelmatilanteissa varhaisen puuttumisen tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää ongelmatilanteita mahdollisimman varhain, avoimesti ja hyvässä yhteistyössä. Keskeistä on toimia silloin, kun on vielä mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja käytettävissä. (THL 2009).

Varmuus terveydenhuollon palvelujen aitoudesta ja oikeellisuudesta on kyseenalaistettu viime aikoina terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa esiin tulleiden lääkkeiden väärinkäytösten johdosta (STM:n tiedote 216/2010). Tapahtuneet väärinkäytökset ovat saattaneet koko terveys- ja sosiaalialan suurennuslasin alle. Terveydenhuollon ammattiteissa lääkkeiden väärinkäytösten seuraukset saattavat olla hyvin vakavasti potilasturvallisuutta uhkaavia (Trinkoff & Storr 1998, 581). Yleisellä tasolla tarkasteltuna rauhoittavien lääkkeiden, uni- ja kipulääkkeiden väärinkäyttö päihtymistarkoituksessa on ilmiönä tunnettu jo pitkään. Yleisintä se oli vuonna 2010 25 - 34 vuotiailla miehillä ja 15 - 24 vuotiailla naisilla. Näissä ikäluokissa lääkkeiden väärinkäyttö on 3 - 4 kertaistunut parin viimeisen vuosikymmenen aikana. (Metso et al. 2012.)

Terveydenhuollon ammattiteissa sairaanhoitajina ja lääkäreinä toimiminen edellyttää ammatillisen pätevyyden lisäksi terveyttä ja toimintakykyä. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden rekisteri (Terhikkirekisteri) on julkinen ja JulkiTerhikistä voi tarkistaa terveydenhuollon ammatissa toimivien ammattipätevyyden (www.valvira.fi/). Terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta toteutetaan muuan muassa kanteluiden ja ilmoitusten perusteella. Kantelut ovat lähinnä potilaiden tai heidän omaistensa saamastaan hoidosta tekemiä, kun taas ilmoitukset koskevat terveydenhuollon henkilöstöä. Ilmoitusten taustalla voivat olla alkoholi-, huume- tai lääkeriippuvuus sekä mielenterveysongelmat yhdessä tai erikseen. Moniin tapauksiin liittyy lääkeainevarkauksia, lääkevarkausepäilyjä tai päihtyneenä työskentelyä. Vastuu tilantee-

seen puuttumisesta ja asian puheeksi ottamisesta on ensisijassa työnjohdolla. Lääkkeiden väärinkäytöksiä epäiltäessä on esimiehen ohjattava työntekijää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa kääntymään työterveyshuollon puoleen, jossa hänen päihteiden tai lääkkeiden käytöstä selvitettäisiin. (Valviran lehdistötiedote 4.2.2009/www.valvira.fi/).

Lääkkeiden väärinkäyttöön voi liittyä mielenterveyden ongelmia. Väärinkäyttöön ja riippuvuuteen liittyvä henkinen paine, masennus, häpeä ja syyllisyys tuovat lisäahdistusta tilanteeseen (Darbro 2005). Aiemmin pitkien sairauslomien yleisimpiä syitä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mutta 1990 -luvun puolivälin jälkeen mielenterveyden häiriöiden osuus on merkittävästi kasvanut. WHO (2009) kuvaa mielenterveyttä hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö on tietoinen omista kyvyistään, kykenee sopeutumaan elämän normaaleihin stressiä aiheuttaviin tilanteisiin, kykenee työskentelemään tuottavasti ja hedelmällisesti ja antamaan siten oman panoksensa yhteiskunnassa. Mielenterveyden määrittely on yhdenmukainen eri kulttuureissa. (European Agency for Safety and Health at Work 2009, 1.)

Tutkielmassa ei perehdytä päihteiden väärinkäyttöön tarkoitettuihin lääke- ja muihin hoitoihin vaan tiedon lisäämiseen aiheesta. Teoreettisessa osuudessa tarkastellaan vastuullista johtamista terveydenhuollossa, vastuullisen johtamisen etiikkaa, hoitohenkilöstön lääkkeiden väärinkäyttöä ja siihen puuttumista. Empiirisenä aineistona analysoidaan Terveydenhuollon oikeus- ja turvallisuuskeskukseen (TEO), nykyisin Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), vuosina 2005 ja 2006 tulleiden kanteluiden ja ilmoitusten ratkaisulyhennelmiä niiltä osin, kuin ne käsittelevät terveydenhuollon ammattihenkilöiden lääkkeiden väärinkäyttöä tai lääkkeiden epäasianmukaista määräämistä. Lisäksi mielenkiinnon kohteena on se, miten tilanteisiin on puututtu. Valviran Internet-sivuilla löytyvät ratkaisulyhennelmät koostuvat pääosin jonkinasteiseen seuraamukseen johtaneista tapauksista. Sivulla on kuitenkin myös tapauksia, joissa ei ole todettu virheitä tai laiminlyöntejä, vaan esille tulleilla seikoilla on todettu olevan yleistä merkitystä (www.valvira.fi/).

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Vastuullisen johtamisen, varhaisen puuttumiseen ja lääkkeiden väärinkäytön tiedonhakuun käytettiin Cinahl, Medic, Psychoinfo ja Linda tietokantoja. Tiedonhaku ajoittui vuosiin 2007 - 2013. Alkuperäistutkimusten haulla etsittiin aiheen kannalta olennaista tietoa ja kohdistettiin haku eri tietolähteisiin mahdollisimman kattavasti sekä sähköisesti eri tietokannoista että käsihakuna. Suurin osa sopivista tutkimuksista löytyi tietokantahaulla, jota täydennettiin manuaalisen tiedon hakemisella tutkimusten lähdetietojen kautta. Aiheen laajuudesta johtuen tietoa ei löytynyt suoraan LINDA:aa lukuun ottamatta muista tietokannoista, joten tietoa haettiin erilaisilla aiheesta olevilla hakustrategioilla. Liitteessä 1. on selvitetty käytettyjä tietokantoja sekä hakustrategioita.

2.1 Vastuullinen johtaminen terveydenhuollossa

Vastuulla tarkoitetaan Nykysuomen sanakirjan (1996) mukaan tilannetta, jossa henkilöllä on huoli tai velvollisuus omassa tai toisen hoidossa/valvonnassa olevasta asiasta, omaisuudesta tai henkilöstä. Vastuullisuus taas on ominaisuus, joka ilmentää vastuunalaisuutta tai vastuuvollisuutta ihmisistä tai asioista viran, aseman tai tehtävä puolesta. (Häkkinen 1990.) Vastuun käsitettä käytetään laajasti erilaisissa merkityksissä. Gardnerin (2007) mukaan vastuussa voidaan olla monella tavalla: vastuu omasta terveydestä ja hyvinvoinnista, vastuu meistä riippuvaisista henkilöistä – aviopuolisosta, lapsista, iäkkäistä isovanhemmista ja vanhemmista, työtovereista, ammattitovereista, naapureista ja asuinalueesta sekä laajasti ottaen kaikesta siitä, johon meillä on mahdollisuus ja merkitykseltään tärkeästä, globaalista yhteiskunnasta. Monille oikeuksien puolustaminen onnistuu vain käsitteellisellä tasolla, sillä muuten sen uskotaan ylikuormittavan yksilön sietokyvyn. (Gardner 2007, 2.) Perusteltu vastuu on oikeudenmukaista (Käyhkö 2002, 90).

Käsitteen merkitys ja sanan eri vivahteet vaihtelevat kontekstista (politiikka, filosofia, lainsäädäntö) riippuen. Keskusteltaessa ihmisen vapaasta tahdosta, yksilön vastuusta ja tietyistä oikeudellisista käsitteistä, on keskustelu aivan erilaista filosofien ja lakimiesten puheissa. (Ridley 1981, 19.) Ridley (1981, 20) tarkastelee vastuuta objektiivisessa ja subjektiivisessa mielessä. Objektiivisessa mielessä virkamies on vastuussa esimiehelleen, jolloin vastuu on määritelty perustuslain mukaisissa periaatteissa, virkamiehen ohjeissa ja maan lainsäädännössä. Subjektiivisessa mielessä vastuu nähdään virkamiehen uskomuksissa,

mitä tai keitä kohtaan hänellä on velvollisuuksia sekä mitkä periaatteet motivoivat hänen käyttäytymistään. Täydelliseen ammattihenkilön yksilölliseen vastuuseen kuuluu itsenäisten päätösten tekeminen ja ammatillisen toiminnan asianmukaisuus (Brommels 2008). Terveystieteiden ammattihenkilön vastuuta ovat ammatillinen vastuu, eettinen ja moraalinen vastuu, rikosoikeudellinen vastuu, vahingonkorvausvastuu, virkavastuu, kurinpidollinen vastuu ja isännän vastuu (Holi 2010). Vastuu perustuu koulutuksella hankittuun pätevyteen ja valmiuksiin sekä niitä määrittäviin säädöksiin.

Ridley (1981, 24) jakaa vastuullisuuden yksilölliseen ja kollektiiviseen vastuuseen. Yksilöllinen vastuu määritellään tehtävävastuuksi, joka on johtajan vastuuta yksiköstään hallinnollisessa mielessä ja johon myös Leino-Kilpi (2003) viittaa jakaessaan hoitotyön johtamisen vastuuseen potilaasta ja laajasti hoitotyön tehtävästä. Kollektiivinen vastuu on lojaalisuutta esimiehiä kohtaan, mikä ulottuu kaikkeen päätöksentekoon, mitä toimialueella tehdään. Johtavassa asemassa olevaa ei voida pitää toimijana vaan lähinnä neuvojana, jolle on ominaista anonyymius ja vaitiolovelvollisuus sekä toisaalta myös valvonta ja tarkkailu. (Ridley 1981, 24-25.) Kollektiivinen vastuu istuu nykyaikaan, jolle on ominaista muutos ja jatkuva epävarmuus. Tällöin tarvitaan kollektiivista kokonaisuuksista vastaamista, horisontaalista raportointia ja itseohjautuvuutta. Yksilöllisen vastuun vaikutukset ovat lyhytaikaisia, kun taas kollektiivisessa vastuussa ryhmän motivaatio ohjaa yhteistoimintaa, kollektiivista vastuuta, jonka kautta voidaan saavuttaa pitkäaikaiset vaikutukset. (Ruohotie 2003.)

Julkisten organisaatioiden hallinnossa vastuun kanto on yksinkertaista silloin, kun on kyse virkaan kuuluvien velvollisuuksien hoitamisesta. Hankalampaa vastuun perustelu on tilanteissa, joissa joudutaan selittämään jonkin asian hoitamatta jättämistä. Näissä tilanteissa vedotaan esimerkiksi toimivallan rajoituksiin, itsestä tai organisaatiosta riippumattomiin tekijöihin tai resurssien puutteeseen. Vastuuseen tai vastuuttomuuteen voidaan vastata rationaalisilla tai ylemmälle taholle johtavien syiden tarkastelulla. (Käyhkö 2002, 89.) Vastuu yhdistetään positiivisen ja preventiivisen toiminnan mahdollisuuksiin eli mitä pitäisi tehdä. Vastuullisuuden negatiivinen muoto viittaa kysymykseen, ”miksi et tehnyt jotakin asian hyväksi” eli esimies ei aktiivisesti puuttunut tilanteeseen varhaisessa vaiheessa kun asian korjaamiseksi olisi vielä voitu tehdä jotain. Johtajalla on moraalinen, eettinen ja lakisääteinen velvollisuus auttaa työntekijöitään, esimerkiksi päihderiippuvuudesta kärsiviä hoitotyöntekijöitä keskustelemalla, ohjaamalla hoitoon ja tukemalla työhön paluussa. Tämä edellyttää myös johtajille suunnattua koulutusta aiheesta. (Shewey 1997.)

2.2 Vastuullisen johtamisen etiikka

Ammatissa toimivien eettiset velvollisuudet ovat osa terveydenhuollon ammatin yleisiä velvollisuuksia lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä (L559/1994) mukaisesti. Hoitotyön päämäärien terveyden ylläpitämisen ja edistämisen, sairauksien ehkäisemisen sekä sairaiden parantamisen ja heidän kärsimyksiensä lievittämisen yhteydessä terveydenhuollon ammattihenkilön on sovellettava näyttöön perustuvan tiedon mukaisia hoitomenetelmiä kulloisessakin hoitokontekstissa. Samoin on huomioitava potilaalle hoidosta koituvat hyödyt ja mahdolliset haitat potilaan asemasta ja oikeuksista säädetyn lain (L785/1992) puitteissa, autettava kiireellisen hoidon tarpeessa olevia ja huolehdittava potilasasiakirjojen laadinnasta, säilyttämisestä ja salassapidosta sekä vaitiolovelvollisuudesta asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä (A99/2001) mukaisesti (<http://www.finlex.fi/fi/>). Kaikessa lainsäädännössä korostetaan potilaan koskemattomuutta ja autonomiaa, jotka on otettava huomioon puututtaessa toisen ihmisen koskemattomuuteen terveydenhuollon ammattia harjoitettaessa. Yhdenvertaisuusperiaatteista ei tule tinkiä eikä asettaa ihmisiä eriarvoiseen asemaan palveluiden suhteen. (www.valvira.fi/) Potilaan oikeudet on otettava huomioon myös lääkkeitä määrättäessä, sillä lääkkeiden määräämisestä olevan asetuksen (A1088/2010) mukaan lääkehoidosta on päätettävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa (http://www.finlex.fi/fi). Samat eettiset säännöt pätevät myös puututtaessa työntekijän ongelmakenttään työyhteisössä.

Terveydenhuollon toimintaa määrittävät eettiset periaatteet kuten ihmisarvon kunnioittaminen, hyvän tekeminen, pahan välttäminen ja oikeudenmukaisuus sekä ammattieettiset periaatteet kuten perusteltavuus, luotettavuus ja ammattilaisten keskinäinen arvostus (Leino-Kilpi 2003, 25). Ammatilliset arvot ovat uskomuksia tai ihanteita, joihin yksilö on sitoutunut ja jotka heijastuvat käyttäytymiseen. Ne ohjaavat asiakkaiden/potilaiden, kollegoiden ja muiden ammattilaisten välistä kanssakäymistä. Arvot toimivat myös viitekehyksenä, joka velvoittaa ammatilliseen hoitamiseen ja kriittiseen päätöksentekoon. (Välimäki 2003, 148.)

Johtajuus vaatii rohkeutta eikä se ole aina helppoa eikä aina pystytävä välttämään riskinottoa (Damon & Bronk 2007, 27-28). Vaikka eettiset ongelmat eivät ole täysin ehkäistävissä, ilmenee joissakin tapauksissa tiettyjä ennakoivia merkkejä eettisestä epäonnistumisesta. Vastuullisuudella tarkoitetaan sekä seurauksia että käyttäytymistä. Henkilökohtaiset tarpeet ja sosiaaliset tilanteet vaikuttavat yleensä eettisiin valintoihin. Jotkut tarpeet voivat voimakkaasti vaikuttaa vastuullisena pidettävän käyttäytymisen rajojen hämärtymiseen. Toisten ihmisten

hyväksyntä saattaa alistaa kontrollin alle ja käyttäytyään omista arvoista piittaamatta kontrollin vaatimalla tavalla. Eettisestä ongelmatilanteesta varoittavat signaalit on opittava tunnistamaan riittävän ajoissa. Tämä edellyttää ammatillisten ja eettisten arvojen mukaista työympäristöä ja eettisen omantunnon omaavia esimiehiä. (Bruhn 2005.)

Johtajan vastuullisuus muotoutuu sekä henkilökohtaisista että ammatillisista ominaisuuksista. Henkilökohtaisia ominaisuuksia ovat a) vastuu organisaation ja työntekijöiden eettisestä johtamisesta b) vastuu organisaation ammatillisten ja taloudellisten päämäärien toteuttamisesta ja 3) vastuu laajemmasta sosiaalisesta hyvästä. (Damon & Bronk 2007, 27-28.) Verducci (2007) keskittyy hoitamisen laatuun pohtiessaan hoitamisen vastuullisuutta, vastuuta hoidettavasta yksilöstä ja hänen kohtalostaan. Eettisessä mielessä ammatillisen hoitamisen ominaisuuksia (hyveitä) ovat avoin ja vastaanottavainen huolehtiminen toisesta, halukkuus kunnioittaa toisen henkilön motivaatioita sekä pitää kiinni ja kestää hoitosuhteeseen liittyvät huolet. (Verducci 2007.) Lojaalisuuteen innostaminen kannattaa, sillä työntekijöiden arvostaminen on työyhteisön kallisarvoisin etu (Ulrich 2004).

Niiden arvojen joukossa, joiden varassa hallinnossa toimitaan, on löydyttävä lojaalisuus kollegoja kohtaan ja sen ohella ammatillinen vastuullisuus. Hoitotyön johtajan ammatillisuus perustuu yksilön ymmärrykseen tehtävään liittyvistä lakisääteisistä vastuista ja velvollisuuksista (O'Rourke 2006). Velvollisuus kollegoja kohtaan on merkittävä asia, johon liittyy tasa-arvotekijöitä: lojaalisuus kollegoja kohtaan ryhmänä sekä velvollisuudet ammatillisia standardeja kohtaan eli ammatin eettiset koodit. Mielenkiinto kohdistuu siihen, mitä virkamiehen vastuu on ja millainen sen pitäisi olla. (Ripley 1981, 44.) Vastuullisuus jostakin aiemmin tehdystä, johonkin tiettyyn rooliin tai tehtävään kuuluvana, sisältää yleisten normien tai vaatimusten mukaiset perustelut. Lakisääteinen vastuullisuus "legal liability" määritellään kutakin ammattia koskevassa laissa tai asetuksessa. (Fry 1994; O'Rourke 2006.) Moraalinen vastuullisuus ja siihen liittyvät normit on määritelty hoitotyön johtajien eettisissä ohjeissa (Liite 2.), jotka perustuvat hoitotyön etiikkaan ja arvoihin sekä niistä johdettuihin periaatteisiin (Välimäki 2003, 148-158).

Vastuu ja vapaus kulkevat käsi kädessä. Vastuuseen on liityttävä myös auktoriteettia ja valtaa, jotka mahdollistavat vastuusta vapautumisen jossakin vaiheessa. Vastuusta ei kuitenkaan voida vapautua perusteettomasti vaan siihen on sisällyttävä tietty määrä toimintavapautta. Perusteltu vastuu on oikeudenmukaista. Suhteessa alaisiin vastuu on vain osittainen perustelu vastuullisuudelle, sillä alaisten vastuullisuus perustuu heidän omaan toimintaansa, yleisesti hy-

väksytyjen arvojen tunnistamiseen ja erityisesti niiden sisäistämiseen. (Käyhkö 2002, 90.) Empatian voidaan sanoa olevan yksi niistä arvoista, jotka edesauttavat esimiesasemassa olevia ymmärtämään henkilökuntaansa myös vaikeissa tilanteissa kuuntelemalla ja suhtautumalla vastuullisesti työssä ilmeneviin epäkohtiin (Gummings et al. 2005).

2.3 Lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkeriippuvuus

Päihteiden väärinkäyttö ja päihderiippuvuus aiheuttavat merkittäviä terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia (THL 2007). Se on nykyään yksi hallitsevimista ja kustannuksiltaan laajimmista väestön terveysongelmista ympäri maailman (Ross & Hayden 2006; Adams 2008). Riippuvuus häiritsee yksilön sosiaalista identiteettiä ja hallitsee elämää heikentäen suhteita perheeseen, ystäviin, työyhteisöön ja yhteiskuntaan (Adams 2008). Lääkeriippuvuus on yksi osa-alue päihderiippuvuuksien joukossa. Lääkeriippuvuudelle on ominaista alkoholismien ja muiden päihderiippuvuuksien tapaan hoidollisesti tarpeettoman tai tarpeettomaksi muuttuneen lääkkeen pakonomainen käyttö sen aiheuttamista sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista huolimatta (Huttunen 2009). Päihteiden väärinkäyttöä pidetään neurologisena tai psykiatrisena sairautena, johon myötävaikuttavat geneettiset, sosiaaliset, emotionaaliset ja psykologiset ongelmat (Cicala 2003, 40). Ongelman hoidossa käytetään hyväksi näyttöön perustuvaa moniammatillista tietoa biologiasta, neurologiasta, psykologiasta ja sosiologiasta (Cohen et al. (ed.) 2009). Vaikka tietoa lääkkeiden väärinkäytöstä ja riippuvuudesta on laajasti, ei sitä ole toistaiseksi pystytty täysin hyödyntämään (Miller & Carroll 2006).

Yhdysvalloissa päihderiippuvuutta ei luokitella sairaudeksi vaan sitä pidetään moraalisenä epäonnistumisena tai osoituksena tahdonvoiman puutteesta (Dunn 2005a; Cicala 2003, 40). Sen sijaan Suomessa päihderiippuvuus luokitellaan pitkäaikaiseksi sairaudeksi, jolle on tyypillistä kyvyttömyys säädellä aineen käyttöä, elimistön kasvava aineen sietokyky ja vieroitusoireet aineiden käytön lopettamisen jälkeen. Todellinen päihteiden väärinkäyttäjät ei kykene valvomaan väärinkäyttöään ilman hoitoa (Cicala 2003, 40). Päihteet aiheuttavat mielihyvän tai huumaavan tunteen. (THL 2007.) Ensimmäisiä oireita päihteiden aiheuttamasta työkyvyn huononemisesta ovat työstäpoissaolot (Jungerman et al. 2012), satunnaiset poisjäännit työstä, myöhästelyt, työn tuottavuuden heikkeneminen ja/ tai konfliktit työtovereiden tai esimiesten kanssa (Jordan et al. 2008).

Fysiologisesti riippuvuuteen liittyy kohonnut aineen sietokyky, toleranssi, ja lääkkeen käytön lopettamisen jälkeiset eriaisteiset vierotusoireet ns. krapulaoireet. Erityisen voimakkaina ilmenivät vieroitusoireet saavat käyttäjän jatkamaan väärinkäyttöä, koska lopettaminen lisää juuri niitä oireita, joihin henkilö alun perin aloitti lääkehoidon kuten ahdistukseen ja unettomuuteen tarkoitetut lääkkeet. Psykologiseen riippuvuuteen ei liity merkittävää toleranssia, vaan käyttö perustuu aineen kykyyn tuottaa hyvää oloa, euforiaa tai muita psyykkisesti toivottuja vaikutuksia. (Huttunen 2009.)

Kuten jo aiemmin todettiin, on terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa ilmenevä lääkkeiden väärinkäyttö merkittävä terveydellinen riski ja vaikeasti tunnistettavissa (Cobb 2009). Erityisesti anestesia-, teho-, syöpä- ja psykiatrisen hoitotyön piirissä on todettu esiintyvän enemmän väärinkäyttöä työn korkeiden vaatimusten, työn intensiteetin sekä lääkkeiden saatavuuden takia kuin muilla terveydenhuollon alueilla. (Dunn 2005a; Darbro 2005.) Myös farmaseuttien, psykologien ja sosiaalityöntekijöiden on todettu olevan alttiita päihdeiden väärinkäytölle (Cobb 2009). Ominaista päihderiippuvuudesta kärsiville hoitajille ovat Dunnin (2005a) mukaan useat työpaikan vaihdokset, työstä poissaolot kaksi tai useamman päivää kuukaudessa, vapaaehtoiset työstä irtisanoutumiset, irtisanomiset työstä viimeisen vuoden aikana tai työntekijä on sotkeutunut työpaikkatapaturmaan viimeisen vuoden aikana. Lääkkeiden ja alkoholin käytön ajatellaan lisäävän työkykyä ja terveydenhuollon ammattilaisena käytön uskotaan pysyvän hallittuna. Useimmiten väärinkäyttö alkaa alkoholin liikakäytöllä (Cobb 2009). Yleisimmin väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat ahdistuneisuuden ja unettomuuden käyttöön tarkoitetut lääkkeet sekä kivun hoidossa käytettävät opiaatit kuten fentanyyli ja muut lääkkeet (Cobb 2009; Huttunen 2009) sekä inhalaattorit (Cobb 2009). Lääkkeiden väärinkäyttö on usein saatanut saada alkunsa masennuksen tai selkäkivun hoitoon käytettyjen lääkkeiden käytöstä (Trinkoff & Storr 1998, 581).

Työterveyteen liittyvien ongelmien lisääntyminen johtuu työn koko ajan kasvavista vaatimuksista ja usein traumatisoivasta työympäristöstä. Sen takia työyhteisöjä suositellaan korostamaan luottamuksellisuutta, vähentämään stressiä ja luomaan strategioita, joiden avulla voidaan käsitellä myös työtovereiden epäilyjä työtoverin lääkkeiden väärinkäytöstä. (Hughes 1995; Lillibridge et al. 2002.) Sairaanhoidajien lääkkeiden väärinkäyttöä tarkastelevassa fenomenologisessa tutkimuksessa tuli esille viisi teemaa: kokemus lääkkeiden käytön oikeutuksesta, pelko asian ilmitulosta, väärinkäytön merkitys yksilöille, vaikutukset ammattiin sekä se, mikä toimii käännekohtana kohti parantumista. Nämä tekijät olivat yhteydessä sairaanhoidajien kokemuksiin työympäristöstään ja sen ilmapiiristä. (Lillibridge et al. 2002.)

Syitä sairaanhoitajien päihderiippuvuuteen on useita. Spesifisiä riskitekijöitä ovat raskas työ, terminaalivaiheen- ja kuolevien potilaiden hoito, riittämättömyyden tunne suhteessa työn vaatimuksiin, työuupumus ja riittämätön tieto alkoholin ja päihteiden vaaroista. (European Agency for Safety and Health at Work 2009.) Lisäksi syitä on löydettävissä henkilöiden lapsuudesta, sillä heidän vanhemmillaan on usein ollut samankaltaisia ongelmia (Lehman & Bennett 2002, Dunn 2005a). Kolmantena syynä on työperäinen stressi. Lisääntynyt työmäärä, henkilökunnan vähyys, pitkät työvuorot (kaksi vuoroa peräkkäin), pakolliset ylityöt, vuorotyö ja joutuminen työhön ennestään tuntemattomalle osastolle aiheuttavat vieraantumista, työuupumusta sekä äärimmäistä stressiä. (Dunn 2005a.) Työn kuormituksen on todettu lisäävän työstä poissaoloja. Neljäntenä syynä on lääkkeiden helppo saatavuus ja se, että terveydenhuollossa on luotu illuusio lääkkeiden kaiken parantavasta voimasta, jota lääke-edustajat ylläpitävät (Dunn 2005a). Myös heikko johtajuus myötävaikuttaa ongelmakäytön aloittamiseen (Midford et al. 2005).

Trinkoffin ja Storrin (1998, 581) mukaan 2-3 % kaikista sairaanhoitajista on päihteiden väärinkäyttäjiä eikä sen yleisyys poikkea muun väestön vastaavista luvuista. Sairaanhoitajien keskuudessa lääkkeiden väärinkäyttö on vakava ongelma erityisesti sen takia, että siinä piilee vaara vahingoittaa ensisijassa potilaita (Cobb 2009; Pooler et al. 2009), mutta myös heitä itseään, sairaanhoitajan ammattia sekä sairaalan mainetta. Ongelma saattaa olla laajempi kuin julkisuudessa on raportoitu (Cobb 2009). Dunnin (2005a) mukaan päihderiippuvuuden luokittelu sairaudeksi antaa mahdollisuuden tunnistaa tilanteita ja etsiä hoitoa ongelmaan.

Ongelman esille tuominen on vaikeaa ja kollegat pidättäytyvät ilmiannosta lojaalisuudesta (Trinkoff & Storr 1998; Dunn 2005b). Suojelemalla uskotaan autettavan yksilöä. Kuitenkin näin toimimalla kollegiaalisuus saa negatiivisia piirteitä, sillä todellisuudessa kollegaa johdetaan vain syvemmälle ongelmiinsa. (Hilden 2002, 58.) Esimiesten vastuulla on kuitenkin saada työntekijät tuomaan esille juuri näitä ongelmia. Ilmapiirin muutokset tämän suhteen ovat tarpeen. On osoitettu lääkkeiden väärinkäytön ja siitä johtuvien työhön liittyvien onnettomuuksien vähentyneen, kun henkilökuntaa on ohjattu tunnistamaan, puuttumaan ja tuomaan esille työtovereiden ongelmakäyttäytymistä. (Spicer & Miller 2005.)

Lääkärit ovat sairaanhoitajia korkeammassa riskissä päätyä päihteiden väärinkäyttäjiksi (Hughes et al. 1992; Weir 2000; Booth et al. 2002). Lääkäreistä vähintään 8-12 % on päihteiden väärinkäyttäjiä jossakin vaiheessa uransa aikana (Cicala 2003, 39; Cummings et al. 2011, 196). Syitä riskikäyttäytymiseen on löydettävissä perheen historiasta kuten sairaanhoitajienkin

kohdalla. Myös avioliiton ja perheen rikkoutuminen sekä epätavallisen voimakkaat työpaineet ovat syytä päihteiden ja lääkkeiden väärinkäytölle. He joko eristäytyvät tai ongelma kielletään, mitä kollegojen vaitiolo ei suinkaan paranna. Kuitenkin taidokas puuttuminen ongelmaan säästäisi ihmishenkiä. (Cicala 2003, 39.)

Ongelman ilmitulo kielii jo pitkittyneestä väärinkäytöstä ja alentunut työkyky johtaa viraltapanoon. Työtoverien olisi herättävä tunnistamaan väärinkäytöstä kertovia signaaleita ennen kuin on liian myöhäistä. Signaaleita päihteiden väärinkäytöstä lääkärin käyttäytymisessä ovat alkoholin tuoksu, hapuileva käynti, epäselvä puhe, vapina, hoitamaton ulkoasu ja uneliaisuus. Käyttäytymisessä on havaittavissa muutoksia aikaisempaan verrattuna: luotettavuuden menettäminen, useita lääkkeisiin liittyviä valituksia, itselle määrättyjä mielialalääkkeitä sekä mielialan vaihteluita. Lisäksi henkilökunta on huolestunut sekä esille tulee tietoja päihtyneenä ajamisesta. (Weir 2000, 1730.)

Lääkkeiden väärinkäyttöä ja jos siihen liittyy masennusta ja/tai alkoholin liikakäyttöä, on syytä seurata huolestuneena, sillä sen on todettu altistavan itsemurhille (Austin et al. 2012, 91). Erityisesti nuorten anestesia- ja huumetestauksien on todettu olevan suurimmassa riskissä aloittaa lääkkeiden väärinkäyttö todennäköisesti siksi, että he ovat ylityöllistettyjä ja heidän on helppo päästä käsittelemään lääkkeitä (Jungerman et al. 2012). Anestesiologien keskuudessa tilanne on vakava, sillä ongelma havaitaan usein vasta kuolemaan johtaneen tai lähes fataalin yliannostuksen yhteydessä. (Booth et al. 2002, 1027; Garcia-Goesch, Roige & Padros 2012, 208; Jungerman et al. 2012 .)

Vaikka lääke- ja huumetestauksiin liittyy runsaasti potentiaalisia konfliktin mahdollisuuksia (Lambert 2002) on organisaatioissa kasvavassa määrin tullut aiheelliseksi ottaa käyttöön säännölliset lääke- ja huumetestit, erityisesti turvallisuutta uhkaavilla aloilla (George 2005). Alkoholi- ja huumetestit voivat toimia myös osana yritysten ”päihteistä vapaan työpaikan” ohjelmajulistuksina, jotka korostavat koulutusta ja kuntoutusta (Nolan 2008). Monipuoliset vapaaehtoiset testit näytteen antajan luvalla (laboratorio-hiustesti, suun limakalvoerite, hiki-läikkä sekä virtsanäyte) ovat paikallaan, kun arvioidaan henkilön työkykyisyyttä. Hiustestillä on mahdollista tunnistaa krooninen väärinkäyttö takautuvasti jopa 90 päivään asti, mikä on käyttökelpoinen arviointikeino ennen varsinaista työllistämistä. Suun sylkitesti paljastaa huumeiden käytön jonkin ajan kuluttua ja on hyödyllinen onnettomuuksien selvittelyssä. Hiki-läikkätestaus soveltuu huumeseurantaan hoitointerventioiden yhteydessä. (Bush 2008.)

2.4 Varhainen puuttuminen lääkkeiden väärinkäyttöön

Varhaisen puuttumisen (intervention), sanan mukaisesti tulla kahden asian väliin estääkseen tai muokatakseen niitä (The New Penguin English Dictionary 2000, 735), tarkoituksena on ehkäistä ja lievittää ongelmatilanteita mahdollisimman varhain, avoimesti ja hyvässä yhteistyössä. Keskeistä on toimia silloin, kun on vielä mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja runsaasti. Varhainen puuttuminen on varhaista, avointa yhteistoimintaa ja vastuunottoa omasta toiminnasta toisten tukemiseksi. (THL 2006.)

Varhaisen puuttumisen teema on laajasti esillä erilaisissa kansallisissa kehittämissuunnitelmissa, joista se tulisi ottaa käytäntöön osaksi organisaatioiden toimintaohjelmia. Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen kehittämissuunnitelman, KASTE vuosille 2008 - 2011, tavoitteena oli edistää terveyttä ja hyvinvointia, puuttua varhain ongelmiin ja nostaa varhaisen puuttumisen ote osaksi koko kunnallista päätöksentekoa (STM 2008). Uusi KASTE -ohjelma vuosille 2012 - 2015 jatkuu teemoilla *Hyvinvointi- ja terveyserot kaventuvat* sekä *Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut on järjestetty asiakaslähtöisesti*. Hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamiseen pyritään muun muassa ehkäisevän toiminnan ja varhaisen tuen avulla ja asiakaslähtöisiin palveluihin halutaan vaikuttaa johtamisen avulla turvaamalla toimivat palvelut sekä osaava ja hyvinvoiva henkilöstö (STM 2012).

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tavoitteena on myötävaikuttaa psykososiaalisten palveluiden ja niitä tarvitsevien väliseen avoimeen yhteistyöhön kehittämällä, levittämällä ja tutkimalla muun muassa dialogisia ja verkostomaisia palvelurakenteita ja yhteistyömenetelmiä, jotka perustuvat vuoropuheluun ja tähtäävät huolen varhaiseen puheeksi ottamiseen ja yksilön, hänen läheistensä ja työntekijöiden avoimeen ja osallistavaan yhteistyöhön. Tarkoituksena on käsitellä hankalaa asiaa yksilöä kunnioittaen ja tukien. (THL 2006, 2009, 2010.) *Terveys 2015* on pitkän aikavälin terveyspoliittinen ohjelma, jonka tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Tämän tavoitteen saavuttamiseksi on edellytyksenä, että terveys ohjaa kaikkia valintoja eri yhteiskunnan sektoreilla, myös yksilöiden omassa toiminnassa. (THL 2012.)

Työterveyslaitoksen strategia ja hyvinvointia työstä -visio sitovat yhteen hyvinvoinnin ja terveellisen, turvallisen ja mielekkään työn. Strategian yhtenä tavoitteena on vaikuttavan työter-

veyshuollon kehittäminen ja toiminnan perustana on aktiivinen vaikuttaminen (TTL 2011; 2013). Suomessa työterveyden interventioita tehostamaan tuli vuoden 2011 alussa voimaan työterveyshuoltolain (1383/2001) muutos ennalta ehkäisevän työterveyshuollon tehostamisesta, jonka kautta pyritään ennalta ehkäisevän työterveyshuollon ja työyhteisön yhteisesti sovitujen käytäntöjen avulla toteuttamaan työkyvyn hallintaa, seurantaa ja varhaista tukea. Uudistus on osa Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ja maan hallituksen ja työmarkkinajärjestöjen työelämätyöryhmän ehdotuksia. (STM 2010.) Varhainen puuttuminen ja terveysongelmia ehkäisevien keinojen käyttäminen auttavat mahdollisten psyykkisten terveysongelmien tunnistamisessa, jossa työterveyshuollolla on erityisen ainutlaatuinen asema huolimatta ongelman monimutkaisuudesta, vaikeudesta tunnistaa ja lähestyä vaikeuksiin joutunutta työntekijää (Lambert 2002).

Kuntien eläkevakuutuksen toimintaoppaassa Caven-Suominen (2005, 4) nimittää prosessia aktiiviseksi aikaiseksi puuttumiseksi, jonka tarkoituksena on terveyden ja työhyvinvoinnin edistäminen, työhön liittyvien epäkohtien korjaaminen ja ongelmien sijasta mahdollisuuksien korostaminen. Aktiivisessa aikaisessa puuttumisessa on kyse tahdosta toimia hoitoon tai kuntoutukseen ohjauksen välineenä. Nummelin (2008, 121-122) ehdottaa organisaatioille ratkaisuna työkyvyn ylläpitämiseksi *Työpaikan päihdeasiakirjaa*, jossa on määritelty työpaikan virallinen päihdeohjelma. Varhaisen puuttumisen kautta se haastaa koko työyhteisön puuttumaan aikaisessa vaiheessa niin päihteiden käyttöön kuin muihinkin työntekoa haittaaviin ongelmiin. Päihdeohjelma edistää asiallista suhtautumista ja kannustaa päihteiden vähentämiseen ja hallittuun käyttöön. Asiakirjan on lakisäateisenä sisällyttävä kaikkien niiden organisaatioiden henkilöstöohjelmiin, joissa henkilöstölle tehdään huumetestejä.

2.5 Varhaisen puuttumisen keinot

Varhaisen puuttumisen keinoja mietittäessä voidaan todeta, että julkisen terveydenhuollon, työnantajien sekä työntekijöiden itsensä on määriteltävä uudelleen vastuunsa ja velvollisuutensa. (Dewa et al. 2007.) Esimies on omalta osaltaan vastuussa henkilökunnan osaamisen varmistamisesta, tukemisesta ja kehittämisestä (Surakka 2006, 144). Hän toimii esikuvana ja mielipidevaikuttajana, avoimen hoitokulttuurin luojana sekä huolehtii eettisten arvojen toteuttamisesta työyhteisössä (Renwall 2006). Johtajuuteen liitettävistä henkilökohtaisista ominaisuuksista tärkeimpiä ovat hyvät vuorovaikutustaidot, tieto, terve järki ja itsetuntemus (Ames-

toy et al. 2009). Globalisaatio sekä informaatio- ja viestintäteknologia muuttavat meitä ja maailmaa (Abbott & Coenen 2008) ja edellyttävät laajaa kielitaitoa, erilaisten kulttuurien tuntemusta, suvaitsevaisuutta, eettisyyttä ja sopeutuvuutta (Ruohotie 2003). Tämä luo entistä suurempia mahdollisuuksia myös hoitotyölle ja hoitotyön interventioille haastaen hoitotyön johtajat kehittämään strategioita terveyden edistämiseksi niin maailman laajuisesti kuin kansallisesti työyksikötasolla.

Ilman tietämystä mielenterveysongelmista ei voida suunnitella tehokkaita interventioita, koska psyykkisten terveysongelmien kompleksisuus työpaikoilla on koko ajan kasvussa. Esimies-ten toiminnan edellytyksenä on tiedon saanti, joka identifioi tiettyjä informaation ja tuen tarpeita sekä auttaa tunnistamaan raja-aitoja, jotka tekevät henkilöstön johtamisesta haasteellisen. (Dewa et al. 2007). Kansainvälinen työjärjestö (ILO) on kehittänyt intervention, joka tunnetaan nimellä SOLVE. Sen tarkoituksena on vähentää työperäisiä psykososiaalisia ongelmia kuten työstressi, työpaikkaväkivalta, tupakointi, lääkkeiden ja alkoholin väärinkäyttö. Laajan kansainvälisen tutkimuksen perusteella ja sen rajoituksista (käytössä vain yksi interventio= tiedon lisääminen) huolimatta SOLVEN avulla on mahdollista parantaa työntekijöiden tietämystä väärinkäytön syistä ja seurauksista. (Probst et al. 2008.)

Julkisessa työterveyshuollossa ei tunnisteta kovinkaan tehokkaasti esimerkiksi masennusriskissä olevia työntekijöitä (TTL 2008). Ratkaisuna sairauspoissaolojen vähentämiseksi voisi olla varhainen strukturoitu työterveyslääkärin konsultaatio korkean poissaoloriskin työntekijöille (Kant et al. 2008) sekä yleisesti työn kuormittamisen vähentäminen työterveydellisten ongelmien ehkäisemiseksi (Rauhala et al. 2007). Toisaalta työntekijöiden psyykkisen terveydentilan määrittelyn ja seurannan ei ole todettu vaikuttavan esimerkiksi masennuksen helpottamiseen ja työkykyyn eikä työterveyshuollon sairauspoissaolojen valvonnalla ole saatu parannusta aikaan (Mortelmans et al. 2008). Sen sijaan töiden uudelleen järjestelyillä on voitu vaikuttaa työkyvyn palautumiseen. (Brenninkmeijer et al. 2008.) Työperäisten sairauksien ja työstä poissaolojen vähentäminen edellyttää työterveyshuollon interventioiden uudistamista (Mortelmans et al. 2008). Heikosti toimiva työterveyshuolto voi johtaa dramaattisesti kasva- viin ja jatkuviin töistä poissaoloihin sekä siten heikentyneeseen työpanokseen (Rost 2005).

Kuten aikaisemmin todettiin, työhön liittyviin tekijöihin voidaan vaikuttaa tekemällä muutoksia ja poistamalla tiettyjä riskitekijöitä. Kuitenkin tärkeintä on motivoida henkilöä itseään hakemaan ammatillista apua ongelmiinsa (Dewa et al. 2007; Ford 2009). Työnantajalla ei ole mahdollisuutta puuttua yksilön omaan taustaan liittyviin syihin, joita ovat geneettiset

tekijät tai vanhempien masennus, naissukupuoli, kasvatuksen laiminlyönnit, sairauten altistavat henkilökohtaiset ominaisuudet, varhain puhjennut ahdistus, traumaan tai väärinkäyttöön liittyvät tekijät, koettu masennus ja fyysiset häiriöt. (Couser 2008, 412.) Mielenterveyden yleisten riskien minimointi työpaikoilla on keskeinen interventio, jotta voidaan vähentää nykyistä ja tulevaa masennuksen ja ahdistuksen taakkaa (Sanderson & Andrews 2006). Corbiere et al. (2009) ovat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan tuoneet esille ensi- ja toissijaiset ennaltaehkäisykeinot, joiden tavoitteena on yksilöä uhkaavien riskitekijöiden minimoiminen. Ennaltaehkäisevien keinojen vallitsevana piirteenä on henkilökunnan ammatillisuuden korostaminen joko yksilö-, ryhmä- tai organisaation tason interventioina. Varhaisen puuttumisen tyypit jaetaan primaareihin, sekundaarisiiin ja tertiäärisiin sekä kolmeen tasoon: yksilötaso, ryhmätaso ja organisaation taso (Corbiere et al. 2009).

Primaarien interventioiden kautta pyritään vähentämään altistumista työpaikan haitalliselle ilmapiirille sekä muokkaamaan organisaation luonnetta joko suojelemaan tai parantamaan työhyvinvointia (Couser 2008; Corbiere et al. 2009). Primääreillä interventioilla voidaan organisaation tasolla vaikuttaa masennusta aiheuttaviin ei-työperäisiin riskitekijöihin kuten stressi, päihteiden väärinkäyttö, heikko itsetunto, avuttomuuden tai toivottomuuden tunne, sosiaalinen häpeä ja vähäinen sosiaalinen tuki. (Couser 2008, 412.) *Sekundaaristen interventioiden* tarkoituksena on saada ihmiset ryhmissä hyödyntämään taitojaan käsitellä mahdollisia haitallisia työolosuhteita tai vähentää mielenterveyden ongelmien työkykyä lamauttavat vaikutukset.

Primäärejä ja sekundaarisia interventioita pidetään mielenterveyden ongelmia ehkäisevinä toimenpiteinä ja niitä käytetään usein samanaikaisesti (Couser 2008), kun taas yksilötason *tertiääriset interventiot* ovat hoitoon suuntautuvia jo tapahtuneen sairastumisen tai mielen järkkymisen ilmaannuttua. (Corbiere et al. 2009.) Toimenpiteistä primäärit ja sekundääriset interventiot ovat ensisijaisia. Sekundaarien interventioiden tarkoituksena on tietoisuuden lisääminen ja työyhteisöön sopeutumista tukevien toimintojen tarjoaminen (Corbiere et al. 2009). Couserin (2008) mukaan näiden paikka on jo silloin, kun yksilö ei itse vielä tunnista oireita. *Tertiääristen interventioiden* tarkoituksena on toimintakyvyn palauttaminen ja häiriöiden minimointi (Couser 2008). (Taulukko1.)

Taulukko 1. Interventioluokitusta mukaillen (Corbiere et al. 2009)

Intervention luonne	Intervention aika	Toimenpiteet
Primäärit interventiot	ehkäisevät toimenpiteet	vähennetään altistumista työpaikan haitalliselle ilmapiirille muokataan organisaation luonnetta parannetaan työhyvinvointia
Sekundaariset interventiot	ehkäisevät toimenpiteet aiheellisia jo silloin, kun yksilö ei vielä itse tunnista oireita	tarkoitus saada yksilöt hyödyntämään taitojaan käsitellä työyhteisön haitallisia työolosuhteita vähentää mielenterveyden työkykyä lamauttavat vaikutukset tietoisuuden lisääminen työyhteisöön sopeuttamisen tukeminen
Tertiääriset interventiot	hoito-orientuneet toimenpiteet sairastuneen ja mieleltään järkkyneen hoito	toimintakyvyn palauttaminen häiriöiden minimointi työhön paluu edellyttää tuettua ja tehokasta koulutusta onnistunut työhön paluu edellyttää yksilöltä kykyä huolehtia terveydestään

2.5.1 Ongelman tunnistaminen

Työperäisen stressin takana olevat terveydelliset ongelmat vaativat ammatillista apua ja hoitoa (Arthur 2005). Terveysthuollon työntekijöiden keskuudessa työperäinen stressi voi aiheuttaa fyysisten ongelmien lisäksi vakavia mielenterveyden ongelmia kuten ahdistusta, mässennusta, loppuun palamista ja psykosomaattisia sairauksia, jotka johtavat lopulta elämän laadun rapautumiseen ja hoidon välttämättömyyteen (Ruotsalainen et al. 2008).

Työterveyshuollolta ja esimiesasemassa olevilta vaaditaan valppautta puuttua varhaisessa vaiheessa työntekijän työkykyä uhkaaviin olosuhteisiin kartoittamalla tilannetta ja ohjaamalla yksilö tarkoituksenmukaisen hoidon piiriin (Kawaharada 2005; Raderstorf & Kurtz 2006). Edellytyksenä edellä mainittujen toimien onnistumiselle työterveyshuollon ja johdon olisi tiedettävä perustiedot mielenterveyden häiriöistä, huolehdittava mielenterveysongelmista kärsivistä työntekijöistä, parannettava työympäristöä ja edistettävä mielenterveyttä sekä kehitettävä työperäisten mielenterveysongelmien johtamista (Kawaharada 2005; Dewa et al. 2007; Corbiere et al. 2009). On todettu, että johtajuudella on tärkeä rooli työntekijän työtyytyväisyydelle, hyvinvoinnille, sairauspoissaolojen määrälle sekä myös tarvittaessa tuen antamisessa työkyvyttömyyspäätöksissä (Kuoppala et al. 2008).

Varhaisen puuttumisen (Varpu) mallissa korostetaan esimiehen vastuuta puuttua ongelmatilanteisiin työterveyshuollon ollessa esimiehen tukena koordinoimassa tarvittavia toimenpiteitä terveyden edistämiseksi. Onnistuneen varhaisen puuttumisen strategiana esimiehen tehtävänä on mm. seurata sairauspoissaolojen kertymistä, sopia yhdenmukaisista toimintamalleista kaikkien työntekijöiden välillä, seurata työntekijöiden työkykyä ja aktivoida

työntekijöitä itse etsimään apua ajoissa. Esimerkkinä mallin käytöstä Joensuussa sairauspoissaolot vähenivät 16 %:sta 14,9 %:iin puolentoista vuoden seurantajaksolla 2003-2004. (Caven-Suominen 2005, 40-41.)

2.5.2 Puheeksi ottaminen

Puheeksi ottaminen vaatii taitoa kohdata vaikea tilanne ja toimia siten, että sen avulla voidaan löytää nykyistä parempia ratkaisuja. Puheeksi ottamisessa ei ole kyse vain yhdestä keskustelusta vaan sopimuksesta keskustella ja seurata tilannetta aika ajoin. Keskustelua voi helpottaa esimerkiksi valmiiksi laaditun lomakkeen käyttö, joka tukee ja varmistaa oikeudenmukaisen käytännön kaikkien kohdalla samalla tavalla. (Caven-Suominen 2005, 25; Hirvonen at al. 2004.) Keskustelulista tai työkyvyn kartoituslista voi sisältää työoloihin, ammatilliseen osaamiseen, työyhteisön toimivuuteen ja omiin voimavaroihin liittyviä aiheita. Yhdessä sovitaan mahdollisista ongelmista ja niiden ratkaisemiseksi tarvittavista muutoksista. (Hirvonen at al. 2004.)

Esimiehen on parasta lähestyä työntekijää kertomalla olevansa huolissaan työntekijän työssäselytyymisestä ja sopia täsmällinen aika ja paikka keskustelulle viimeistään muutaman päivän päähän. Keskustelulle on varattava riittävästi aikaa, esimiehen on kohdeltava työntekijää ystävällisesti ja katsomalla tätä silmiin. On hyvä pysyä tosiasioissa ja kertoa havainnot työntekijän työssä selviytymisestä ja sairauspoissaoloista eikä esittä syytöksiä. Tilanne edellyttää rauhallista tilanteen hallintaa, rohkaisua ja kannustusta, jotta työntekijä avautuisi mahdollisista ongelmistaan. Jos keskustelussa ei päästä eteenpäin, voidaan ehdottaa työterveyshuollon tai työsuojelun mukaan ottamista ja sopia uusi aika. Keskustelu on syytä kirjata ja kumpikin osapuoli allekirjoittaa sen. (Caven-Suominen 2005, 26.)

Varhaisen puuttumisen mallissa työntekijä on vastuussa omista ratkaisuksistaan interventio-
sessissa, jonka etenemisestä vastaa lähiesimies. Tarkoituksena on toimintatapojen muutos
kuntoutuksen ja töiden uudelleen organisoinnin kautta sekä seurantalaverit ja päätös, jolloin
tavoiteltu työkyky ja ylläpito on saavutettu. (OSEKK 2006.) Työterveyshuollon tulisi vastata
tähän terveysongelmaan samalla tavalla kuin ”perinteisempiin” työperäisiin ongelmiin kuten
tartuntatauteihin, työperäisiin altistumisiin tai työergonomian puutteisiin. Tilanteessa tärkeintä
on ottaa asia puheeksi ja keskustella ”poissaolevuuden” taustoista mahdollisimman varhain.
(Ford 2009.) Ongelmasta kärsivien yksilöiden ei ole helppoa etsiä apua lääkkeiden väärin-

käyttö-ongelmaan, koska työyhteisön ilmapiiri ei suo siihen mahdollisuutta. Lisäesteitä ovat häpeän tunne ja epäluottamus hoito-ohjelmia kohtaan. Työtovereiden rohkaisu helpottaa avun etsimistä ja tiedon lisääminen vähentää häpeän tunnetta (Bennett et al. 2000, Bennett & Lehman 2001).

2.5.3 Hoitoon ohjaus

Prochaskan ja DiClementen *Transteoreettinen malli* eli muutosvaihemalli (1983) on Singerin (2009) mukaan laajasti käytetty mietittäessä, kuinka yksilö voi muuttua ja siinä korostetaan yksilön valmiutta muutokseen. Mallissa kuvataan vaiheet, jotka yksilö käy läpi pyrkiessään eteenpäin muutosprosessissa. On todettu, että tiedon lisääminen ongelmakäyttäytymisestä auttaa. (Probst et al. 2008.) Kognitiivisiin käyttäytymisterapioihin kuuluvaa muutosvaihemallia on käytetty menestyksekkäästi myös riippuvuuden hoidossa (Ranger & Marlatt 2008).

Muutosvaiheet ovat (Taulukko 2. mukaillen Singer 2009) esiharkinta, harkinta, valmistautuminen, toiminta, ylläpito, repsahdus ja repsahduksen jälkeen. *Esiharkinnassa* henkilö ei tunnista ongelmakäyttäytymistään eikä hänellä ole todellista aikomusta muuttaa käyttäytymistään. *Harkinnassa* tulevat muutokset pohdituttavat ja ollaan ambivalentissa tilanteessa, *valmistautumisessa* haparoiva muutos ei ole vielä vakuuttavaa ja siihen sisältyy uusien toimintatapojen kokeilua, *toiminta* -vaiheessa tietoinen toiminnan muutos on tapahtunut ja yksilö on innostunut ja motivoitunut, *ylläpito* -vaiheessa toiminnan muutos on kestänyt yli puoli vuotta, siihen on sitouduttu ja luotetaan muutoksen jatkumiseen, *repsahduksessa* palataan entiseen käyttäytymismalliin, jota kuvaavat pettymys ja turhautuminen. *Repsahduksen jälkeisessä tilanteessa* yksilö on yleensä tietoinen repsahduksen syistä, joita ovat epärehellisyys itselle, hoitointerventioiden laiminlyönti ja ongelman kieltäminen.

Taulukko 2. Prochaskan ja DiClementen muutosvaihemallia mukaillen (1983)

VAIHEET	YKSILÖN ARVIO TILANTEESTA	INTERVENTIOT
1 Esiharkinta	<ul style="list-style-type: none"> - ei tunnista ongelmakäyttäytymistään - ei todellista aikomusta muuttaa käyttäytymistä 	<ul style="list-style-type: none"> - tiedon lisääminen - tunteisiin vetoaminen - keskustelu, rohkaisu - itsetietoisuuden kasvataminen
2 Harkinta	<ul style="list-style-type: none"> - tulevien muutosten pohdinta - ristiriitainen (ambivalentti) tilanne 	<ul style="list-style-type: none"> - keskustelut muutoksen tuomista eduista ja haitoista - toivon juurruttaminen
3 Valmistautuminen	<ul style="list-style-type: none"> - muutos ei vielä vakuuttavaa - uusien toimintatapojen kokeilu 	<ul style="list-style-type: none"> - rohkaisu - tuetaan uskoa itsen - tavoitteiden asettaminen
4 Toiminta (1 pv - 6 kk)	<ul style="list-style-type: none"> - tietoinen toiminnan muutos - into ja motivaatio 	<ul style="list-style-type: none"> - lujitetaan ja motivoidaan yksilön uskoa jatkamiseen
5 Ylläpito	<ul style="list-style-type: none"> - toiminnan muutos kestänyt yli 6 kk - sitoutuneisuus - luottavaisuus ja usko muutoksen jatkumiseen 	<ul style="list-style-type: none"> - keskustelut sitoutumisesta - ylilatautumisen tunnistaminen terapian avulla
6 Repsahdus	<ul style="list-style-type: none"> - paluu entiseen käytösmalliin - pettymys ja turhautuminen 	<ul style="list-style-type: none"> - vältetään ylireagointia - etsitään vastauksia siihen, mikä laukaisi repsahduksen
7 Repsahduksen jälkeen	<ul style="list-style-type: none"> - yksilöllä itsellä yleensä selvyys siitä, mikä laukaisi repsahduksen: - epärehellisyys itselle - hoitointerventioiden laiminlyönti - ongelman kieltäminen 	<ul style="list-style-type: none"> - herätellään uutta motivaatiota - muutoksen välttämättömyyden oivaltaminen - uuden repsahduksen ehkäisevän toimintasuunnitelman suunnittelu

Repsahdus on niin yleistä, että sitä pidetään normaalina ja sen kertominen normalisoi tilannetta vähentäen epäonnistumisen ja häpeän tunnetta. (Singer 2009.) Masennukseen ja yleisesti mielenterveyden ongelmiin liittyvä häpeä toimii usein esteenä hoitoon hakeutumiselle. Alhaisemman koulutustason omaavilla raja on ylempänä kuin korkeamman koulutuksen saaneilla tai masennuksen hoito saatetaan salata kokonaan. Masennuksen syventyessä ollaan oravanpyörässä. (Couser 2008.)

Usean repsahduksen jälkeen on yhä vaikeampi sitoutua muutokseen. Syyt terveydenhuoltohenkilöstön hoitointerventioiden jälkeiseen repsahdukseen ja aktiiviseen päihteiden käyttöön ovat subjektiivisia eli liittyvät henkilöön itseensä. Repsahduksen syitä ovat epärehellisyys itselle, hoitointerventioiden laiminlyönti ja ongelman kieltäminen (Long et al. 2006). Interventiokeskusteluissa herätellään uutta motivaatiota. Ihmisillä on usein selvyys siitä, mikä laukaisi paluun entiseen ja sen takia heillä on myös kykyä motivoitua uudelleen. (Singer 2009.)

Motivointikeskustelut on hyvä tapa lyhyellä aikavälillä saada työntekijä kasvokkain sen tosiasiain kanssa, että muutos on välttämätön (Lambert 2002). On huomioitava, etteivät heidän selviytymisstrategiansa ole olleet riittäviä (Singer 2009). Onnistuneen työhön paluun edellytyksenä ovat korkea motivaatio ja halu säilyttää sairaanhoitajan ammatti sekä laatia suunnitelma, jonka avulla on mahdollisuus ehkäistä uusi repsahdus (Darbro 2005; Darbro 2009).

2.5.4 Työhön paluun tukeminen

Vakavien mielenterveyden sairauksien jälkeinen työllistyminen edellyttää tuettua koulutusta ja tehokkuutta (Ellison et al. 2008) sekä ennen kaikkea yksilön oma-aloitteisuutta (Elliott & Shelley 2006). Ammatillinen menestyminen työelämässä riippuu siitä, työskenteleekö henkilö täysipäiväisesti vai osa-aikaisesti, onko hänellä vakituinen työpaikka, työterveyshuollon arviosta henkilön työkykyisyydestä ja vuosituloista. (Ellison et al. 2008.) Masennuksesta kärsivien työhön paluu koetetaan työyhteisössä positiivisempänä kuin muista mielenterveyden häiriöistä, esimerkiksi skitsofreniasta, kärsivien (Ryu 2009). Toisaalta työhön paluun onnistumisessa keskeisintä ei ole niinkään sairauden vakavuus kuin henkilön kyky huolehtia terveydentilastaan ja henkilön koulutustausta. (Ellison et al. 2008.) Pitkäaikaisten sairauspoissaolojen jälkeen tärkeää on koko työhön paluun prosessi. Johdon ja työtovereiden tarjoama tuki on olennainen takuu työhön paluun onnistumisesta ja työssä pysymisestä (Saint-Arnaud et al. 2006). Työhön paluun tukeminen edellyttää esimieheltä vastuullisuuden ja ongelmien ratkaisukyvyyn lisäksi kykyä kohdata työntekijä yksilönä, hienotunteisesti, ymmärtävästi, empaattisesti sekä arvostaen työntekijää (Aas et al. 2008). Leimatuksi tulemisen riskiä on syytä vähentää työyhteisökohtaisilla interventioilla eli ensisijaisesti tiedon lisäämisellä ja työtoverista välittämällä (Ryu 2009), koska häpeä ja syrjinnän pelko ovat etusijalla työhön palaavan työtoverin mielessä (Grove 2006, 292).

Päihteiden väärinkäyttöön laajasti käytettyjen psykososiaalisten hoitomuotojen ja lääkehoitojen yhteydessä on tärkeää räätälöidä yksilöllinen hoitointerventio työterveyshuollossa kunkin yksilön tarpeisiin ja tarjota myötätuntoista, näyttöön perustuvaa hoitoa (Frances et al. 2005). Van Oostrom et al. (2007) ovat soveltaneet työperäisten mielenterveysongelmien tunnistamisessa strukturoitua arviointimallia (Bartholomew et al. 2006: Intervention Mapping), joka on alun perin suunniteltu selkäkipujen takia sairauslomalla olevien työkykyisyyden ja työhön paluun arviointiin. Yksilöllisesti suunnitellun arviointimallin mukainen interventio on todettu

lupaavaksi valitulle kohdejoukolle työterveyshuollon tukemana. (Van Oostrom et al. (2007.) Ennen kuin tähän voidaan lähteä, on saavutettava luottamus esimiehen ja työhön palaavan työntekijän välille, jota edesauttaa se, että esimies on ollut yhteydessä työntekijäänsä sairauslomien aikana sekä konsultoinut muita ammattilaisia (Nieuwenhuijsen et al. 2004). Esimerkiksi lääkkeitä väärinkäyttäneen uudelleen työhön palkkaamiseen liittyy työyhteisössä asenteita, jotka kertovat sulkeutuneisuudesta, epäroinnista ja toisaalta myös sietämisestä tai tuesta. Kaiken taustalla vaikuttaa kuitenkin esimiehen kiinnostus saada tietoa päihderiippuvuudesta, kuntoutuspalveluista tai tukipalveluista väärinkäyttäjien työllistymisessä. (Negura & Maranda 2008, 129-144.)

Interventiomallin tarkoituksena on tunnistaa ja ratkaista niitä tekijöitä, joita mielenterveyden ongelmien takia toistuvilla sairauslomilla pidetään esteenä työhön paluulle. Malliin kuuluu viisi vaihetta, joiden toteutuminen johtaa aina seuraavaan vaiheeseen. Työterveyshuollon roolina on päättää mikä on vialla ja mitä pitäisi asian suhteen tehdä. Asiantuntijana tai työhön paluun koordinaattorina pitäisi olla henkilö, jolla on kokemusta mielenterveyshäiriöisen työntekijän ohjauksesta.

Ensimmäisessä vaiheessa valitaan intervention kohderyhmä ja osallistujat. Tämä on kriittinen vaihe, jotta ryhmään valikoituu ensisijaiset osallistujat sekä oikeat interventiot työterveyshuollossa. Toisessa vaiheessa määritellään, mitä muutoksia halutaan saada aikaan ja mitkä ovat muutoksen tärkeimmät taustatekijät. Kolmanneksi valitaan parhaat teoreettiset menetelmät ja olosuhteisiin soveltuvat käytännön toimintasuunnitelmat. Neljännessä vaiheessa suunnitellaan ohjelman lopullinen muoto. Viidennessä vaiheessa suunnitellaan ohjelman käytännön toteutus ja toimeenpano. Lopuksi suunnitellaan arviointitaulukko ohjelman toteutuksen arvioimiseksi. (Absetz 2009.) Arviointikeskustelut käydään työntekijöiden, esimiesten ja työterveyshuollon ammattilaisten kanssa (Van Oostrom et al. (2007).

Varhainen puuttuminen toimintana sisältää eettisesti ongelmallisia kohtia. Lojalisuus työntekijöitä kohtaan, ja toisaalta työnantajan oikeus tietää ja toimia, on eettinen dilemma tilanteissa oleville johdon ja työterveyshuollon ammattilaisille. Yksilön yksityisyyttä koskettavia, arkaluontoisia asioita kuten mielenterveyden ongelmia, lääkkeiden väärinkäyttöä, seksuaalista häirintää tai sairauspoissaoloja käsiteltäessä luotettavin tapa toimia on luottaa kolmikantayhteistyöhön eli yhteistyöhön terveydenhuollon ammattilaisten, työntekijän ja työnantajan välillä. (Heikkinen et al. 2007.) Tilanne edellyttää esimieheltä tasapainoilua ajaa työntekijän

etua, suojella hänen oikeuksiaan ja huolehtia luottamuksellisesta asiakassuhteesta sekä samalla turvata työyhteisön hyvinvointi ja turvallisuus (Lambert 2002).

2.6 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Päihteiden väärinkäyttö ja päihderiippuvuus aiheuttavat merkittäviä terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia (THL 2007). Se on nykyään yksi hallitsevimista ja kustannuksiltaan laajimmista väestön terveysongelmista ympäri maailman. Lääkeriippuvuus on yksi osa-alue päihderiippuvuuksien joukossa, jolle on ominaista hoidollisesti tarpeettoman tai tarpeettomaksi muuttuneen lääkkeen pakonomainen käyttö sen aiheuttamista sosiaalisista ja terveydellisistä haitoista huolimatta. Päihteiden väärinkäyttäjät ei kykene hallitsemaan väärinkäyttöään ilman tukea ja hoitoa.

Terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa lääkkeiden väärinkäyttö on merkittävä terveys- ja potilasturvallisuusriski. Lääkkeiden ja alkoholin käytön ajatellaan lisäävän työkykyä ja terveydenhuollon ammattilaisena käytön uskotaan pysyvän hallittuna. Ongelman huomioiminen vaatii varhaista tunnistamista ja ongelmakäyttäjien hoitoon ohjausta potilaiden turvallisuuden maksimoimiseksi. Tilanne edellyttää esimieheltä tasapainoilua ajaa työntekijän etua, suojella hänen oikeuksiaan ja samalla turvata työyhteisön hyvinvointi ja turvallisuus.

Varhaisen puuttumisen eettisissä periaatteissa korostuu yhteisten palvelujen turvaaminen. Periaatteena on avoin yhdessä toimiminen ja yhteistoiminnan jatkumisen vaaliminen. Eettisten periaatteiden mukaisen toiminnan tarkoituksena on, että ketään ei leimata ja rakenteellisiinkin tekijöihin puututaan varhain. Lojaalisuus työntekijöitä kohtaan, ja toisaalta työnantajan oikeus tietää ja toimia, on eettinen dilemma tilanteessa oleville johdon ja työterveyshuollon ammattilaisille. Tärkeää on asioiden puheeksi ottaminen, hoitoon ohjaus ja työhön paluun tukeminen. Tutkimukset osoittavat, että ilman tietoa työntekijöitä uhkaavista työterveyttä uhkaavista ongelmista, ei voida suunnitella tehokkaita interventioita työkyvyn ylläpitämiseksi. Yksilön itsensä motivointi huolehtimaan omasta terveydestään on etusijalla, mutta työyksikön on samalla minimoitava työkykyä uhkaavat riskitekijät. (Dewa et al. 2007; Probst et al.2008; Couser 2008; Corbiere et al. 2009.) Johtamisella on tärkeä rooli työntekijän työhyvinvoinnin tukemisessa (Kuoppala et al. 2008).

Vastuu perustuu koulutuksella hankittuun pätevyyteen ja valmiuksiin sekä niitä määrittäviin säädöksiin. Vastuullisuus ilmenee huolten puheeksi ottamisena, johon yhdistetään tuen saanti ja ohjaus. Vastuullinen johtaminen voidaan määritellä positiiviseksi, ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi, jolle on ominaista aktiivinen sitoutuminen ja kyky vaikuttaa tilanteisiin ja tapahtumiin. Vastuullisuudella on myös kielteinen muoto, joka kertoo tilanteesta, jossa esimies ei puutu asioihin varhaisessa vaiheessa, kun sen eteen vielä voitaisiin tehdä jotakin. Julkisissa organisaatioissa tähän voidaan vastata perustelemalla tekemättömyyttä toimivallan rajoituksilla, itsestä tai organisaatiosta riippumattomilla olosuhteilla tai resurssien puutteella. (Käyhkö 2002, 89-90.) Johtajalla on moraalinen, eettinen ja lakisääteinen velvollisuus auttaa päihderiippuvuudesta kärsiviä työntekijöitä keskustelemalla, ohjaamalla hoitoon ja tukemalla työhön paluussa. Tämä tarjoaa relevantin näkökulman tarkastella ajankohtaista aihetta.

TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkielman tarkoituksena on kuvata terveydenhoitohenkilökunnan keskuudessa ilmenevää lääkkeiden väärinkäyttöä, väärinkäyttöön määräämistä ja siihen puuttumista. Tavoitteena on tuottaa tietoa lääkkeiden väärinkäytöksistä varhaisen puuttumisen kehittämiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Miten lääkkeiden väärinkäyttö ilmenee?
2. Miten lääkkeiden väärinkäytön määrääminen ilmenee?
3. Miten lääkkeiden väärinkäyttöön ja väärinkäyttöihin puututaan?
4. Minkälaisiin TEO:n ratkaisupäätöksiin lääkkeiden väärinkäyttö johti?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Ratkaisulyhennelmät tutkimusaineistona

Potilas tai hänen omaisensa voi tehdä hoidosta ilmoituksen tai kantelun joko lääninhallitukseen tai Valviraan. Jos asiassa epäillään hoitovirhettä, josta on seurannut kuolema tai vakava vammautuminen, kantelut osoitetaan Valviraan, jonka osuus kaikista ratkaistuista terveydenhuollon valvonta-asioista oli vuonna 2005 31 %. Muissa tapauksissa kantelut käsitellään aluehallintovirastoissa (entiseltä nimeltään lääninhallitus). Kanteluiden lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöiden toiminnasta tehdään ilmoituksia. Niitä tekevät apteekit, jotka epäilevät lääkärin määräävän lääkkeitä säädösten vastaisesti, terveydenhuollon ammattihenkilöiden työnantajat tai viranomaiset, kuten poliisi. (Valvira 2006, 7.) Vuonna 2005 nykyistä Valviraa edeltäneeseen Terveydenhuollon oikeusturvakeskukseen (TEO) tuli 388 ja vuonna 2006 noin 300 kantelua, joista terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimintaa koskevia ilmoituksia oli vähän yli 200. Näistä lääkkeiden väärinkäyttöä koskevia ratkaisulyhennelmiä oli yhteensä 29, joiden taustalla olleet ilmoitukset kohdistuivat eri terveydenhuoltoalan ammattiryhmiin seuraavasti: lääkäreihin 20, sairaanhoitajiin 5, lähi- tai apuhoitajiin 1, hammaslääkäreihin 2 ja farmaseuttiin 1.

Käsittelyn alussa määritellään, kuuluuko kantelu Valviran toimivaltaan ja määrätään asialle esittelijä. Selvitysvaiheessa pyydetään hoitoon osallistuneiden selvitykset, toiminnasta vastaavan lausunto sekä aiheeseen liittyvät asiakirjat. Arviointivaiheeseen sisältyy kahden tai useamman asiantuntijan lausunnot, joissa käytetään Valviran omia asiantuntijoita. Seuraavassa vaiheessa kuullaan asianosaisia, jonka jälkeen esittelijä laatii ratkaisuehdotuksen ja esittelee sen ratkaisijalle. Ratkaisu lähetetään kantelijalle ja erikseen niille tahoille, joilta on pyydetty selvityksiä sekä tiedoksi asiantuntijalausunnon antaneille. Jos ratkaisuna on käsityksen ilmaisu, huomion kiinnittäminen tai huomautus, annetaan ratkaisussa mahdollista hallinnollista ohjausta (Valvira 2006, 8.)

Suurin osa kanteluista ei johda seuraamuksiin. Vain runsas 20 % johtaa huomion kiinnittämiseen, huomautukseen tai raskaampiin seuraamuksiin. (Valvira 2005, 146; 2006, 8.) Valvirassa on paljon aineistoja, joihin heillä ei itsellä ole tutkimusresursseja. Monessa asiassa heille jää epäselväksi, onko heidän antamallaan ohjeilla ja ratkaisuehdotuksilla toivottua vaikutusta. Vuosien 2005 ja 2006 ratkaisulyhennelmäkirjat, jotka olivat tämän tutkimuksen aineistona, on

julkaistu siinä tarkoituksessa, että muutkin organisaatiot kuin ne, joissa tilanteet tapahtuivat, lukisivat niitä ja ottaisivat opikseen ja voisivat siten ennaltaehkäistä samantyyppisten tilanteiden kehittymisen. Päätökset sisältävät terveydenhuollon yksiköihin kohdistettua ohjausta, jota yksiköissä pitäisi käsitellä. Ne ovat työkalu, jonka avulla tulisi analysoida, mistä virhe johtui ja olisiko tapahtunut voitu estää sekä miten vastaava voitaisiin ehkäistä jatkossa. Tätä pidetään ennaltaehkäisevänä informaationa. (Mönttinen 2009.)

4.2 Perustelut tutkimusmenetelmän valinnalle ja aineiston analyysi

Empiirisenä tutkimusaineistona tutkimuksessa käytettiin Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen (nykyinen Valvira eli Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto) terveydenhuollon valvontaan kuuluvien kanteluiden ratkaisupäätöksiä vuosilta 2005 ja 2006, joista ratkaisulyhennelmät on koottu. Lyhennelmät ovat tarkastelun kohteena niiltä osin, kuin ne käsittelevät ammatinharjoittamiseen tai sen rajoittamiseen liittyvien ilmoitusten ratkaisuja, joiden taustalla on ollut *lääkkeiden väärinkäyttö* tai *lääkkeiden määrääminen ilman lääketieteellistä syytä omaan, omaisen tai potilaan käyttöön*.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen sisällönanalyysi, jota voidaan pitää perusanalyysimuotona hoitotieteellisissä tutkimuksissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91). Sisällönanalyysia ja luokittelua käytetään erilaisten kirjoitettujen aineistojen kuten päiväkirjojen, kirjeiden, puheiden, artikkelien ja muun kirjallisen materiaalin kuten tässä tutkimuksessa aineistona olevien ratkaisulyhennelmien, analysointiin (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällönanalyysin avulla järjestellään, kuvaillaan ja kvantifioidaan tutkittava ilmiö. Kvalitatiivisen tutkimusotteen keskeisenä ajatuksena on tutkittavan ilmiön kokonaisvaltainen tarkastelu, ilmiöiden kuvaaminen ja ymmärtäminen kansainvälisiä lähteitä käyttäen (Hirsjärvi ym. 2004). Kyse on todellisuuden tajuamisesta inhimillisenä ajattelutapana. (Tuomi & Sarajärvi 2009.) Tieteellinen päätely voi tapahtua joko induktiivisesti (yksittäisestä yleiseen), deduktiivisesti (yleisestä yksittäiseen) tai abduktiivisen päättelyn mukaisesti, joita Eskola (2001, 2007) nimittää aineistolähtöiseksi, teoriasidonnaiseksi ja teorialähtöiseksi analyysiksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Tämän tutkielman analyysi on aineistolähtöinen eli tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Tutkimusaineiston sisällönanalyysin pohjalta pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin 1 - 3.

Neljänteen tutkimuskysymyksen vastataan ratkaisulyhennelmien kvantitatiivisella analyysillä. Tällä tarkoitetaan tutkimusaineistona olleiden dokumenttien sisällön kvantitatiivista ana-

lyysiä, jossa tarkastellaan käytetyn aineiston jakautumista määrällisesti (Tuomi & Sarajärvi 2009, 106). Tutkimusaineistoon valittiin vuosien 2005 ja 2006 ratkaisulyhennelmistä sisällöltään hoitohenkilökunnan lääkkeiden väärinkäyttöä ja lääkkeiden määräämistä koskevat dokumentit, joita oli yhteensä 29, vuoden 2005 aineistosta 16 ja vuoden 2006 aineistosta 13 ratkaisua. Päätöksiä oli yhteensä kuitenkin 38, koska joissakin ratkaisuissa oli annettu useampi kuin yksi päätös henkilöä kohden. Valittu aineisto luettiin useita kertoja, ja haettiin tutkimuskysymysten mukaisia asioita, jotka pelkistettiin. Tämän jälkeen ne ryhmiteltiin teeman mukaisesti kolmeen luokkaan analyysin selkiyttämiseksi: hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö, lääkäreiden lääkkeiden määrääminen ja väärinkäyttö ja lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön. Analyysiyksikkönä oli lause tai lauseen osa.

Tutkimuksen kohteena ollutta ilmiötä pyrittiin tarkastelemaan tilanneyhteyden näkökulmasta. Tilanneyhteyden löytämisen toivottiin auttavan ymmärtämään ja syventämään sitä, minkälaisesta ilmiöstä lääkkeiden väärinkäytössä on kyse. Analyysi eteni etsimällä tutkimuskysymysten mukaisia alkuperäisilmauksia, jotka pelkistettiin. Pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia, jotka edelleen yhdistettiin teemoittain alaluokiksi. Näin edeten muodostettiin yläluokat ja yhdistävät luokat. Tuloksissa raportoidaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavat luokat. Taulukossa 3. kuvataan aineistolähtöinen analyysin eteneminen. Sisällönanalyysiä on jatkettu kvantifioimalla aineiston sisältöä sanallisen kuvauksen täydentämiseksi (tutkimuskysymys 4).

- 1 Ratkaisulyhennelmien lukeminen ja sisältöön perehtyminen
- 2 Pelkistettyjen ilmausten etsiminen
- 3 Pelkistettyjen ilmausten listaaminen
- 4 Samankaltaisuuksien/erilaisuuksien etsiminen pelkistetyistä ilmauksista
- 5 Pelkistettyjen ilmausten yhdistäminen ja alaluokkien muodostaminen
- 6 Alaluokkien yhdistäminen ja yläluokkien muodostaminen
- 7 Yläluokkien yhdistäminen ja kokoavan käsitteen muodostaminen
- 8 Aineiston kvantitatiivinen erittely

Taulukko 3. Analyysin eteneminen (mukaellen Tuomi & Sarajärvi 2009, s. 109)

5 TULOKSET

Tutkimuksessa on erikseen tarkasteltu sairaanhoitajien ja lääkäreiden keskuudessa tapahtunutta lääkkeiden väärinkäytön ilmenemistä. Lääkärien oikeus lääkkeiden määräämiseen ja pro auctore -määräyksiin tekee näiden ryhmien välille selkeän eron tarkasteltaessa lääkkeiden hankintakeinoja. Pro auctore -määräyksellä voidaan määrätä lääkärin tai hammaslääkärin vain ammattinsa harjoittamisen yhteydessä tarvitsemaa lääkettä (STM:n asetus lääkkeen määräämisestä 1088/2010). Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö liittyi kiinteästi oikeuteen määrätä lääkkeitä. Väärinkäytössä oli tässä tutkimuksessa kyse pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavien ja varsinaisten huumausaineiden väärinkäytön ilmenemisestä. Lääkkeitä oli hankittu laillisilla lääkemääräyksillä, pro auctore -määräyksillä tai anastamalla työpaikoilta. Lääkkeiden väärinkäyttöön liittyi osassa tapauksia myös alkoholin liikakäyttö.

Tuloksien raportointi noudattaa tutkimuskysymysten kysymystenasettelua. Kappaleessa 5.1.1 tarkastellaan hoitajien (sairaanhoitaja, apuhoitaja, lähihoitaja ja farmaseutti) lääkkeiden väärinkäytön ilmenemistä. Aineistossa ollut farmaseutin lääkkeiden väärinkäyttö on käsitelty tässä luvussa, sillä se muistuttaa lääkkeiden anastamisineen enemmän hoitajien kuin lääkärin väärinkäyttöä. Kummallakaan ammattiryhmällä, sairaanhoitajat ja farmaseutit, ei ole oikeutta tässä tutkimuksessa tarkasteltujen lääkkeiden määräämiseen. Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö tulee esille kappaleessa 5.1.2. Lääkkeiden määräämistä ilmeiseen väärinkäyttöön käsitellään kappaleessa 5.1.3. Lääkkeiden väärinkäyttöön puuttumista tarkastellaan kappaleessa 5.2.

Tuloksissa esitetään lopuksi omana kappaleenaan 5.3 tulosten kvantifiointi Terveysturvakeskuksen (TEO) päätöksistä, mikä selkeyttää tehdyt päätökset.

5.1 Lääkkeiden väärinkäyttö

5.1.1 Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski

Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski sisälsi yläluokat lääkkeiden käyttö lääkeriippuvuuteen, työkyvyn heikentyminen ja potilasturvallisuuden vaarantuminen (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Toistuvat lääkeanastukset	Lääkkeiden käyttö lääkeriippuvuuteen	Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski
Voimistuva lääkeriippuvuus		
Ammattioikeuksien rajoittaminen	Työkyvyn heikentyminen	
Työkyvyn muutokset		
Potilasturvallisuus kyseenalaista	Potilasturvallisuuden vaarantuminen	
Epäselvyyksiä työssä		
Psyykkiset sairaudet		

Lääkkeiden käyttö lääkeriippuvuuteen

Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö ilmeni tutkimuksessa pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavien (PKV) lääkkeiden (katso Liite 3.) sekä varsinaisiin huumausaineisiin kuuluvien lääkkeiden käyttönä. Pääosin lääkkeitä oli saatu anastamalla niitä työpaikkojen lääkekaapeista. Toistuvat lääkeanastukset lääkeaineriippuvuuteen olivat tyypillisin keino saada lääkettä. Lääkeanastuksia oli tapahtunut ainakin kahdessa tapauksessa erittäin pitkään, toisen sairaan-

hoitajan kohdalla 1970 -luvulta ja toisen sairaanhoitajan, jolla oli myös apuhoitajan koulutus, vuodesta 1986 lähtien. Pitkäaikainen PKV -lääkkeiden väärinkäyttö oli toiminut selviytymiskeinona työelämän ja arjen vaatimuksissa. Tästä oli osoituksena se, että lääkkeiden väärinkäyttö ei tullut ilmi vuosikymmenienkään kuluessa.

Lääkkeiden pitkäaikaisessa käytössä henkilöille oli kehittynyt lääkeriippuvuus. Voimistuva lääkeriippuvuus pakotti lääkkeiden hankintaan toistuvien lääkeanastusten lisäksi myös muiden keinojen avulla. Eräs hoitaja oli saanut lukuisia lääkemääräyksiä eri lääkäreiltä. Lääkäriraseman lääkäreiltä hän oli evännyt pääsyn toistensa itseään koskeviin potilasasiakirjoihin. Hänelle aiemmin kirjoitetut lääkemääräykset eivät olleet lääkäreiden tiedossa.

”sairaanhoitaja oli käyttänyt oksatsepaamia 1970-luvun alkupuolelta lähtien selviytyäkseen yksityiselämänsä ongelmista ja kyetäkseen toimimaan sairaanhoitajan ammatissa”

”rajoituksen poiston jälkeen hänen epäiltiin uudelleen anastaneen ja väärinkäyttäneen huumaavia lääkkeitä, sairaanhoitajan lääkkeiden väärinkäytön taustalla oli opiaattiriippuvuus ja pitkäaikainen masentuneisuus, joka nykyisin oli vakava-asteista”.

Työkyvyn heikentyminen

Lääkeanastusten ja lääkkeiden väärinkäytön tultua ilmi, sairaanhoitajien oikeutta käsitellä lääkkeitä oli rajoitettu. Rajoituksen poiston jälkeen lääkkeiden anastukset jatkuivat uudelleen ja vieläpä kiihtyvään tahtiin. Kielto toimia sairaanhoitajan ammatissa ei estänyt lääkeanastuksia vaan anastukset jatkuivat laillistetun sairaanhoitajan sijaisena apuhoitajan ammattinimikkeellä ja todennäköisesti myös sairaanhoito-opiskelijana (lähihoitaja).

Yleensä lääkevarkaudet ja lääkkeiden väärinkäyttö aiheuttivat muutoksia työkykyyn tuoden mukanaan työhön liittyviä epäselvyyksiä ja hoidon laiminlyöntiä. Tilanteeseen liittyi heikko hoitomotivaatio sekä vaillinainen kyky tunnistaa ja hallita tilannettaan.

”sairaanhoitaja oli anastanut ja väärinkäyttänyt Oxanest -nimistä lääkettä, vaikka hänellä oli rajoitettu oikeus käsitellä lääkkeitä”

”päihteiden väärinkäytön, aikaisempia työsuhteita koskevan selvityksen sekä muun asiassa saadun selvityksen perusteella oli vakava syy epäillä, että sairaanhoitaja väärinkäytön vuoksi kykenemätön toimimaan sairaanhoitajana”

Potilasturvallisuuden vaarantuminen

Työyksikön ja potilaiden omaisuutta ja lääkkeitä saattoi kadota selittämättömällä tavalla. Anastettujen lääkkeiden tilalle oli laitettu muita lääkkeitä tilanteen peittelemiseksi. Raportointi lääkkeiden katoamisesta ei ollut luotettavaa. Potilasturvallisuuden säilyminen oli kyseenalaista ja erityisesti tilanteissa, joissa sairaanhoitaja toimi yksityisyrittäjänä ilman välitöntä valvontaa. Samankaltaisista lääkevarkauksista oli myös rankaistu aikaisemmin. Tilanteisiin saattoi liittyä yleensä myös muita työhön liittyviä epäselvyyksiä ja potilaiden hoidon laiminlyöntiä. Lääkkeiden väärinkäytön taustalla oli psyykkisiä sairauksia kuten vakava-asteinen masennus tai persoonallisuuden häiriöt. Potilasturvallisuuden kyseenalaistumien, epäselvyydet työssä sekä taustatekijöinä väärinkäytölle vaikuttaneet psyykkiset sairaudet johtivat potilasturvallisuuden vaarantumiseen.

”sairaanhoitajan työsuhde oli purettu työhön liittyneiden epäselvyyksien vuoksi”

”potilaaseen kiinnitetty fentanyylilaastari oli kadonnut tuntemattomalla tavalla, potilaalta oli löytynyt nitrolaastari, jota ei hänelle ollut määrätty”

5.1.2 Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski

Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö ilmeni potilasturvallisuusriskinä, mikä muodostui yläluokan käsitteistä lääkkeiden määräysoikeuden väärinkäyttö omaan lääkeriippuvuuteen, lääkeriippuvuus potilasturvallisuusriski ja lääkkeiden väärinkäytöstä aiheutuvat työkyvyn muutokset (Taulukko 5).

Taulukko 5. Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Lääkemääräyksillä suuria määriä PKV -lääkkeitä itselleen ja sukulaisille etupäässä omaan käyttöön	Lääkkeiden määräysoikeuden väärinkäyttö omaan lääkeriippuvuuteen	Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski
Riippuvuutta aiheuttavan lääkkeen väärinkäyttö		
Pro auctore -määräyksen väärinkäyttö		
Lääkeriippuvuudesta aiheutuva riski potilasturvallisuudelle	Lääkeriippuvuus potilasturvallisuusriski	
Määrännyt PKV -lääkkeitä pro auctore -määräyksellä sen hetkiseen stressiinsä, myöhemmin vieroittanut lääkeriippuvuudesta hoidossa		
Toipunut sairaudesta, ja työssä toiminut moitteettomasti	Lääkkeiden väärinkäytöstä aiheutuvat työkyvyn muutokset	
Toistuvasti päihtyneenä työpaikalla, jonka takia irtisanottu		
Lääkkeitä väärinkäyttöön määrännyt lääkäri itse päihdeongelmainen, irtisanottu useasti		
Perustelematon anomus täysien lääkärin oikeuksien palauttamiseksi		

Lääkkeiden määräysoikeuden väärinkäyttö lääkeriippuvuuteen

Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön liittyi olennaisesti oikeus lääkkeiden määräämiseen ja pro auctore -määräyksen väärinkäyttö. Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä oli määrätty joko omaan tai nimellisesti lähiomaisen käyttöön. Yleensä lääkemääräykset olivat runsaita ja niiden pitkäaikaiseen käyttöön liittyi lääkeriippuvuuden kehittyminen. Lääkkeet käytettiin valtaosaltaan omien kroonisten kipujen, ”levottomat jalat” -oireen tai psyykkisten ongelmien lääkitsemiseen. Määräyksille ei löytynyt lääketieteellistä perustelua puutteellisten potilasasiakirjojen johdosta. Poikkeuksen väärinkäytettyjen lääkkeiden hankinnassa teki anestesialääkäri, joka oli työpaikastaan anastanut ja pistänyt itselleen lihakseen annettavia bentso-diatsepiinejä.

Väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä määrättiin myös pro auctore -määräyksillä. Annokset olivat suositeltuja annoskokoja suurempia ja määrääminen oli jatkunut pitkään. Tähän liittyi lääkeriippuvuuden kehittymisen vaara. Lääkkeiden määräämisoikeudesta esimerkkinä voidaan pitää tilannetta, jossa rajoitukset ammatinharjoittamisoikeuksissa saattoivat aiheuttaa niin suurta ahdistusta, että lääkäri oli pro auctore -määräyksellä hankkinut itselleen ahdistusta helpottavaa PKV -lääkettä. Selityksenä oli, että hän oli ymmärtänyt pro auctore -käsitteen väärin.

”määräsi runsaasti kodeiinipitoista yskänlääkettä itselleen ja sukulaisilleen, myös pro auctore -määräyksillä, joista valtaosan käytti itse kroonisiin kipuihinsa”

”oli luullut että pro auctore tarkoittaa ”auktoriteetin omaan käyttöön”

Lääkeriippuvuus potilasturvallisuusriski

Lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkeriippuvuus johtivat riskiin potilasturvallisuuden vaarantumisesta. avulla. Pitkäaikainen käyttö, jopa 10 vuotta, johti voimakkaaseen lääkeaineriippuvuuteen. Tätä saattoi vielä lisätä lääkärin alkoholiongelma, jonka takia hänet oli irtisanottu työpaikastaan useasti. Näiden tekijöiden takia ja potilasturvallisuuden turvaamiseksi henkilö todettiin työkyvyttömäksi. Pro auctore -määräyksellä lääkäri oli voinut määrätä useita litroja 96 % etanolia, jonka käytön perusteluna oli ihonpuhdistus vastaanoton toiminnassa, vaikka sitä varten on saatavissa muita asianmukaisempia tuotteita.

Pro auctore -määräystä oli käytetty myös tilapäisen paineen vaikeuttamassa tilanteessa, mikä oli sittemmin korjautunut ja lääkäri oli vieroittunut lääkeriippuvuudesta hoidon ja seurannan aikana.

”lääkäri oli ollut toistuvasti päihtyneenä työpaikalla”

”ei ollut työnantajan kehotuksista huolimatta hakeutunut hoitoon”

Lääkkeiden väärinkäytöstä aiheutuvat työkyvyn muutokset

Lääkkeiden ja alkoholin väärinkäyttö johti useassa tapauksessa toistuvasti tilanteisiin, joissa lääkäri työskenteli päihtyneenä tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena työpaikallaan. Väärinkäytön seurauksena työkykyisyydessä tapahtui muutoksia, joihin sisältyi sekä positiivisia että kielteisiä tekijöitä ammatinharjoittamisessa menestymisen kannalta. Toipuminen lääkkeiden väärinkäytöstä ja lääkeriippuvuudesta oli mahdollista, jos henkilöltä löytyi siihen motivaatiota. Positiivista oli se, että jopa vaikeastakin lääkeriippuvuudesta voi vieroittua. Sen lisäksi työtehoa selvästi heikentäneistä ongelmista ja sairauksista voi toipua, ja saada takaisin ammatinharjoittamista rajoittaneet oikeudet. Toipumisen kautta potilasturvallisuutta vaarantaneet tekijät poistuivat. Lääkärin tai hammaslääkärin lääkkeiden ja/tai alkoholinväärinkäyttö oli liittynyt senhetkiseen elämäntilanteeseen. Kun työkykyä heikentäneet ongelmat poistuivat, loppui myös väärinkäyttö ja henkilöt kykenivät jälleen työskentelemään ongelmitta.

Toisaalta aineistossa oli tapauksia, joissa henkilö oli irtisanottu työstään lääkkeiden väärinkäytön tai päihtyneenä työskentelyn takia jopa toistuvia kertoja. Henkilöllä ei todettu olevan hoitomotivaatiota eikä myöhemmin seurannankaan aikana tilanne tältä osin muuttunut. Lääkäri oli anonut täysien lääkäriin oikeuksiensa palauttamista, vaikka ei ollut esittänyt anomuksensa tueksi näyttöä työkykyisyydestään.

”todettiin suoriutuneen hyvin töistään ja hän oli toipunut sairaudestaan, joka oli aiemmin arvioitu selkeästi heikentäneen hänen työkykyään”

”oli vieroittunut lääkeriippuvuudesta seurannan aikana”

”lääkäri ei toimittanut sellaista selvitystä, joka osoittaisi hänet psyykkiseltä toimintakyvyltään ja terveydentilaltaan sellaiseksi, että hänelle voitaisiin palauttaa lääkärin ammatin harjoittamisoikeus täysin oikeuksin”

5.1.3 Lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön lääkeriippuvuutta ylläpitävä tekijä

Lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön potilaiden lääkeriippuvuutta ylläpitävä tekijä muodostui kahdesta yläluokan käsitteestä epäasianmukaiset hoitokäytännöt ja lääkeriippuvuuteen altistaminen (Taulukko 6).

Taulukko 6. Lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön lääkeriippuvuutta ylläpitävä tekijä

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Lääkäri tietoinen toimintansa epäasianmukaisuudesta	Epäasianmukaiset hoitokäytännöt	Lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön lääkeriippuvuutta ylläpitävä tekijä
Moniongelmaisten potilaiden keskittymisen yhdelle lääkärille		
Kykenemättömyys potilaiden todellisen lääkkeiden käytön seurantaan		
Potilaiden altistuminen lääkeriippuvuuteen	Lääkeriippuvuuteen altistaminen	
Väärinkäyttäjien osuus potilaista kasvanut		
Pelkkä lääkehoito yksipuolista		

Epäasianmukaiset hoitokäytännöt

Tietoisena siitä, että toiminnallaan ylläpiti potilaidensa lääkeaineriippuvuutta, lääkäri jatkoi määräyksiään. Selityksenä oli luottamus potilaiden kertomuksiin ja halu auttaa heitä heidän ahdingossaan. Usko lääkkeiden välttämättömyydestä sai lääkärin kirjoittamaan lääkemääräyksiään varmistumatta itse kuitenkaan lääkkeen todellisesta tarpeesta. Lääkkeiden määräämistä tapahtui myös vastaanoton ulkopuolella ja puhelinmääräyksiä. Näille määräyksille oli selityksenä hyvin tuntemiensa ystävien ja tuttujien auttaminen. Tyypillistä tilanteille oli potilasasiakirjojen puutteellisuus tai täydellinen puuttuminen, minkä vuoksi lääkemääräyksiä voitiin

pitää lääkkeellisesti tai lääketieteellisesti perustelemattomina. Aikaisempi huomautus ei estänyt lääkäri määräämästä runsaita määriä potilasturvallisuutta vaarantavia PKV -lääkkeitä.

Väärinkäyttöön määräämiseen liittyi moniongelmaisten potilaiden keskittyminen yhdelle lääkärille ja väärinkäyttäjien osuus potilaista oli kasvanut huolestuttavasti. Lääkärille oli keskittynyt potilaita, joita muut lääkärit olivat varovaisia hoitamaan, pelkäsivät hoitaa tai olivat kieltäytyneet hoitamasta. Moniongelmaisille potilaille oli määrätty PKV -lääkkeitä ja buprenorfiinia vieroitukseen, vaikka lääkäri suurimmassa osassa tapauksia oli tietoinen ainakin osan lääkkeitä menevän väärinkäyttöön ja osan potilaista olevan huumeidenkäyttäjiä. Suositellut annoskoot ylittyivät moninkertaisesti. Lääkkeitä myös myytiin ulkopuolisille. Potilas- ja lääkemääräysten voimakkaan kasvun myötä lääkäri ei enää kyennyt seuraamaan potilaidensa todellista lääkkeiden käyttöä.

”lääkärille oli keskittynyt vuosien varrella enemmän moniongelmaisia potilaita kuin muille lääkäreille, koska nämä eivät halunneet tai pelkäsivät hoitaa lääkkeiden ongelmallisia potilaita”

”muut lääkäriaseman lääkärit olivat olleet varovaisempia määrätessään samoilta potilaille PKV -lääkkeitä tai kieltäytyneet määräämästä yli annostusten”

”potilaat olivat pyytäneet kirjoittamaan tietyn määrän tiettyä lääkettä ahdistavaan oloon ja unettomuuteen, minkä hän oli tehnyt”

”suurin kertamääräys oli 630 tablettia yhden kerran”

Lääkeriippuvuuteen altistaminen

Suosituksia runsaampiin ja tiheämmin kirjoitettuihin lääkemääräyksiin liittyi suuri riski potilaiden altistumisesta lääkeriippuvuuteen. Aineistossa kerrottiin suurehkoista, suurista tai erittäin suurista pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavista lääkemääräyksistä. Määräykset olivat toistuvia ja tapahtuivat pitkän ajan kuluessa. Osa lääkkeitä oli määrätty usean kuukauden tai jopa vuoden tarvetta varten. Samanaikaisesti saatettiin määrätä kolmea tai neljää eri lääkettä. Osalla näistä potilaista oli aiemmin muiden lääkäreiden aloittamia ja perusteltuja lääkkeitä, joita lääkäri sanoi vain uusineensa. Osassa tapauksia lääkäri oli tietoinen määräämänsä lääkkeen aiheuttamasta riskistä lääkeaineriippuvuuteen. Alun perin lääke oli aloitettu somaattisen oireen hoitoon, mutta pitkäaikaisesti ja alati tihevästi käytettynä potilaalle oli kehittynyt lääkeaineriippuvuus ja toleranssi.

PKV -lääkkeiden määräämisen merkittävän lisääntymisen ja lääkkeiden väärinkäyttäjien osuuden kasvun myötä oli ilmeistä, että tilanteessa oli olemassa vakavan potilasturvallisuuden vaarantumisen merkit. Moniongelmaiset potilaat olisi pitänyt hoitaa yhdessä moniammatillisen, päihneiden käyttöön erikoistuneen hoitoyksikön kanssa tai lähettää heidät asianmukaisen päihdehuollon piiriin. Lääkäri oli hoitanut pelkästään PKV -lääkkeillä liian suurina annoksina yksityisvastaanotollaan vakavasti lääkeaineriippuvaisia nuoria huumausaineiden käyttäjiä ilman riittävää asiantuntemusta päihderiippuvaisten hoidosta. Määrääminen oli kaksinkertaistunut ja nuorten potilaiden osuus kolminkertaistunut, hoitokäytännöt olivat yksipuolisia ja vakavaa lääkeaineriippuvuutta ylläpitäviä vaarantaen potilasturvallisuuden. Potilailta ei ollut mitattu lääkeainepitoisuuksia, teetetty valvottuja huumeetestejä tai käytetty alkometriä. Lääkäri oli kiertänyt voimassa olevaa PKV -lääkkeiden määräämistä rajoittavaa kieltoa määräämällä toistuvasti lääkettä, joka oli PKV -lääkkeiden tavoin lihaksia rentouttava, rauhoittava ja hyvää oloa tuottava vaikutus tai määräämällä pro auctore- määräyksillä PKV -lääkkeitä.

”lääkäri oli uusinnut buprenorfiinia, kodeiinia sisältäviä kipulääkkeitä ja zopiklonia nukahtamislääkkeenä epäasianmukaisesti kerralla usean kuukauden tai jopa vuoden lääkitystä varten”

”oli toistuvasti ja pitkän ajan kuluessa määrännyt pro auctore -resepteillä PKV -lääkkeitä sekä väärinkäyttöön soveltuvaa....vaikka hänellä oli voimassa oleva kielto määrätä PKV -lääkkeitä”

”oli määrännyt lääkeriippuvaisille potilaille runsaasti PKV -lääkkeitä ja buprenorfiinia asetuksen vastaisesti, lääkäriä oli uhkailtu määräämään lääkkeitä, hoito ollut yksipuolista pelkästään reseptien kirjoittajana”

”lääkärin havainnot potilaiden psyykkisestä tilasta puuttuivat lähes kokonaan ja somaattisesta tilasta kokonaan”

”yksityislääkärin ilmoitettiin määränneen PKV -lääkkeitä lääkkeiden väärinkäyttäjille, buprenorfiinia vieroitusoireisiin”

”PKV -lääkkeiden määrääminen oli paikkakunnalla nopeasti kasvava ongelma”

5.2 Puuttuminen lääkkeiden väärinkäyttöön ja määräämiseen

5.2.1 Puuttuminen hoitajien lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi

Puuttuminen hoitajien lääkkeiden väärinkäyttöön muodostui yläluokista työnantajan puuttuminen lääkeanastuksiin, lääkeriippuvuudesta johtuvat muutokset työkyvyssä ja puuttuminen ammattinimikkeen käyttöoikeuteen (Taulukko 79).

Taulukko 7. Puuttuminen hoitajien lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Työnantaja puuttunut lääkeanastuksiin	Työnantajan puuttuminen lääkeanastuksiin	Puuttuminen hoitajien lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi
Työnantaja teettänyt huumeseuvoja		
Työnantaja rajoittanut ammatinharjoittamista		
Työnantaja suositellut hakeutumista lääkevieroitukseen ja työkyvynarvioon	Lääkeaineriippuvuudesta johtuvat muutokset työkyvyssä	
Irtisanominen ja suositus siirtymisestä työkyvyttömyyseläkkeelle		
Farmaseutin lääkevarkauksien takana todettu olevan epävakaa persoonallisuus ja lääkeaineriippuvuus		
Apteekin ilmoitus itsenäisenä yrittäjänä toimivasta lääkeaineriippuvaisesta sairaanhoitajasta		
Kielto käyttää apuhoitajan ammattinimikettä	Puuttuminen ammattinimikkeen käyttöoikeuteen	
Kielto käyttää lähihoitajan ammattinimikettä		
Kielto toimia opiskelijana terveydenhuollon yksiköissä		

Työnantajan puuttuminen lääkeanastuksiin

Puuttuminen hoitohenkilökunnan lääkeriippuvuuden takia tapahtuneisiin toistuviin lääkeanastuksiin tapahtui varsin myöhäisessä vaiheessa, kun tilanteet olivat tyypillisesti jatkuneet jo

erittäin pitkään, jopa kymmeniä vuosia. Anastetut lääkkeet kuuluivat joko pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttaviin lääkkeisiin (PKV) tai varsinaisiin huumausaineisiin. Osassa tapauksia työnantaja oli sopinut pistokokein otettavista huumeeseuloista ja rajoittanut sairaanhoitajan lääkkeiden käsittelyoikeutta. Työnantaja oli myös suositellut työkyvynarviointia ja lääketeroitukseen hakeutumista, joihin ei kuitenkaan ollut suostuttu. Farmaseutilla oli TEO:n määräämissä tutkimuksissa todettu lääkeaineriippuvuus ja epävakaata persoonallisuus, ja siten soveltumattomaksi enää toimimaan farmaseutin ammatissa. Tilanteissa oli tyypillistä lääkkeiden anastamisen toistuvuus, niin hoitajien kuin myös farmaseutin tapauksessa, mikä ilmeni myös siten, että kun sairaanhoitajan ammatinharjoittamista rajoitettiin, niin rajoituksen poistamisen jälkeen anastukset jatkuivat.

”sairaanhoitajan oli todettu anastaneen ja väärinkäyttäneen huumausaineisiin luokiteltavaa lääkettä”

”lähihoitaja oli aiemminkin syyllystynyt vastaavanlaisiin lääkeanastuksiin”

Tilanteiden tultua ilmi, oli potilasturvallisuuden vaarantumisen uhka ensisijaisena syynä puuttua työntekijöiden ammatinharjoittamiseen. Riski oli suuri siinäkin tapauksessa, vaikka henkilö ei olisi toiminut varsinaisena sairaanhoitajana sairaanhoitajan tehtävissä vaan hänellä oli mahdollisuus päästä käsiksi lääkkeisiin sairaanhoitajan sijaisuuksissa apu- tai lähihoitajana sekä sairaanhoidon opiskelijana.

Lääkeriippuvuudesta johtuvat muutokset työkyvyssä

Työntekijän hoitomotivaation puuttuessa, työnantajan oli joko irtisanottava työntekijä tai ehdotettava työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä tai tehtävä ilmoitus Terveystieteiden tutkimuskeskukseen. Suosituksista ja kehoituksista huolimatta hoitoon hakeutumista ei kenenkään sairaanhoitajan kohdalla tapahtunut. Erään sairaanhoitajan entinen työnantaja teki selvitystä sairaanhoitajan mahdollisuuksista jatkaa ammatissaan. Hänestä oli tullut TEO:een lukuisia ilmoituksia, joissa kerrottiin työhön liittyneistä vakavista epäselvyyksistä. Selvityksen kohteena ollut sairaanhoitaja oli täysin kiistänyt menelleensä väärin työtehtävissään. Lääkeanastusten taustalla olleet psyykkiset ongelmat ja lääkeriippuvuus johtivat työkyvyn heikkenemiseen tai jopa työkyvyn menettämiseen.

”sairaanhoitaja oli irtisanottu toimestaan ja hänelle oli ehdotettu hakeutumista työkyvyttömyyseläkkeelle”

Lääkeriippuvuudesta kärsivä hoitoalan ammattilaisen todettiin olevan erityisen suuri uhka potilasturvallisuudelle, varsinkin jos hän työskentelee itsenäisenä ammatinharjoittajana ilman välitöntä valvontaa. Tilanteisiin puuttumisen kautta todettiin pitkäaikainen lääkeriippuvuus, ja ja masennus, joka tutkimuksissa selvisi vakava-asteiseksi. Lääkkeiden käytön kiihtyminen saattoi nopeuttaa tilanteiden tunnistamista ja siihen puuttumista.

”apuhoitajan voitiin katsoa siten aiheuttavan lääkeriippuvuutensa ja useita kertoja toistuneen lääkkeiden anastamisen vuoksi riskin potilasturvallisuudelle, jos hän jatkaa toimintaansa apuhoitajana”

Puuttuminen ammattinimikkeen käyttöoikeuteen

Potilasturvallisuuden varmistamiseksi hoitajia joko kiellettiin toimimasta ammatissaan, rajoitettiin oikeuksia käsitellä PKV -lääkkeitä ja varsinaisia huumausaineita tai hoitaja sai toimia ainoastaan terveydenhuollon ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisuudessa julkisyhteisön ylläpitämässä terveydenhuollon toimintayksikössä ilman oikeutta käsitellä PKV -lääkkeitä ja varsinaisia huumausaineita.

TEO:n päätöksiä olivat sairaanhoitajan ammatinharjoittamisen rajoittaminen, sairaanhoitajan ja farmaseutin ammatinharjoittamisoikeuksien poistaminen toistaiseksi sekä aikaisemman sairaanhoitajan ammatissa toimimisoikeuden poistamisen lisäksi poistettiin oikeus toimia jatkossa apuhoitajana.

”TEO poisti toistaiseksi oikeuden harjoittaa sairaanhoitajan ammattia”

”TEO teki tutkintapyyntöä poliisille, koska hän oli toistuvasti toiminut sairaanhoitajana vaikka häneltä oli poistettu sairaanhoitajan ammatinharjoittamisoikeus”

5.2.2 Puuttuminen lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi

Puuttuminen lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön muodostui yläluokista piittaamattomuus säännöksistä, irtisanominen epäasianmukaisen toiminnan vuoksi ja toipuminen lääkeriippuvuudesta (Taulukko 8).

Taulukko 8. Puuttuminen lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Puuttuminen asetuksen vastaisiin määräyksiin	Piittaamattomuus säännöksistä	Puuttuminen lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi
Rajoituksista piittaamattomuus		
Irtisanottu päihteiden käytön takia	Irtisanominen epäasianmukaisen toiminnan vuoksi	
Työsuhte purettu toistuvasti		
Sariaalan johtavan lääkärin ilmoitus epäasianmukaisista lääkemääräyksistä ja käytöksestä		
Suuhygienistin ilmoitus hammaslääkärin päihtyneenä työskentelystä	Toipuminen lääkeriippuvuudesta	
Rajoitus poistettu tarpeettomana		
Toipunut lääkeriippuvuudesta		
Satunnaisesti päihtyneenä töissä, josta toipunut		

Piittaamattomuus säännöksistä

Piittaamattomuus säännöksistä koostui käsitteistä puuttuminen asetuksen vastaisiin määräyksiin ja rajoituksista piittaamattomuus. Ilmoittajina olivat apteekit, työnantajat tai työtoverit. Apteekin ilmoituksissa toistui tietty toiminta eli PKV -lääkkeiden runsaat määräykset, jotka olivat herättäneet epäluulon lääkkeiden väärinkäyttöön menemisestä sekä pro auctore -määräyksen väärinkäytöksistä. Apteekkien puuttuminen oli välttämätöntä, sillä piittaamattomuus ilmeni lääkkeiden määräämisestä ja esimerkiksi opioidiriippuvaisten hoidosta olevien säännösten rikkomisena, johon sisältyi pro auctore -määräyksen väärinkäyttö oman kivun

hoitoon tai muun tarpeen lääkitsemiseksi. Lääkeannokset olivat huomattavasti suositeltuja suurempia, ja siten pitkään käytettynä ne aiheuttivat lääkeriippuvuutta. Asetuksen vastaista oli pitkäjaksoinen oman kivun tai muun oireen omaehtoinen lääkitseminen, sillä se olisi kuulunut siirtää toisen lääkärin arvioitavaksi ja hoidettavaksi. Rajoituksista huolimatta PKV -lääkkeiden epäasianmukainen määrääminen jatkui ilman lääkinnällistä perustetta.

”määrännyt suuria määriä pro auctore -määräyksellä”... ”vaimon hoidosta ei potilasasiakirjamerkintöjä”

”määräsi runsaasti kodeiinipitoista yskänlääkettä itselleen ja sukulaisilleen, myös pro auctore -määräyksillä, joista valtaosan käytti itse kroonisiin kipuihinsa”

”oli kirjoittanut yhteensä yli 30 litraa PKV -lääkkeisiin kuuluvaa yskänmikstuuraa itselleen ja potilaalleen”

Irtisanominen epäasianmukaisen toiminnan vuoksi

Työnantajien ja työtovereiden ilmoitukset koskivat yleensä lääkärin tai hammaslääkärin toistuvasti päihtyneenä tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena työskentelyä. Nämä syyt johtivat irtisanomiseen ja muutamassa aineiston tapauksessa lääkäri oli irtisanottu toistuvasti. Päihtyneenä työskentelyn lisäksi lääkäreillä saattoi olla muita käytösongelmia työhön liittyen, mikä oli saattanut potilaat tai heidän omaisensa tekemään lukuisia potilasvalituksia. Epäasianmukainen toiminta ja päihtyneenä työskentely oli aiheuttanut ainakin yhden potilastapaturman. Potilasasiakirjoista ei myöskään löytynyt potilaille kirjoitettuja lääkemääräyksiä.

”työsuhde purettu tai hänen sijaisuuttaan ei ollut jatkettu alkoholin käytön takia aiemmin ainakin neljässä terveystieteiden keskuksessa”

”puhe oli sopertelevaa ja liikkeitä kuin päihtyneellä”

Toipuminen lääkeriippuvuudesta

Jos työtoverit olivat puuttuneet lääkkeiden väärinkäyttöön varhaisessa vaiheessa, oli sillä myönteinen vaikutus hoitoonhakeutumisessa. Toipuminen lääkeriippuvuudesta oli mahdollista, jos henkilöllä oli hoitomotiivatiota ja hän hakeutui hoitoon ja lääkevieroitukseen. Joissakin tapauksissa tilanne korjautui niin, että päihtyneenä työskennellyt lääkäri sai seurannan jälkeen jatkaa työskentelyään samassa yksikössä. Rajoitetuin lääkärin oikeuksin työskennellyt lääkäri oli suoriutunut hyvin töistään rajoituksen aikana ja oli toipunut aiemmin työtään hai-

tanneesta sairaudesta, joten hän sai takaisin täydet lääkäriosoikeutensa. Samoin oli käynyt hammaslääkärille, jonka ammatillinen toimintakyky oli heikentynyt lääkkeiden väärinkäytön takia. Hän oli kuitenkin seurannassa vieroittunut lääkeriippuvuudestaan saaden siten mahdollisuuden jatkaa ammatinharjoittamistaan.

”lääkärillä ei enää todettu olevan mitään sellaista terveydellistä tai psykososiaalista ongelmaa, josta aiheutuisi vaaraa potilasturvallisuudelle”

”työt oli kuitenkin pystynyt hoitamaan, oli vieroittunut lääkeriippuvuudesta seurannan aikana”

TEO:n päätöksistä vakavin oli ammatinharjoittamisoikeuden poistaminen toistaiseksi yhden lääkärin osalta, toisen kohdalla rajoitettiin lääkärin ammatinharjoittamista siten, että häntä kiellettiin toistaiseksi määräämstä apteekista PKV -lääkkeitä ja varsinaisia huumausaineita. Muut lääkärit saivat joko kirjallisen varoituksen, huomautuksen vastaisen toiminnan varalle tai heidän ammatinharjoittamistaan seurattaisiin jatkossa.

5.2.3 Puuttuminen väärinkäyttöön meneviin lääkemääräyksiin

Puuttuminen väärinkäyttöön meneviin lääkemääräyksiin muodostui yläluokista ilmoitukset väärinkäyttöön määräävästä lääkäristä, apteekkien ilmoituksissa keskeistä suuret lääkeannokset ja jo aiemmin puututtu PKV -lääkkeiden määräämiseen (Taulukko 9).

Taulukko 9. Puuttuminen väärinkäyttöön meneviin lääkemääräyksiin

ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
<p>Poliisi, lääninhallitus ja apteekit ilmoittaneet päihderiippuvaisille määräävästä lääkäristä</p>	<p>Ilmoitukset väärinkäyttöön määräävästä lääkäristä</p>	<p>Puuttuminen väärinkäyttöön meneviin lääkemääräyksiin</p>
<p>Poliisi ilmoitti väärinkäyttöön määränneestä lääkäristä</p>		
<p>Poliisin huumerosyksikkö ja 7 apteekkia ilmoittivat väärinkäyttöön määräävästä lääkäristä</p>		
<p>Terveyskeskuksen ylilääkäri oli ilmoittanut suuria määriä PKV -lääkkeitä määränneestä yleislääkäristä</p>		
<p>Apteekin kanssa olleesta sopimuksesta huolimatta määrännyt runsaasti väärinkäyttöön meneviä lääkkeitä</p>	<p>Apteekkien ilmoituksissa keskeistä runsaat lääkemääräykset</p>	
<p>Apteekki ilmoittanut lääkäristä, johon oli toistuvasti oltu yhteydessä holtittomasta lääkkeiden määräämiskäytännöstä</p>		
<p>Lääkäriä jo aiemmin kielletty määräämästä huumausaineita ja PKV -lääkkeitä</p>	<p>Jo aiemmin puututtu PKV -lääkkeiden määräämiseen</p>	
<p>Aiemmin jo huomautettu lääkkeiden määräämisestä</p>		

Ilmoitukset väärinkäyttöön määräävästä lääkäristä

Usea eri taho, kuten apteekit, poliisi ja työnantaja, ilmoittivat väärinkäyttöön määräävästä lääkäristä. Lääkäri (lääkärit) oli toistuvasti määrännyt mitä ilmeisimmin väärinkäyttöön meneviä lääkkeitä. Osa lääkkeistä oli kirjoitettu omalle nimelle, mutta selvitysten perusteella lääkkeet menivät esimerkiksi lähiomaiselle, jolle oli kehittynyt pitkäaikaisesta PKV -lääkkeen

käytöstä lääkeriippuvuus ja toleranssi. Aptekeissa puututtiin myös tilanteisiin, joissa lääkäri kiersi PKV -lääkkeiden määräämisestä saamaansa kieltoa määräämällä samalla tavoin vaikuttavaa lääkettä tai kun lääkäri oli määrännyt ja uusinnut suuria määriä PKV -lääkkeitä ystävilleen ja tutuilleen vastaanoton ulkopuolella. Työnantajan edustajalta tuli ilmoitus yleislääkäristä, joka oli määrännyt PKV -lääkkeitä ja erityisesti buprenorfiinia, kodeiinia sisältäviä kipulääkkeitä ja zopiklonia nukahtamislääkkeenä reilusti yli suositellun päiväannoksen.

Apteekkien ilmoituksissa keskeistä runsaat lääkemääräykset

Aptekeilla oli kaiken kaikkiaan hyvin merkittävä osuus väärinkäyttöihin puuttumisessa, koska ne olivat viime kädessä se taho, joka puuttui säännösten vastaisiin määräyksiin. Ennen ilmoittamista, aptekeissa oli yritetty vaikuttaa säännösten vastaisia määräyksiä kirjoittaneisiin lääkäreihin tekemällä muun muassa apteekkisopimuksia tai ottamalla toistuvasti yhteyttä lääkäreihin. Kumpikaan keinoista ei kuitenkaan tuottanut tulosta. Huume- ja lääkeaineriippuvaisen potilaan kanssa oli tehty hoito- ja apteekkisopimus, jota potilas ei ollut noudattanut. Muut saman terveydenhuoltoyksikön lääkärit olivat kieltäytyneet määräämästä lääkkeitä, jotka hyvin todennäköisesti menivät väärinkäyttöön ja ulkopuolisille. Vuosien varrella runsaita lääkemääräyksiä kirjoittaneelle lääkärille oli keskittynyt moniongelmaisia potilaita, joista suurin osa oli nuoria. Lääkäri oli yksityisvastaanotollaan hoitanut toistuvasti väärinkäyttöön soveltuvilla rauhoittavilla lääkeaineilla huumausaineiden käyttäjiä tekemättä valvottuja huumetestejä. Lääkäri oli osin tietoinen potilaidensa riippuvuudesta vieroitusoireiden muodossa, mutta oli siitä huolimatta jatkanut lääkityksiään ja ylläpitänyt siten heidän riippuvuuksiaan.

”apteekin ilmoituksen mukaan määräsi säädöstenvastaisesti pro auctore - määräyksellä keskushermostoon vaikuttavia PKV -lääkkeitä”

”lääkäri ei noudattanut PKV -lääkkeitä määrätessään lääkkeen määräämisestä annetussa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (726/2003) edellytettyä huolellisuutta ja varovaisuutta”

Jo aiemmin puututtu PKV -lääkkeiden määräämiseen

Poliisin humerikosyksikkö tutki lääkäriä, joka oli samanaikaisesti kun oli määrännyt suuria määriä väärinkäyttöön soveltuvia lääkkeitä, sanottu irti työpaikastaan muun muassa huonon käytöksen takia. Osalla lääkäreistä ja hammaslääkäreistä oli jo aikaisemmin annetut rajoituk-

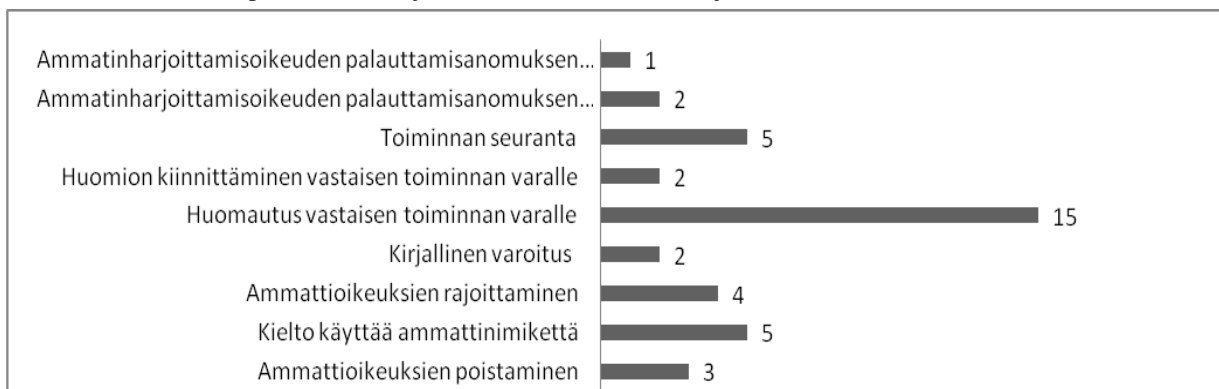
set harjoittaa ammatiaan. Hammaslääkärin työpaikasta tuli ilmoitus hammaslääkäristä, jolla oli ennestään rajoitettu oikeus toimia ammatissaan vain toisen hammaslääkärin johdon ja valvonnan alaisena. Hän oli siitä huolimatta pro auctore -määrännyt itselleen PKV -lääkkeisiin kuuluvaa loratsepaamia äärimmäiseen ammatiaan rajoittavan päätöksen aiheuttamaan ahdistukseensa. Aikaisemmasta lääkkeiden määräämistä koskevasta huomautuksesta huolimatta lääkäri oli jatkanut PKV -lääkkeiden määräämistä epäasianmukaisesti. Tämänkaltaisten määräysten takana olevalla lääkäriellä oli usein myös oma lääkeriippuvuus, ongelmallista alkoholin käyttöä tai psyykkisiä sairauksia, joiden takia hänen oli vaikea suoriutua töistään asianmukaisesti. Lääkärin työsuhde oli purettu joskus jopa neljästi edellä mainituista syistä johtuen.

”lääkäriellä todettiin kaksisuuntainen mielialahäiriö, alkoholiriippuvuus, osteluhimo sekä sekamuotoinen persoonallisuushäiriö, lääkärin todettiin olevan työkyvytön lääkärin työhön”

5.3 Ratkaisupäätökset lääkkeiden väärinkäyttöön

Kuviossa 11. on esitetty ratkaisupäätösten kvantitatiivinen erittely: ammatinharjoittamisoikeuden palauttamisanomuksen hyväksyminen 1, ammatinharjoittamisoikeuden palauttamisanomuksen hylkääminen 2, toiminnan seuranta 5, huomion kiinnittäminen vastaisen toiminnan varalle 2, huomautus vastaisen toiminnan varalle 15, kirjallinen varoitus 2, ammattioikeuksien rajoittaminen 4, kieltä käyttää ammattinimikettä 5 ja ammattioikeuksien poistaminen 3. Taulukossa 10. näkyvät kaikki lääkkeiden väärinkäytöksiä kuvanneet päätökset vuosina 2005 ja 2006. Taulukon kuvio osoittaa selkeästi, että eniten on annettu huomautuksia vastaisen toiminnan varalle.

Taulukko 10. TEO:n päätösten (39) jakautuminen vuosina 2005 ja 2006



Anomus ammattioikeuksien palauttamiseksi sisälsi kolme anomusta, joista yksi hyväksyttiin ja kaksi hylättiin. Hyväksytyssä anomuksessa rajoitetuin lääkäri toimi toiminut lääkäri oli toipunut aiemmin potilasturvallisuutta vaarantaneesta sairaudestaan ja suoriutunut hyvin töistään, joten selvityksen perusteella ei enää ollut sellaista terveydellistä tai psykososiaalista ongelmaa, josta aiheutuisi vaaraa potilasturvallisuudelle.

Kahden muun lääkärin anomukset ammattioikeuksien palauttamiseksi hylättiin, koska lääkäri ei ollut esittänyt anomuksensa liitteeksi sellaista selvitystä nykyisestä terveydentilastaan ja toimintakyvystään, joka olisi osoittanut hänet toimintakyvyltään sellaiseksi, että hänelle asetettu kieltä määrätä varsinaisia huumausaineita ja PKV -lääkkeitä olisi mahdollista poistaa. Toisessa tapauksessa lääkärin käsitykset asetuksen edellyttämistä huolellisuudesta ja

varovaisuudesta poikkesivat siitä, mitä terveydenhuollon ammattilaiselta säännösten mukaan vaaditaan, joten hänen anomuksensa hylättiin.

Toiminnan seuranta TEO totesi seuraavansa viidessä tapauksessa, jotka kaikki koskivat lääkärin ammatinharjoittamisen asianmukaisuutta. Kolmessa tapauksessa kuhunkin TEO antoi lisäkehotuksen toiminnan asianmukaisuuden suhteen. Näitä olivat kehoitus hankkia täydennyskoulutusta päihderiippuvaisten hoidosta, TEO lupasi tehdä myöhemmin reseptiselvityksen lääkärin lääkemääräyksistä ja huomautus lääkärille, että hän toimii terveydenhuollon ammattilaisena myös hoitaessaan tuttaviaan, ystäviään tai perheenjäseniään.

Huomion kiinnittäminen vastaisen varalle käsitteli pro auctore -määräyksen virheellistä käyttöä. Hammaslääkärillä ei ollut oikeutta itsenäisesti harjoittaa ammattiaan eikä siten oikeutta hankkia PKV -lääkkeitä pro auctore -määräyksellä tarkoitukseen, joka ei ollut hammaslääkinnällistä tai hammaslääketieteellistä. Toisessa päätöksessä hammaslääkäri oli myös hankkinut pro auctore -määräyksellä lääkkeitä oman sairautensa hoitoon, jolloin tässäkin tapauksessa lääkkeet eivät olleet tarkoitettu käytettäväksi ammatinharjoittamisen yhteydessä.

Huomautus vastaisen toiminnan varalle oli tutkimusaineiston käytetyin ratkaisupäätös. Huomautusta oli käytetty joka neljännessä (15) päätösten kokonaismäärästä 39. Osa huomautuksista koski PKV -lääkkeiden määräämiseen liittyviä käytäntöjä, joissa oli puutteita huolellisuudessa ja varovaisuudessa lääkkeitä määrättäessä. Vajaassa kolmannessa (6) päätöksistä huomautettiin potilasasiakirjojen puutteellisuudesta, joihin tulisi merkitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (L785/1992) ja potilasasiakirjojen laatimisesta annetun asetuksen (A99/2001) mukaiset merkinnät potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan turvaamiseksi laaditut laajuudeltaan riittävät tiedot.

Lopuissa huomautuksissa (6) kehoitettiin lääkäreä laatimaan potilasasiakirjat myös perheenjäsentensä hoidosta, varsinkin siinä tapauksessa, kun on kyse pitkäaikaisesta ja toistuvasta lääkehoidosta. Huomautuksissa korostettiin myös pro auctore ja alkoholi -määräysten kirjanpitovelvollisuudesta ja kehoitettiin etanolin sijasta käyttämään vastaanotolla asianmukaisempia ihonpuhdistusvalmisteita.

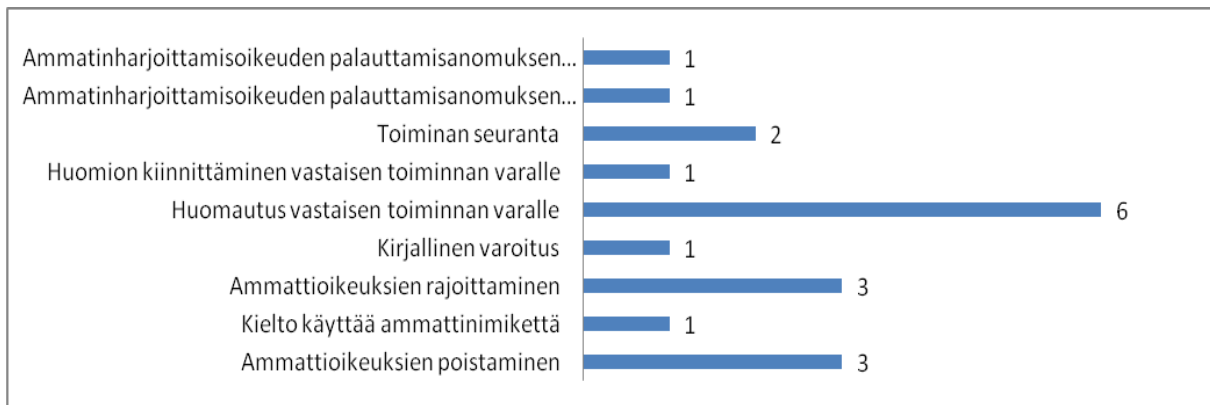
Kirjallinen varoitus koski kahta lääkäriä ja lääkkeiden määräämiskäytäntöjä, jotka vaaransivat potilasturvallisuuden. Toinen lääkäreistä oli aiemmin saanut huomautuksen lääkkeiden määräämiskäytännöistään ja puutteellisista potilasasiakirjamerkinnöistä, jotka edelleen sisälsivät aiemmankaltaisia vakavia puutteita. Toista lääkäriä kehoitettiin asetuksen mukaiseen huolellisuuteen ja varovaisuuteen lääkemääräyksissään hänen hoitaessaan päihdeongelmaisia potilaita ja suunnittelemaan heidän hoitonsa kokonaisvaltaisemmin. Lääkärin oma PKV -lääkkeiden tarve tulisi siirtää toisen lääkärin hoidettavaksi.

Ammattioikeuksien rajoittaminen koski kolmea lääkäriä ja yhtä sairaanhoitajaa. Kahden lääkärin ammatinharjoittamisen rajoittamisessa oli kyse lääkkeiden määräämisen rajoittamisesta. Kummallakin lääkärillä oli ennestään voimassa oleva kieltä määrätä PKV -lääkkeitä tai buprenorfiinia, mikä ei kuitenkaan ollut estänyt kyseisen lääkeaineen määräämistä tai PKV -lääkkeiden tavoin vaikuttavan lääkkeen määräämistä. Kolmannen lääkärin kohdalla oli kyse potilasturvallisuutta vaarantaneesta alkoholin käytöstä ja sairaanhoitajan tilanteesta ammatinharjoittamisen rajoittamisen syynä oli opiaattiriippuvuus ja lääkkeiden anastaminen riippuvuuteen aiheuttaen riskin potilasturvallisuudelle. Näiden syiden takia molemmat saivat jatkossa toimia vain toisen, itsenäisesti ammattiaan harjoittavan lääkärin johdon ja valvonnan alaisena julkisyhteisön ylläpitämässä terveydenhuoltoyksikössä. Sairaanhoitajan rajoitus koski myös lääkkeiden käsittelyoikeutta siten, että hän ei saa käsitellä PKV -lääkkeitä eikä varsinaisia huumausaineita.

Kielto käyttää ammattinimikettä (5) oli aiheellinen, koska kyseessä oli vakava potilasturvallisuuden vaarantumisen uhka lääkkeiden väärinkäytön ja lääkeaineriippuvuuden takia, jos henkilöt saisivat jatkaa ammatinharjoittamistaan. Osassa tapauksia kieltä astui voimaan heti tilanteen tultua TEO:n tietoon ja jo ennen kuin henkilöitä kuultiin asiasta. Kieltojen kohteina oli muun muassa lähihoitaja, jota kiellettiin myös kahden vuoden määräajalla olemaan toimimatta opiskelijana ammattihenkilön tehtävissä terveydenhuollon toimintayksiköissä. Apuhoitajaa kiellettiin toistaiseksi käyttämästä apuhoitajan ammattinimikettä, koska hän oli lääkeriippuvuutensa ja toistuvien lääkeanastustensa vuoksi aiheuttanut riskin potilasturvallisuudelle. Hän ei myöskään kyennyt tunnistamaan tai hallitsemaan riippuvuuttaan, sillä häneltä oli aiemmin poistettu oikeus toimia sairaanhoitajan ammatissa. Muita ammatinharjoittamiskiellon saaneita olivat sairaanhoitaja ja anestesia lääkäri, jota kiellettiin toimimasta myös muissa kuin anestesia lääkäriin tehtävissä.

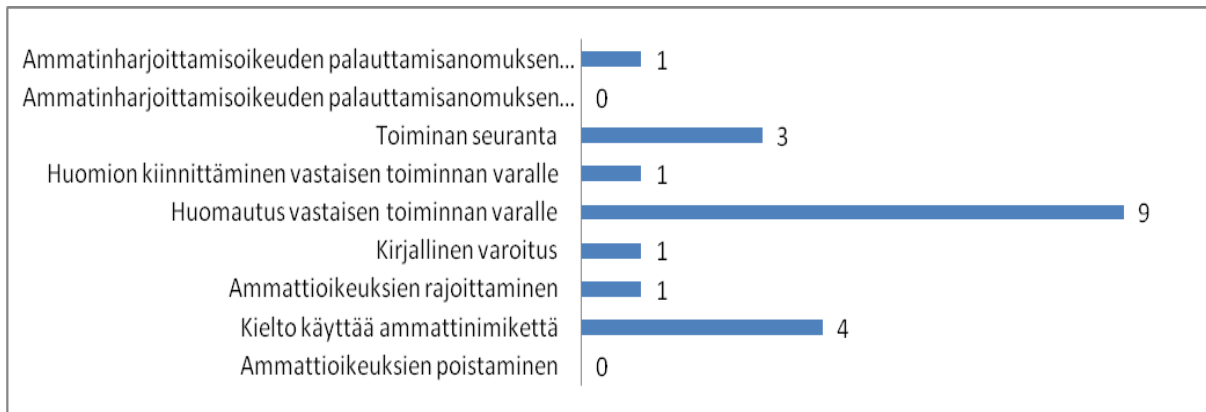
Ammattioikeudet poistettiin toistaiseksi kolmelta henkilöltä vuonna 2006, sairaanhoitajalta, farmaseutilta ja lääkäriltä. Sairaanhoitaja oli anastanut pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavia (PKV) lääkkeitä lääkeaineriippuvuuteensa. Anastaminen oli ollut toistuvaa ja hänen katsottiin lääkeaineriippuvuutensa ja lääkkeiden väärinkäyttönsä takia olevan vaaraksi potilasturvallisuudelle, jos hänen annettaisiin edelleen toimia sairaanhoitajan ammatissa. Lääkkeiden väärinkäyttö ja toistuvasti myös alkoholin vaikutuksen alaisena työskentely olivat vastoin ammatin edellyttämiä valppautta, tarkkuutta ja päätöksentekokykyä. TEO poisti sairaanhoitajalta oikeuden harjoittaa sairaanhoitajan ammattia. Farmaseutti oli TEO:n määräämissä tutkimuksissa todettu lääkeaineriippuvaiseksi ja persoonallisuudeltaan epävakaaksi, joten potilasturvallisuuden varmistamiseksi häneltä poistettiin oikeus toimia farmaseutin ammatissa. Lääkärin ammattioikeuksien poiston takana oli epäasianmukainen toiminta lääkeaineriippuvuutta ylläpitävän lääkehoidon jatkamisena, mikä oli potilasturvallisuutta vaarantavaa. Monien potilaiden riippuvuudet olisivat edellyttäneet moniammatillista yhteistyötä. Lääkärin terveydentilaselvityksen mukaan hän oli kykenemätön toimimaan lääkärinä ja TEO poisti hänen ammatinharjoittamisoikeutensa.

Taulukko 11. TEO:n päätökset vuonna 2005 (19)



Taulukoissa 11 ja 12 on esitetty kuvioina, miten päätökset eroavat vuosina 2005 ja 2006. Molemmista erottuvat selvästi ratkaisupäätökset, joissa on annettu huomautus vastaisen toiminnan varalle.

Taulukko 12. TEO:n päätökset vuonna 2006 (20)



6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

6.1.1 Lääkkeiden väärinkäyttö

Hoitajien lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski

Hoitajien ja farmaseutin lääkkeiden väärinkäytön aiheuttajina tuli tutkimuksessa esille pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien (PKV) lääkkeiden sekä varsinaisiin huumausaineisiin kuuluvien lääkkeiden käyttö, mikä johti potilasturvallisuuden vaarantumisen riskiin. Pääosin lääkkeitä oli saatu anastamalla niitä toistuvasti työpaikkojen lääkekaapeista tai hankkimalla lääkkeitä lukuisilta eri lääkäreiltä. Lääkkeiden pitkäaikaisessa käytössä henkilöille oli kehittynyt lääkeaineriippuvuus, johon liittyi vaillinainen kyky tunnistaa ja hallita tilannettaan ja siten heikentynyt motivaatio hoitaa itseään. Heidän työkykyisyytensä heikentyi. Suosituksista ja kehotuksista huolimatta hoitajat eivät suostuneet työkyvyn arviointiin tai hoitoon.

Tämän tutkimuksen perusteella lääkkeiden väärinkäyttö ja siitä aiheutunut lääkeaineriippuvuus johtavat potilasturvallisuuden vaarantumiseen. Tämä tukee aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan lääkeriippuvuudesta johtuvassa lääkkeiden väärinkäytössä piilee vaara vahingoittaa ensisijassa potilaita, mutta myös yksilöitä itseään, sairaanhoitajia ammattiryhmänä sekä sairaalan mainetta (Cobb 2009; Pooler et al. 2009). Tämän tutkimuksen mukaan väärinkäyttö oli saattanut jatkua pitkään, jopa vuosikymmeniä, ennen kuin asia tuli julki. Hoitoon hakeutumattomuus kehotuksista ja suosituksista huolimatta oli heikkoa. Syitä hoitoon hakeutumattomuudelle voidaan hakea aikaisemman tutkimuksen perusteella organisaation menettelytavoissa, jotka heikkoina tai tehottomina saattavat olla esteenä avun hakemiselle tai estävät työtovereita tuomasta esille epäilyjäänsä kollegansa mahdollisesta lääkkeiden väärinkäytöstä (Trinkoff & Storr 1998; Dunn 2005b; Monroe & Kenaga 2011, 8).

Tutkimuksessa esille tulleen farmaseutin lääkkeiden väärinkäyttöön liittyi lääkeaineriippuvuus, jonka takia hän oli toistuvasti anastanut työpaikaltaan riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä. Riskin väärinkäytön aloittamiseen on todettu olevan sidoksissa erityispiirteisiin, jotka ovat luonteeltaan vain farmasian alalle. Näitä ovat aiemman tutkimuksen perusteella farmaseutin ammatin tarjoama ainutlaatuinen mahdollisuus käsitellä lääkkeitä, stressaava työympäristö, työkuulttuuri, joka epävirallisesti suvaitsee lääkkeiden ”välistä vedon” työntekijän

omaa käyttöön, riippuvuuden kehittymiseen liittyvän tiedon puute sekä tuen puuttuminen hoitoon hakeuduttaessa. (Merlo et al. 2012.)

Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö potilasturvallisuusriski

Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön vaikuttivat lääkemääräysten ja pro auctore -määräysten väärinkäyttö lääkeriippuvuuteen, joka johti potilasturvallisuuden vaarantumisen riskiin ja muutoksiin työkykyvyssä. Väärinkäytetyt lääkkeet olivat pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavia ja varsinaisiin huumausaineisiin kuuluvia lääkkeitä. Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön liittyi olennaisesti oikeus lääkkeiden määräämiseen ja pro auctore -määräyksiin. Pro auctore -määräyksellä lääkäri tai hammaslääkäri voi hankkia ainoastaan ammattinsa harjoittamisessa tarvitsemiaan lääkkeitä lääkkeiden määräämisestä olevan asetuksen 1088/2010 mukaisesti (www.finlex.fi). Pääasiassa keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä oli määrätty joko omaan tai nimellisesti lähiomaisen käyttöön sekä lääkemääräyksillä että pro auctore -määräyksillä. Yleensä lääkemääräykset olivat runsaita ja niiden pitkäaikaiseen käyttöön liittyi lääkeriippuvuuden kehittymisen vaara. Lääkkeet käytettiin valtaosaltaan omien fyysisten tai psyykkisten ongelmien lääkitsemiseen, joille ei löytynyt lääketieteellistä perustelua potilasasiakirjojen puutteellisuuden johdosta.

Tässä tutkimuksessa lääkäreiden väärinkäyttämät lääkkeet olivat pääosin lääkäreiden itsensä määräämiä tai pro auctore -määräyksiä. Lääkäreiden määräykset väärinkäyttötarkoituksessa ovat harvoin esille tuotu ongelma. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset laajan yhdysvaltalaisen (Gummings 2011, 198) tutkimuksen kanssa, jossa tuli esille lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttö. Lääkkeitä oli saatu anastamalla niitä sairaalasta, kavaltaen potilaille tarkoitettuja lääkemääräyksiä, käyttämällä lääkenäytteitä sekä kirjoittamalla lääkereseptejä omaan käyttöön. Esimerkkinä anastuksista anestesia- ja lääkäri oli aloittanut lääkkeiden väärinkäytön käyttämällä työpäivän lopuksi potilailta ylijääneet lääkkeet itselleen tai käyttänyt lääkkeitä injektioita, joista hän oli injisoinut potilaille vain puolet tarkoituksenmukaisesta annoksesta (Gummings et al. 2011, 199). Lääkkeiden määrääminen omaan käyttöön tuli esille myös tässä tutkimuksessa, jossa omaan käyttöön määrättyt lääkkeet oli tarkoitettu yleensä fyysisten oireiden lievittämiseen. Aikaisemman tutkimuksen mukaan psyykkisten ongelmien hoitamiseksi lääkärit olivat saaneet luotettavia lääkemääräyksiä toisilta lääkäreiltä. Lääkeresepien saaminen koettiin luottamuksen osoitukseksi toista lääkäriä kohtaan. (Gummings et al. 2011, 200.)

Tämä poikkeaa tämän tutkimuksen tuloksista, joiden mukaan lääkärit olivat hankkineet lääkkeitä pro auctore -määräyksillään psyykkisten ongelmiansa hoitamiseksi.

Potilasturvallisuuden vaarantuminen lääkkeiden väärinkäytön takia tuli esille tässä tutkimuksessa. Cummings et al. (2011) pitävät lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöä potilaiden kannalta merkittävänä uhkana, koska lääkäritkään eivät ole immuuneja lääkeriippuvuudelle. Lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön liittyy itsemurhariski, mikä ei tässä aineistossa tullut esille. Tutkimusten (Jungerman et al. 2012; Austin et al. 2013) mukaan vaikea-asteinen masennus ja lääkkeiden väärinkäyttö yhdessä lisäävät itsemurhariskiä, erityisesti anestesiaalääkäreiden keskuudessa. Tässä tutkimuksessa anestesiaalääkäreiden väärinkäyttö ei tullut korostuneesti esille, mutta anestesiaalääkärit ovat aikaisempien tutkimusten mukaan alttiimpia ja herkempiä lääkkeiden väärinkäytölle kuin muut lääkärit. Syinä tälle voidaan pitää työympäristöä, jossa lääkkeitä on helposti saatavissa sekä toisena syynä yksilöllinen alttius ja herkkyys opioidien käytölle. (Garcia-Guasch et al. 2012; Jungerman et al. 2012; Austin et al. 2013.) Lääkkeiden väärinkäyttö alkaa usein työyksikössä ja kliinisen työn ensimmäisenä vuotena, joten anestesiologien lääkeriippuvuutta pidetään työperäisenä ongelmana. On myös todisteita, että leikkaussalissa laajalti käytettävistä fentanyylistä ja propofolista jää leikkaussalin ilmaan aerosolipartikkeleita, jotka saattavat aiheuttaa neurobiologista herkistymistä. (Palhares-Alves et al. 2012.)

Kuten tutkimuksessa tuli esille, lääkeriippuvuudesta ja lääkkeiden väärinkäytöstä voi toipua. Tämä edellyttää aktiivista hoitoon hakeutumista ja motivaatiota parantumiseen. Lääkäreiden on kuitenkin muita väestö- tai ammattiryhmiä vaikeampi hakea apua väärinkäyttöönsä (Larsen 1982). Syynä on pelko seurauksista, jotka vaikuttavat jatkossa oikeuteen harjoittaa lääkärin ammattia (Palhares-Alves et al. 2012).

Lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön lääkeriippuvuutta ylläpitävä tekijä

Lääkäri oli usein tietoinen siitä, että toiminnallaan ylläpiti potilaidensa lääkeaineriippuvuutta. Selityksenä oli luottamus ja auttamisenhalu. Usko lääkkeiden välttämättömyydestä sai lääkärin kirjoittamaan lääkemääräyksiään varmistumatta itse kuitenkaan lääkkeen todellisesta tarpeesta. Tyypillistä tilanteille oli potilasasiakirjojen puutteellisuus tai täydellinen puuttuminen, minkä vuoksi lääkemääräyksiä voitiin pitää lääkkeellisesti tai lääketieteellisesti perustelemattomina. Seurauksena oli lääkeriippuvuus, joka johtui suositusannoksia runsaammista ja tiheämmin kirjoitetuista lääkemääräyksistä. Tämänkaltaisten määräysten takana olevalla lääkä-

rillä oli usein myös omia lääkeriippuvuuksia, ongelmallista alkoholin käyttöä tai ongelmia suoriutua töistään asianmukaisesti, joiden takia lääkärin työsuhde oli purettu. Väärinkäytössä oli keskeistä vakavasti lääkeaineriippuvaisten nuorten huumausaineiden käyttäjiä keskittymisen tietyille lääkäreille ilman, että heillä olisi ollut riittävää asiantuntemusta päihderiippuvaiden hoidosta. Määrääminen oli kaksinkertaistunut ja nuorten potilaiden osuus kolminkertaistunut

Tämä tutkimus osoitti, että runsaat ja liian tiheästi kirjoitetut lääkemääräykset saivat potilaissa aikaan lääkeriippuvuuden kehittymisen. Tämä on todettu myös aikaisemmassa tutkimuksessa, jonka mukaan lääkkeiden päätyminen väärinkäyttöön aiheuttaa ongelmia lääkkeitä määränneelle lääkärille ja erityisenä ongelmana se altistaa väärinkäyttäjät lääkeriippuvuuden kehittymiselle (Cummings et al.2011). Samaan tulokseen on päädytty yhdysvaltalaisen kansallisen päihdeinstituutin (NIH 2012) tutkimuksessa, jonka mukaan lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön johtaa lääkeriippuvuuteen yliannostusten ja ei-lääkinnällisen käytön takia.

Nuorten väärinkäyttäjien määrän lisääntyminen tulee esille tässä tutkimuksessa. Hamiltonin (2012) mukaan nuorison käyttämät lääkkeet ovat lähinnä kipulääkkeitä sekä keskittymiskykyyn ja ylivilkkauteen määrättyjä lääkkeitä (Setlik et al 2009). Nuorten lääkkeiden väärinkäyttö on alkanut usein ystävän tai sukulaisen antamasta lääkkeestä (Johnston et al. 2009). Väärinkäyttöön liittyy muitakin ongelmia kuten heikko opiskelumenestys, laittomien huumeiden käyttö ja mielenterveydenongelmat sekä lääkkeiden myyminen ikätovereille (DuPont 2010).

Yleisesti luullaan, että laillisella lääkemääräyksellä hankitut lääkkeet olisivat turvallisempia kuin niin sanotut ”laittomat huumeet”. Tämä pätee ainoastaan silloin, kun laillisesti kirjoitettuja lääkkeitä otetaan tarkoitustaan vastaavasti ja suositeltua annosta käyttäen. Väärinkäytetyt lääkkeet hankitaan usein tablettimuodossa, mutta väärinkäytössä tabletit murskataan, liuotetaan nesteeseen ja injisoidaan suonensisäisesti, mikä nopeuttaa lääkkeen imeytymistä verenkiertoon ja aivoihin vahvistaen niiden vaikutusta. Lääkkeen aiheuttaman, toistuvan hyvänolontunteen etsiminen saa aikaan riippuvuuden kehittymisen. (NIH 2012.) Tämän tutkimuksen tulokset toivat esille sen, että lääkärit kirjoittivat ilmeiseen väärinkäyttöön meneviä lääkemääräyksiä runsaita määriä, jopa vuoden tarvetta varten. Tämä tukee aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan lääkemääräyksillä hankittujen väärinkäyttöön tarkoitettujen lääkkeiden määrä on saanut valtavat mittasuhteet ja se on yhdistettävissä suoraan lääkäreihin sekä lääk-

keitä ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin käyttäviin potilaisiin. Ongelma on yhtäläinen kaikkialla maailmassa, niin kehittyneissä kuin kehittyvissäkin maissa. (DuPont 2010.)

Mahdollista lääkeriippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden määrääminen on eettinen ongelma, sillä lääkäri ei aina voi olla täysin varma lääkkeen asianmukaisesta käytöstä. Tässä tutkimuksessa lääkärit olivat kirjoittaneet lääkemääräyksiä pääasiassa keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä muun muassa puhelimitse näkemättä potilasta. Potilaan tilanteen kartoitus on erityisen tärkeää ja mahdollinen jälkiseuranta paikallaan. Aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että erityisen tarkka on oltava tapauksissa, joissa lääkkeitä määrättäessä herää hienoistakin epäilyä mahdollisesta väärinkäytöstä. Toisaalta lääkärin olisi pystyttävä erottamaan lääkkeitä väärinkäyttöön hakevat potilaat todellisessa tarpeessa olevista kipupotilaista. (Finch 1993, 237; Isaacson 2000, 473.) Jos nykyinen suuntaus jatkuu, tulee laillisesti määrättyjen lääkkeiden väärinkäytöstä tätä vuosikymmentä määrittävä ongelma. (DuPont 2010.)

6.1.2 Puuttuminen lääkkeiden väärinkäyttöön ja määrämiseen

Puuttuminen hoitajien ja farmaseutin lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi

Työnantajan puuttuminen hoitohenkilökunnan lääkeriippuvuuteen ja työyksiköissä tapahtuneisiin toistuviin lääkeanastuksiin tapahtui varsin myöhäisessä vaiheessa, kun tilanteet olivat tyypillisesti jatkuneet jo erittäin pitkään, jopa kymmeniä vuosia. Anastukset olivat tapahtuneet joko sairaanhoitajana tai apu- tai lähihoitajana sairaanhoitajan sijaisuuksissa, sekä farmaseutina. Osassa tapauksia työnantaja oli sopinut pistokokein otettavista huumesuoloista ja rajoittanut sairaanhoitajan lääkkeiden käsittelyoikeutta. Työnantaja oli myös suositellut työkyvyn arviointia ja lääkevieroitukseen hakeutumista, joihin ei kuitenkaan ollut suostuttu. Farmaseutilla oli TEO:n määräämissä tutkimuksissa todettu lääkeaineriippuvuus ja epävakaa persoonallisuus, ja siten soveltumattomuus toimia farmaseutin ammatissa. Työntekijän hoitomotivaation puuttuessa, työnantajan oli joko irtisanottava työntekijä tai ehdotettava työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä tai tehtävä ilmoitus Terveystieteiden tutkimuskeskukseen. Lääkeriippuvuudesta kärsivä hoitoalan ammattilainen todettiin olevan erityisen suuri uhka potilasturvallisuudelle, varsinkin jos hän työskentelee itsenäisenä ammatinharjoittajana ilman välitöntä valvontaa

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, etteivät hoitajat hakeutuneet hoitoon suosituksista huolimatta. Aikaisemman tutkimustiedon mukaan ajoissa hoitoon hakeutumisen esteinä voivat olla heikot tai tehottomat menettelytavat ongelman tunnistamisessa ja hoitoon ohjauksessa. On myös osoitettu, että varhainen puuttuminen ja työntekijöiden tukeminen ovat olennaisia tekijöitä, joilla voidaan luoda ilmapiiri, joka ei syytä vaan tukee ongelmahenkilöä hänen pyrkimyksissään kohti toipumista. Tuen on oltava luottamuksellista eikä siinä saa olla piirteitä rankaisemisesta. (Monroe & Kenaga 2011, 504.) Tässä tutkimuksessa työympäristöön liittyvät tekijät eivät tulleet esille, mutta aiemmissa tutkimuksissa on tuotu esille joitakin toimenpiteitä työyhteisöjen avoimuuden kehittämiseksi. Näitä ovat luottamuksellisen ilmapiirin luominen, toimenpiteiden kehittäminen työstä aiheutuvan stressin vähentämiseksi sekä sellaisten menettelytapojen suunnitteleminen, joiden avulla lääkkeiden väärinkäytön kaltaiset ongelmatilanteet voidaan ottaa esille joko käyttäjän itsensä tai työtovereiden esille tuomina (Hughes 1995; Lillibridge et al. 2002; Spicer & Miller 2005).

Puuttuminen lääkäreiden lääkkeiden väärinkäyttöön potilasturvallisuuden varmistamiseksi

Työnantajien ja työtovereiden ilmoitukset koskivat yleensä lääkärin tai hammaslääkärin toistuvaa päihtyneenä tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena työskentelyä. Päihtyneenä työskentelyn lisäksi lääkäreillä saattoi olla muita käytösongelmia työhön liittyen, mikä oli saattanut potilaat tai heidän omaisensa tekemään lukuisia potilasvalituksia. Epäasianmukainen toiminta ja päihtyneenä työskentely oli aiheuttanut ainakin yhden potilastapaturman.

Varhaisen puuttumisen kautta oli toipuminen lääkeriippuvuudesta mahdollista, jos henkilöllä oli hoitomotiivaatiota ja hän hakeutui hoitoon ja lääkevieroitukseen. Joissakin tapauksissa tilanne korjautui niin, että päihtyneenä työskennellyt lääkäri sai seurannan jälkeen jatkaa työskentelyään samassa yksikössä. Rajoitetuin lääkärin oikeuksin työskennellyt lääkäri oli suorittanut hyvin töistään rajoituksen aikana ja hän oli toipunut aiemmin työtään haitanneesta sairaudesta, joten hän sai takaisin täydet lääkäri-oikeutensa. Samoin oli käynyt hammaslääkärille, jonka ammatillinen toimintakyky oli heikentynyt lääkkeiden väärinkäytön takia. Hän oli kuitenkin seurannassa vieroittunut lääkeriippuvuudestaan saaden siten mahdollisuuden jatkaa ammatinharjoittamistaan.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että lääkäreiden oikeus lääkkeiden määräämiseen on keskeinen tekijä lääkkeiden väärinkäytössä. Väärinkäytön seurauksena tapahtuu muutoksia työkyvyssä ja lääkärin alentunut työkyky vaarantaa potilasturvallisuuden. Tämän vahvistaa aikaisempi tutkimus, jonka mukaan lääkemääräyksillä hankittujen lääkkeiden väärinkäyttö on lääkäreiden keskuudessa erityinen ongelma (Merlo & Gold 2008.) Tämän tutkimuksen tuloksista ilmeni, että työtovereiden puuttumisella lääkkeiden väärinkäyttöön oli myönteinen vaikutus hoitoon hakeutumisen suhteen. Samaan tulokseen ovat päätyneet Palhares-Alves et al. (2012) tutkimuksessaan, joka käsitteli anestesiologien lääkkeiden väärinkäyttöä. Sekä potilasturvallisuuden, että lääkärin oman hyvinvoinnin varmistamiseksi on tärkeätä, että lääkärit toimivat vastuullisesti ja aktiivisesti auttavat kollegoitaan ajoissa hakeutumaan tarkoituksenmukaiseen hoitoon. (Palhares-Alves et al. 2012).

Tämä tutkimus ei tuonut esille sellaisia menetelmiä, joilla lääkkeiden väärinkäyttöön olisi kyetty puuttumaan varhaisessa vaiheessa, kun ongelma saattaisi olla vielä korjattavissa. Aikaisemmat tutkimukset osoittavatkin tehokkaiden interventioiden tarpeen, jotta väärinkäyttö lääkäreiden ja erityisesti anestesiologien keskuudessa saadaan vähentymään. (Booth et al. 2002, 1027; Garcia-Goesch, Roige & Padros 2012, 208.) Vaikka tässä tutkimuksessa mikään

lääketieteen erityisala tullut keskeisesti esille, näyttäisi tietyillä erikoisaloilla olevan yhteyttä sairaanhoitajien ja lääkärin alttiuteen sairastua lääkeriippuvuuteen, mikä saattaa juontaa juurensa jo henkilöiden koulutusaikaisista hakeutumisista tietyille erikoisaloille. Ongelman huomioiminen vaatii varhaista tunnistamista ja ongelmakäyttäjien hoitoon ohjausta potilaiden turvallisuuden maksimoimiseksi. (Trinkoff & Storr (1998, 584.)

Puuttuminen väärinkäyttöön meneviin lääkemääräyksiin

Apteekin ilmoituksissa toistuvat PKV -lääkkeiden runsaat määräykset herättivät epäluulon lääkkeiden väärinkäyttöön menemisestä sekä pro auctore -määräyksen väärinkäytöksistä. Apteekkien puuttuminen oli välttämätöntä, sillä piittaamattomuus ilmeni lääkkeiden määräämisestä ja esimerkiksi opioidiriippuvaisten hoidosta olevien säännösten rikkomisena. Lääkeannokset olivat huomattavasti suositeltuja suurempia, ja siten pitkään käytettynä ne aiheuttivat lääkeriippuvuutta. Rajoituksista huolimatta PKV -lääkkeiden epäasianmukainen määrääminen jatkui ilman lääkinnällistä perustetta.

Apteekeilla oli kaiken kaikkiaan hyvin merkittävä osuus väärinkäyttöihin puuttumisessa, koska ne olivat viime kädessä se taho, joka puuttui säännösten vastaisiin määräyksiin. Ennen ilmoittamista, apteekeissa oli yritetty vaikuttaa säännösten vastaisia määräyksiä kirjoittaneisiin lääkäreihin tekemällä muun muassa apteekkisopimuksia tai ottamalla toistuvasti yhteyttä lääkäreihin. Muut saman terveydenhuoltoyksikön lääkärit olivat kieltäytyneet määräämästä lääkkeistä, jotka hyvin todennäköisesti menivät väärinkäyttöön ja ulkopuolisille. Vuosien varrella runsaita lääkemääräyksiä kirjoittaneelle lääkärille oli keskittynyt moniongelmaisia potilaita, joista suurin osa oli nuoria. Lääkäri oli osin tietoinen potilaidensa riippuvuudesta vieroitusoireiden muodossa, mutta oli siitä huolimatta jatkanut lääkityksiään ja ylläpitänyt siten heidän riippuvuuksiaan.

Tämän tutkimuksen tulokset kertovat lääkkeiden väärinkäytöksistä, mutta eivät anna ratkaisuja, kuinka menetellä jatkossa potilasturvallisuuden varmistamiseksi. Ongelman vakavuus erityisesti nuorten väärinkäyttäjien taholla on todettu niin kotimaassa kuin kansainvälisestikin. Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteisen tiedotteen mukaan ammattilaisten olisi panostettava voimansa erityisesti ongelman varhaiseen tunnistamiseen. Päihteiden väärinkäytössä vertaistuen ja matalan kynnyksen palvelut ovat toimivia auttamiskeinoja. (STM & THL 23.9.13.) Yhdysvalloissa ollaan edelläkävijöinä ke-

hittämässä toimenpiteitä, joilla parannetaan yleistä terveyttä ja turvallisuutta. Ennen kuin uusien lääkkeiden määräämistä kontrolloivat strategiat ja mittarit, joilla pystyttäisiin vaikuttamaan lääkkeiden kehittelyyn, lain täytäntöönpanoon ja kansalaisten valistamiseen, saadaan kehitettyä, on hyödyllistä perehtyä lääkemääräyksillä hankittujen väärinkäyttöön käytettävien lääkkeiden nykytilaan. Kirjoitettuihin lääkemääräyksiin perustuva väärinkäytön vähentäminen edellyttää nyt voimassaolevien säännösten sijaan tulevaisuudessa aivan uudenlaisia strategioita (DuPont 2010.) Uusista strategioista esimerkkinä on sähköinen lääkemääräys (eResepti), jonka käyttöönotto Suomessa alkoi julkisissa terveydenhuollon yksiköissä vuonna 2012 jatkuen edelleen. Yksityisissä terveydenhuollon yksiköissä käyttöönotto alkoi vähitellen keväällä 2013. Sähköisen reseptin tavoitteena on potilas- ja lääketurvallisuuden lisääminen lain sähköisestä lääkemääräyksestä (L61/2007) mukaan. Potilaan lääkemääräykset talletetaan reseptikeskukseen. Reseptikeskukseen ja reseptiarkistoon talletettuja tietoja voidaan käyttää hyödyksi terveydenhuollon viranomaistoiminnassa. ([www. finlex.fi](http://www.finlex.fi)).

6.1.3 Ratkaisupäätökset lääkkeiden väärinkäyttöön

Hoitajien ja farmaseutin ammattioikeudet

Hoitajien ammattioikeuksia koskeneet päätökset olivat lähes yksinomaan vakavia. Päätöksiin sisältyi sairaanhoitajan ja farmaseutin ammattioikeuksien poistaminen toistaiseksi sekä neljää eriasteista hoitajaa TEO päätti kieltää käyttämästä ammattinimikettä. Osassa tapauksia kiello astui voimaan heti tilanteen tultua TEO:n tietoon ja jo ennen kuin henkilöitä kuultiin asiasta. Tutkimusaineiston mukaan ammattioikeudet poistettiin vuosina 2005 ja 2006 kahdeksalta terveydenhuollon ammattilaiselta. Perusteluina olivat lääkkeiden väärinkäyttö ja toistuvasti myös alkoholin vaikutuksen alaisena työskentely, joka ei enää vastannut ammatin edellyttämää valppautta, tarkkuutta ja päätöksentekokykyä. Lääkeriippuvuus ja toistuvat lääkeannastukset aiheuttivat riskin potilasturvallisuudelle.

Terveydenhuoltohenkilöstön lääkkeiden väärinkäytökset ovat selvästi kasvaneet viimeisten vuosien aikana. Erityisesti hoitajien kohdalla tilanne on huolestuttavassa kasvussa. Hoitajien toimintaa koskevien ilmoitusten määrä oli vuonna 2006 26 ja vuonna 2008 jo 72 (Valviran lehdistötiedote 4.2.2009). Valvira kehottaakin terveyskeskuksia ja sairaanhoitopiirejä valvomaan ja puuttumaan työntekijöidensä päihde- ja lääkkeiden väärinkäyttöön varhaisessa vai-

heessa, kun ongelmat voitaisiin vielä korjata työnantajan toimenpitein (Valviran ohje 4/2012 19.3.2012).

Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden ammattioikeudet

Lääkärin ammattioikeuksien poiston takana oli epäasianmukainen toiminta lääkeaineriippuvuutta ylläpitävän lääkehoidon jatkamisena Monien potilaiden lääkeriippuvuudet olisivat edellyttäneet moniammatillista yhteistyötä tai hoitoa asianmukaisessa hoitoyksikössä. Toisena tapauksena oli anestesiaalääkäri, joka oli pistänyt itselleen työpaikaltaan anastamiaan bentsodiatsepiinejä työaikana, mikä oli potilasturvallisuutta vaarantavaa. Anestesiaalääkärille annettiin kielto toimia lääkärinä myös muissa kuin anestesiaalääkärin tehtävissä.

Kohtalaisen vakavina päätöksinä voidaan pitää myös ammatinharjoittamisoikeuden rajoittamista, joka koski kolmea lääkäriä ja yhtä sairaanhoitajaa. Kahden lääkärin ammatinharjoittamisen rajoittamisessa oli kyse lääkkeiden määräämisen rajoittamisesta. Kummallakin lääkärillä oli ennestään voimassa oleva kielto määrätä PKV –lääkkeitä tai buprenorfiinia, mikä ei kuitenkaan ollut estänyt kyseisen lääkeaineen määräämistä tai PKV –lääkkeiden tavoin vaikuttavan lääkkeen määräämistä. Kolmannen lääkärin kohdalla oli kyse potilasturvallisuutta vaarantaneesta alkoholin käytöstä ja sairaanhoitajan tilanteessa ammatinharjoittamisen rajoittamisen syynä oli opiaattiriippuvuus ja lääkkeiden anastaminen riippuvuuteen aiheuttaen riskin potilasturvallisuudelle. Näiden syiden takia molemmat saivat jatkossa toimia vain toisen, itsenäisesti ammattiaan harjoittavan lääkärin johdon ja valvonnan alaisena julkisyhteisön ylläpitämässä terveydenhuoltoyksikössä. Sairaanhoitajan rajoitus koski myös lääkkeiden käsittelyoikeutta siten, että hän ei saa käsitellä PKV –lääkkeitä eikä varsinaisia huumausaineita. Kirjallinen varoitus koski kahta lääkäriä ja lääkkeiden määräämiskäytäntöjä, jotka vaaransivat potilasturvallisuutta.. Lääkärin oma PKV –lääkkeiden tarve tulisi siirtää toisen lääkärin hoidettavaksi.

Lievempiä päätöksiä edusti huomautus vastaisen toiminnan varalle, joka oli tutkimusaineiston käytetyin ratkaisupäätös. Huomautuksista kolmannes (7) koski PKV -lääkkeiden määräämiseen liittyviä käytäntöjä eli puutteita oli huolellisuudessa ja varovaisuudessa lääkkeitä määrättäessä. Vajaassa kolmannessa (6) päätöksistä huomautettiin potilasasiakirjojen puutteellisuudesta, joihin tulisi merkitä potilaan asemasta ja oikeuksista

annetun lain (L785/1992) ja potilasasiakirjojen laatimisesta annetun asetuksen (A99/2001) mukaiset merkinnät potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteutuksen ja seurannan turvaamiseksi laaditut laajuudeltaan riittävät tiedot. Lopuissa huomautuksissa kehoitettiin lääkäriä laatimaan potilasasiakirjat myös perheenjäsentensä hoidosta. Huomautuksissa korostettiin myös pro auctore- ja alkoholimääräysten kirjanpitovelvollisuudesta ja kehoitettiin etanolin sijasta käyttämään vastaanotolla asianmukaisempia ihonpuhdistusvalmisteita. Huomion kiinnittäminen vastaisen varalle käsitteli pro auctore -määräyksen virheellistä käyttöä, jossa lääkkeet eivät tulleet hammaslääkinnälliseen tai hammaslääketieteelliseen käyttöön. Kuudessa tapauksessa päätettiin seurata lääkärin ammatinharjoittamisen asianmukaisuutta.

Anomus ammattioikeuksien palauttamiseksi hyväksyttiin, koska lääkäri oli toipunut potilasturvallisuuden vaarantaneesta sairaudestaan. Kahden anomuksen hylkäämisten perusteluina olivat lääkärin terveydentila tai asenne, jotka eivät olleet terveydenhuollon ammattilaiselta edellytettävässä kunnossa.

Yhteensä ammattioikeudet poistettiin tutkimusaineiston mukaan kahdeksalta terveydenhuollon ammattilaiselta tutkimusajankohtana vuosina 2005 ja 2006. Todennäköisesti lähempänä nykytilannetta oltiin vuonna 2008, jolloin Valvira poisti ammatinharjoittamisoikeudet 36 terveydenhuollon ammattihenkilöltä, kun vastaava luku oli vuonna 2007 13 (Lehdistötiedote 4.2.2009/www.valvira.fi). Tästä näkökulmasta katsottuna tilanne näytti jo tuolloin huolestuttavalta. Viimeaikaisten uutisotsikoiden perusteella lienee syytä olettaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöihin kohdistuneet ilmoitukset ovat vain lisääntyneet ja ammatinharjoittamisoikeudet poistettu vuoden 2008 lukuakin suuremmalta joukolta terveydenhuollon ammattilaisia.

Ratkaisulyhennelmien sisältämien päätösten julkaisemisen tarkoituksena on ollut toimia terveydenhuoltohenkilöstön toimintaa ohjaavana tekijänä, ei vain niissä organisaatioissa, joissa aineiston kuvaamia tilanteita on tapahtunut vaan myös muissa työyhteisöissä. Ratkaisulyhennelmien toivotaan toimivan keskustelun herättäjinä. Päätöksissä annetaan ohjausta jälkikäteen tilanteissa, joissa terveydenhuoltohenkilökuntaa koskeviin ilmoituksiin on ollut aihetta. Niillä toivotaan olevan myös ennaltaehkäisevää vaikutusta. Niitä pitäisikin käsitellä työyhteisöissä, ei hakien syyllisiä vaan miettien keinoja ehkäistä samankaltaisten tilanteiden esiintymisen tulevaisuudessa. (Männistö 2007.)

Lääkkeiden väärinkäyttö terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa on potilasturvallisuutta vaarantava tekijä, johon tulisi puuttua työyhteisön sisäisin keinoin. Käytännössä kuitenkin

siihen puuttuminen on vaikeaa, koska väärinkäyttö saattaa jäädä esimiehiltä ja työtovereilta huomaamatta. Jos asian tunnistaminen on vaikeaa, on sitä myös sen esille ottaminen, koska työyhteisön ilmapiiri ei aina ole avoin tällaisen tiedon julkistamiselle. Avoin ilmapiiri suo mahdollisuuden ottaa asia esille väärinkäyttäjän auttamiseksi, ei moralisoiden tai syyllistämällä (Nummelin 2008, 122). Työtovereiden on kuitenkin vaikea paljastaa työtoverin lääkkeiden väärinkäyttö sekä kollegiaalisista syistä että sen takia, että sillä on vaikutusta koko työyhteisöön. Työtoverin paljastuminen lääkkeiden väärinkäyttäjäksi aiheuttaa koko työyksikössä surureaktion, jolla on vaikutusta työtehokkuuteen. Ongelmista hiljaa pysyminen on suojautumiskeino, jolla pyritään ylläpitämään niin hoitotyön tasokkuus kuin myös henkilökunnan työtyytyväisyys. Ongelman ratkaisu vaatii aikaa ja voimavaroja, jotta suruprosessi helpottuu, henkilökunnan yhtenäisyys saavutetaan ja työyhteisössä voidaan jälleen taata laadukas hoitotyö. (Ramer 2008.)

Lääkkeiden määrääminen ilmeiseen väärinkäyttöön oli tutkimuksen mukaan kasvava ongelma erityisten nuorten potilaiden kohdalla. Toiminta katsottiin ratkaisupäätösten mukaan potilasturvallisuutta vaarantavaksi, jos lääkkeiden määrääminen olisi saanut jatkoa entiseen tapaan. Pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden määrääminen lääke- ja huumeriippuvaisille oli vastoin Sosiaali- ja terveysministeriön lääkkeiden määräämisestä olevaa asetusta (A1088/2010) sekä opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä olevaa asetusta (A33/2008). Vieroituksella tarkoitetaan opioidiriippuvaisen päihitteettömyyteen tähtäävää hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfiinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita.

Terveysturvakeskuksen ratkaisupäätökset vuosilta 2005 ja 2006 sisälsivät vakavia ja näitä lievempiä ratkaisuja lääkkeiden väärinkäyttöön ja lääkkeiden määräämiseen. Kahdeksalta terveydenhuollon henkilöltä poistettiin toistaiseksi oikeus harjoittaa ammattiaan. Yhteenvetona tutkimusaineistona olleiden ratkaisulyhennelmien päätöksistä voidaan todeta, että ammatinharjoittamisoikeuden poistaminen tai rajoittaminen oli vakava päätös terveydenhuollon ammattilaisten kohdalla, vaikkakin päätösten voimassaolo ilmoitettiin jatkuvan toistaiseksi. Tällä haluttiin kaiketi viestiä sitä, että tulevaisuudessa heillä on mahdollisuus saada ammattioikeutensa takaisin, jos edellytykset ammatinharjoittamiseen paranevat ja yksilöt todetaan jälleen kyvykkäiksi harjoittamaan lääkärin, hammaslääkärin, farmaseutin tai sairaan- ja lähihoitajan ammatteja.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi perustuu laadullisessa tutkimuksessa koko tutkimusprosessiin ja siihen mitä on tutkittu, tutkijaan itseensä, aineiston hankintaan, tutkimusanalyysiin ja raportointiin (Kylmä & Juvakka 2007, 128; Eskola & Suoranta 2008, 210; Tuomi & Sarajärvi 2009, 140-141). Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein luotettavuuden kriteereinä uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Kriteeristö on kooste eri tutkijoiden näkemyksistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.) Samansuuntainen arviointimalli on Tynjälän (1991) esittämät kriteerit uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, tutkimustilanteen arviointi ja vahvistettavuus, jotka muita paremmin soveltuivat luotettavuuden arviointiin tämän tutkimuksen osalta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138-13).

Uskottavuuden käsite on synteesi totuusarvosta, sovellettavuudesta, pysyvyydestä ja neutraalisuudesta (Tynjälä 1991), joita voisi kuvata sillä, miten paljon tutkijan johtopäätökset vastaavat tutkimuskohteena ollutta ilmiötä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139). Koko tutkimuksen ja tutkimustulosten on ilmennettävä uskottavuutta ja vastattava tutkimuskohteen sisältöä. Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto oli asiakirjatekstiä, joka on yleisesti luettavissa ja tarkistettavissa Valviran Internet -sivuilta (valvira.fi), ja joka siten lisää uskottavuutta. Uskottavuutta vahvistaa myös tutkittavan ilmiön parissa käytetyn ajan määrä (Kylmä ja Juvakka 2007, 128), joka tässä tutkimuksessa oli kestoltaan yli kaksi vuotta. Tutkielman tekeminen alkoi vastuullisen johtamisen ja vastuullisuuden käsitteen määrittämisellä ja vasta myöhemmin mietittäessä, miten vastuullista johtamista voitaisiin tutkia, päädyttiin TEO:een tulleiden ilmoitusten ratkaisulyhennelmien (vuosilta 2005 ja 2006) käyttämiseen tutkimusaineistona. Näiden ratkaisulyhennelmien julkaisemisen jälkeen lääkkeiden väärinkäytöksistä johtuvat ilmoitukset ovat vuosi vuodelta lisääntyneet, kuten uutisvälineiden kautta olemme saaneet havaita. Relevantti ja ajankohtainen tutkimusaihe on uskottavuuden arvioinnin kannalta olennainen. Tutkimusaineiston suhteen haluttiin pitäytyä helposti saatavissa olevien lyhennelmien valinnassa, koska myöhemmät ratkaisut olisivat vaatineet erityisjärjestelyjä ja asiakirjojen tutkimista paikalla Valvira:ssa. Tämä koettiin liian hankalaksi ja työlääksi, joten siitä luovuttiin.

Vastaavuus on käsite, jolla halutaan vastata siihen, ovatko tutkijan tuottamat rakenteet vastaavia alkuperäisen todellisuuden kanssa. Tässäkin on kyse totuusarvosta, joka on luotettavuuden ydintermi yhdessä objektiivisuuden ja puolueettomuuden kanssa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-135). Tässä tutkielmassa totuus on kiistaton, koska aineisto on julkisessa käytössä. Tutki-

jalle ei ollut myöskään muodostunut ennakkokäsitystä tutkittavasta ilmiöstä, koska hän tutustui aihepiiriin vasta tätä tutkimusta tehdessään. Asenne oli täysin objektiivinen.

Siirrettävyys tarkoittaa tutkimustulosten siirrettävyyttä toisiin vastaaviin tilanteisiin. Siirrettävyys on mahdollista sillä edellytyksessä, kuinka samankaltainen tutkittu ympäristö on sovellettavaan ympäristöön verrattuna. Tästä syystä tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimusympäristöstä siirrettävyyden arvioimiseksi (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Tässä tutkimuksessa tutkimusympäristö ei ole niin yksiselitteinen kuin esimerkiksi haastattelututkimuksessa, jossa ympäristö voidaan kuvata hyvin tarkasti. Nyt tutkimusympäristön muodostaa tutkijan ja aineiston välinen reflektio, johon tutkijan objektiivisuuteen pyrkimisestä huolimatta sisältyi tutkijan subjektiivinen taito ja ymmärrys.

Tutkimustilanteen arvioinnissa tutkijan on otettava huomioon sekä ulkoiset että tutkimuksesta ja ilmiöstä johtuvat vaihtelua aiheuttavat tekijät (Tuomi & Sarajärvi 2009, 139). Aiheen ajankohtaisuus ja eettinen arkaluonteisuus on herättänyt paljon yleistä keskustelua tiedotusvälineissä heittäen varjon koko terveydenhuollon oikeudenmukaisuuden ja aitouden ympärille. Tämä tutkimus palvelee tiedon saannissa sekä tuo aiheeseen läpinäkyvyyttä, mikä onkin tieteellisen tutkimuksen perusperiaatteita ja jota edellytetään nykyisin kaikelta tiedonvälitykseltä. Tutkimuksen tarkoituksena oli tiedon tuottaminen aiheesta. Hannulan (2007) mukaan tutkijan on hyvä perehtyä aiheeseen laajemmin kuin mitä itse aineistodokumentit sisällöltään antavat. Tästä syystä teoreettisessa luvussa on aihetta kartoitettu laajemmin kuin vain lääkkeiden väärinkäytön osalta.

Vahvistettavuus laadullisessa tutkimuksessa liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää, että tutkimuksen kulku on kirjattu niin selvästi, että toinen tutkija kykenee seuraamaan sen etenemistä. Tähän liittyy kuitenkin vahvistettavuuden kannalta heikkoutena se, että toisen tutkijan tulkinta samastakin aiheesta voi olla erilainen riippuen tutkijan todellisuudesta ja ymmärryksestä. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämän tutkimuksen osalta heikkoutena voidaan pitää aineiston pientä kokoa. Tutkittavat ilmiöt kyllä toistuvat joko samanlaisina tai samansuuntaisina dokumentista toiseen, mikä on luotettavuutta lisäävä tekijä. Tutkittava ilmiö on mielenkiintoinen, mutta myös yllättävä verrattaessa aineiston tapahtumia ja esimerkiksi lääkäreiden toimintaa lääkärin eettisiin ohjeisiin, joiden mukaan päätösten on aina perustuttava lääketieteellisiin syihin ihmiselämää kunnioittaen ja kärsimystä lievittäen päätavoitteena terveys ja sen saavuttaminen (Lääkärin eettiset ohjeet 1988).

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkkeiden määräämiseen liittyvät väärinkäytökset oli tutkimusaiheena perusteltu, koska väärinkäytökset ovat lisääntyneet viimeisten kymmenen vuoden aikana (STM:n tiedote 216/2010). Aihe on ollut paljon esillä myös julkisissa tiedotusvälineissä. Eettisenä kysymyksenä tutkimusaihe oli arkaluonteinen ja vaati rohkeutta tarttua siihen. Koska asia koskettaa yhä enenevästi terveydenhuoltohenkilöstöä, oli perusteltua tarkastella aihetta myös terveystieteellisen tutkimuksen näkökulmasta. Lääkkeiden väärinkäytössä on kyse moraalista tai sairaudesta, jos väärinkäyttö on jatkunut hyvin pitkään. Moraalisen valinnan tehdessään ihmisen voidaan sanoa olevan eettisessä vastuussa toisiin nähden ja hänellä on vastuu tekemästään ratkaisusta (af Ursin 2007, 126). Empatian voidaan sanoa olevan yksi niistä arvoista, jotka edesauttavat esimiehiä ymmärtämään henkilökuntaansa myös vaikeissa tilanteissa kuuntelemalla ja suhtautumalla vastuullisesti työssä ilmenneisiin epäkohtiin (Cummings et al. 2005). Eettisten periaatteiden mukaan ketään ei leimata ja rakenteellisiinkin tekijöihin puututaan varhain (Arnkil 2008). Tutkimus vastaa tarpeeseen tuottaa tietoa terveydenhuoltohenkilöstön lääkkeiden väärinkäytöstä ja sen ilmenemismuodoista sekä siitä, miten näihin ongelmiin on puututtu.

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä ovat useimmiten haastattelut ja havainnoinnit sekä erilaiset dokumentit ((Vehviläinen-Julkunen 1998, 30), kuten tässä tutkimuksessa Valviran (Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) julkaisemat ratkaisulyhennelmät vuosilta 2005 ja 2006. Vastuullisen johtamisen näkökulmasta ajatus ratkaisulyhennelmien käytöstä tutkimusaineistona oli tervetullut idea, joka syntyi tutkimuksen suunnitteluvaiheessa. Vastuullisen johtamisen tutkiminen muulla tavoin vaikutti kovin vaikealta.

Olin yhteydessä Valviraan, josta ylitarkastaja Helena Mönttisen kanssa kävin puhelin- ja sähköpostikeskusteluja keväällä 2009. Heillä on paljon aineistoa, jonka tutkimiseen heidän omat resurssinsa eivät aina riitä. He ottavat mielellään avuksi opiskelijatutkijoita. Koska tähän tutkimukseen suunnitellut ratkaisulyhennelmät oli julkaistu kirjoina, ja ne olivat saatavissa myös sähköisessä muodossa, ei tutkimuslupaa tarvittu. Aineiston käyttöön riitti, että tutkimuksessa mainitaan lähdeaineiston alkuperä. Keskusteluissa tuli selvästi esille se, että terveydenhuoltohenkilöstöltä oli yhä kasvavassa määrin poistettu ammatinharjoittamisoikeuksia lääkkeiden väärinkäytön takia, mikä osaltaan puhui tutkimuksen toteuttamisen oikeutuksen puolesta.

Inhimillistä toimintaa kuvaavissa tieteissä, kuten hoitotieteessä, tutkimusetiikka kulkee läpi koko tutkimusprosessin alkaen tutkimusaiheen valinnasta (Tuomi & Sarasvuo 2009, 129) tutkimusraportin kirjoittamiseen asti kriteereinään tulosten julkistamisen avoimuus ja rehellisyys ((Vehviläinen-Julkunen 1998, 31). Laadullisen tutkimuksen aineiston valinta on harkinnanvaraista ja tutkittavien määrä on yleensä suhteellisen pieni (Polit & Beck 2008.) Tässä tutkimuksessa toteutui harkinnanvaraisuuden periaate, mikä voidaan todeta tutkimusaineiston valinnassa. Aineisto rajattiin koskemaan vain terveydenhuoltohenkilöstön (kuitenkin mukaan lukien yksi farmaseutti) lääkkeiden väärinkäyttöä ja lääkkeiden määräämiseen liittyviä väärinkäytöksiä. Harkinnanvaraisuudesta johtuen tutkimusaineistoon valittujen tapausten määrä jäi pienehköksi (29). Tutkimuksen tavoitteena oli noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, jossa aineiston valinta ja koko tutkimusprosessi noudattivat eettisen tarkastelun ja eettisen luotettavuuden periaatteita eli rehellisyyttä, tarkkuutta ja huolellisuutta (Leino-Kilpi 2003, 287-288). Tutkimuksen sisäinen johdonmukaisuus on perusteltavissa kattavalla ja mahdollisimman ajanmukaisella lähdeaineiston käytöllä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127).

6.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet

Tämän tutkimuksen merkitys korostuu tiedon lisäämisenä ja terveydenhuoltohenkilöstön lääkkeiden väärinkäytösten esille nostamisena. Tutkimustulosten mukaan lääkkeiden väärinkäyttö ja lääkkeiden määrääminen väärinkäyttöön ovat todellinen ongelma, johon pitäisi puuttua varhaisessa vaiheessa. Työyhteisöissä ongelman tunnistaminen on tulosten nojalla vaikeaa, koska lääkkeiden väärinkäyttö voi pysyä salassa jopa kymmeniä vuosia. Ongelman tunnistaminen edellyttää erityisesti esimiehiltä valppautta ja vastuun ottamista puuttumalla työntekijän työkykyä uhkaaviin tekijöihin ja sopimalla yhdenmukaisista toimintamalleista kaikkien työntekijöiden välillä. Työntekijöiden aktivoiminen hakemaan ajoissa apua on ensisijainen toimintatapa. Keinoja ovat puheeksi ottaminen, tilanteen seuranta ja tarvittaessa hoitoon ohjaaminen.

Ratkaisulyhennelmien käyttö tutkimusaineistona antoi mielenkiintoisen näkökulman tarkastella terveydenhuoltohenkilöstön lääkkeiden väärinkäyttöön. Aihe oli ajankohtainen ja siitä oli ennestään vähän tai tuskin ollenkaan suomalaista tutkittua tietoa, vaikka aihe on ollut runsaasti esillä eri tiedotusvälineissä. Kansainvälisesti aihetta on tutkittu laajasti. Mielenkiintoisena jatkotutkimushaasteena olisi tutkia, pystytäänkö työyhteisöissä tunnistamaan lääkkeiden väärinkäyttäjät varhaisessa vaiheessa ja miten lääkkeiden väärinkäyttöön puututaan terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa. Varhainen tunnistaminen edellyttäisi esimiehiltä myös ns. heikkojen signaalien tunnistamista, joiden perusteella ongelmakäyttäytymiseen pystyttäisiin puuttumaan varhaisessa vaiheessa, hienovaraisesti, mutta aktiivisesti, kun ongelma olisi vielä ratkaistavissa työyksikön ja työterveyshuollon toimien avulla.

LÄHTEET

Aas TW, Ellingsen KL, Lindoe P & Moller A 2008. *Leadership qualities in the return to work process: a content analysis.* Journal of Occupational Rehabilitation 18(4), 335-346.

Abbott PA & Coenen A 2008. *Globalization and advances in information and communication technologies: the impact on nursing and health.* Nursing Outlook 56(5), 238-246.

Absetz P 2009. *Yhteisöllinen terveyden edistäminen –teoriaa ja käytäntöä.* Tapahtumien ehkäisyseminaari. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. <http://www.ktl.fi/ate/doc/muu/absetz.pdf>.
Luettu 5.2.2011.

Adams PJ 2008. *Fragmented intimacy: Addiction in a social world.* New York, NY, US: Springer Science + Business Media.

Allen R 2000. *The New Penguin English Dictionary (Penguin Reference Books) 2000.* Penguin Books Ltd: London.

Amestoy SC, Cestari ME, Thofehrn MB & Milbrath VM 2009. *Personal characteristics that influence the development of a nurse leader.* Acta Paulista de Enfermagem 22(5), 673-678.

Anthony MK, Standing TS, Glick J, Duffy M Paschall F, Sauer MR, Sweeney DK, Modic MB & Dumpe ML 2005. *Leadership and nurse retention: the pivotal role of nurse managers.* Journal of Nursing Administration 35(3), 146-155.

Arnkil T 2008. *Varhaisen puuttumisen eettiset periaatteet.*
<http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/8E6951B7-DC11-45FD-A5D6-F7CE11523EBF/0/1Eettisetperiaatteet2782008.rtf>. Luettu 13.3.2011.

Arthur AR 2005. *When stress is mental illness: a study of anxiety and depression in employees who use occupational stress counselling schemes.* Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress 21(4), 273-280.

Austin AE, van den Heuvel, C & Byard RW 2012. *Physician suicide.* Journal forensic Science 58(1), S91-93.

Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH & Fernandes ME 2011. *An Intervention Mapping Approach.* Published by Jossey-Bass. A Wiley Inprint, 989 Market Street. San Francisco, CA 94103-1741-www.josseybass.com.

Bennett JB & Lehman WE 2001. *Workplace substance abuse prevention and help seeking: comparing team-oriented and informational training.* Journal of Occupational Health Psychology 6(3), 243-254.

Bennett JB, Lehman WE & Reynolds GS 2000. *Team awareness for workplace substance abuse prevention: the empirical and conceptual development of a training program.* Prevention Science 1(3), 157-172.

Booth JV, Grossman D, Moore J, Lineberger C, Reynolds JD, Reves JG & Sheffield D 2002. *Substance Abuse among Physicians: A Survey of Academic Anesthesiology Programs* *Anest Analg* 95(4), 1034-1030.

Brenninkmeijer V, Houtman I & Blonk R 2008. *Depressed and absent from work: predicting prolonged depressive symptomatology among employees.* *Occupational Medicine* 58(4), 295-301.

Brommels M 2008. *Lääkäriin vastuu ja velvollisuudet.* Powerpoint –esitys 28.10.2008. Helsingin yliopisto. Luettu 6.4.2009.

Bruhn JG 2005. *Looking Good, But Behaving Badly. Leader Accountability and Ethics Failure.* *The Health Care Manager* 24(3), 191 - 199

Bush DM 2008. *The U.S. Mandatory guidelines for federal workplace drug testing programs: current status and future considerations.* *Forensic Science International* 174(2-3), 111-119.

Caruso GM 2008. *A Clinical Perspective on Workplace Depression: Current and Future Directions.* *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 50(4), 501-513.

Caven-Suominen S 2005. *Aktiivinen aikainen puuttuminen – tavoitteena pitkäaikainen terveys. Opas henkilöstön kehittäjille, esimiehille ja työterveyshuollolle.* Kuntatyö kunnossa. Kuntien eläkevakuutus.

Cicala RS 2003. *Substance abuse among physicians: What do you need to know?* *Hospital Physician* 39(7), 39-46.

Cobb MAB 2009. *Drug addiction.* *RN* 72(4), 40-44.

Cohen LM, Collins FL Jr, Young A, McChargue DE, Leffingwell TR & Cook KL (toim.) 2009. *Pharmacology and treatment of substance abuse: Evidence- and outcome-based perspectives,* 682 pp. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

Corbiere M, Shen J, Rouleau M & Dewa CS 2009. *A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organisations.* *Work* 33(1), 81-116.

Couser GP 2008. *Challenges and Opportunities for Preventing Depression in the Workplace: A Review of the Evidence Supporting Workplace Factors and Interventions.* *J Occup Environ Med.* 50(4), 411-427.

Cummings G, Hayduk L & Estabrooks C 2005. *Mitigating the Impact of Hospital Restructuring on Nurses. The Responsibility of Emotionally Intelligent Leadership.* *Nursing Research* 54(1), 2-12.

Cummings SM, Merlo LJ & Cottler LB 2011. *Mechanisms of prescription drug diversion among impaired physicians.* *J Addict Dis* 30(3), 195-202.

Damon W & Bronk KC 2007. *Responsibility.* Teoksessa Gardner H 2007 (Ed). *Responsibility at work. How leading professionals act (or don't act) responsibly.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Darbro N 2005. *Alternative Diversion Programs for Nurses with Impaired Practice: Completers and non-Completers.* Journal of Addictions Nursing 16(4), 169-182.

Darbro N 2009. *Overview of Issues Related to Coercion in Substance Abuse Treatment: Part I.* Journal of Addictions Nursing 20(1), 16-23.

Dewa CS, Burke A, Hardaker D, Caveen M & Baynton MA 2006. *Mental Health Training Programs for Managers: What do Managers Find Valuable?* Canadian Journal of Community Mental Health 25 (2), 221 – 239.

Dewa CS, McDaid D & Ettner SL 2007. *An International Perspective on Worker Mental Health Problems: Who bears the Burden and how are Costs Addressed.* The Canadian Journal of Psychiatry 52(6), 346-356.

Dunn D 2005a. *Substance abuse among nurses – defining the issue.* AORN Journal 82(4), 592-596.

Dunn D 2005b. *Substance abuse among nurses – intercession and intervention.* AORN Journal 82(5), 777-782.

DuPont RL 2010. *Prescription drug abuse: an epidemic dilemma.* Journal of psychoactive drugs 42(2), 127-132.

Elliot K & Shelley K 2006. *Effects of drugs and alcohol on behavior, job performance and workplace safety.* Journal of Employment Counseling 43(3), 130-134.

Ellison ML, Russinova Z, Lyass A & Rogers ES 2008. *Professionals and managers with severe mental illnesses, findings from a national survey.* Journal of Nervous & Mental Disease 196(3), 179-189.

Eskola J & Suoranta J 2008. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen.* Jyväskylä: Vastapaino.

European Agency for Safety and Health at Work 2009. *Mental health promotion in the health care sector.* <http://osha.europa.eu/en/publications/e-facts/efact46>. Luettu 13.3.2011.

FIMEA Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus. Hermostoon vaikuttavat lääkkeet. <http://www.fimea.fi/laaketieto/atc>. Luettu 18.3.2013

Finch J 1993. *Prescription substance abuse.* Prim Care 20(1), 231-239.

Finlex. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Ford E 2009. *How to...manage presenteeism at work.* The Times 29.7.2009. <http://business.timesonline.co.uk/tol/business/management/article6730825.ece>. Luettu 19.3.2010.

Frances RJ, Miller S & Mack AH 2005. *Clinical textbook of addictive disorders.* New York, NY, US: Guilford Publications.

Fry ST 1994. *Etiikka hoitotyössä. Eettisen päätöksenteon opas.* Suomen sairaanhoitajaliitto. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Garcia-Guasch R, Roige J & Padros J 2012. *Substance abuse in anaesthetists.* Current Opinion in Anesthesiology 25 (2), 204-9.

Gardner H 2007. *Responsibility at work. How leading professionals act (or don't act) responsibly.* San Francisco, CA: Jossey-Bass.

George S 2005. *A snapshot of workplace drug testing in the UK.* Occupational Medicine (Oxford) 55(1), 69-71.

Glasberg A-L, Norberg A & Soderberg A 2007. *Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers.* Journal of Advanced Nursing 60(1), 10-19.

Grove B 2006. *Common mental health problems in the workplace: how can occupational physicians help?* Occupational Medicine 56(5), 291-293.

Hamilton G 2009. *Prescription drug abuse.* Psychology in the Schools 46(9), 892-898.

Hilden R 2002. *Ammatillinen osaaminen hoitotyössä.* Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P 2004. *Tutki ja kirjoita.* Helsinki: Tammi.

Hirvonen T, Pohjonen T, Eranti E, Penttilä R & Poikonen M 2004. *Varhainen tuki – toimintamalli työkyvyn heiketessä.* Helsingin kaupungin työterveyskeskus. Erweko Painotuote Oy Helsinki.

Holi T 2010. *Terveydenhuollon ammattihenkilön vastuut ja oikeudet.* Luento 23.11.2010. http://www.valvira.fi/tietopankki/luentomateriaalit/terveydenhuolto/luento_terveydenhuollon_ammattihenk. Luettu 13.3.2011.

Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, Storr CL, Williams KM, Anthony JC & Sheehan DV 1992. *Prevalence of Substance abuse Among U.S. Physicians.* Obstetrical & Gynecological Survey 47(11), 771-773.

Hughes TL 1995. *Chief nurse executives` responses to chemically dependent nurses.* Nursing Management 26(3), 37-40.

Huttunen M 2009. *Lääkeriippuvuus ja lääkkeiden väärinkäyttö.* Lääkärikirja Duodecim 29.12.2009. Luettavissa <http://www.terveyskirjasto.fi/>. Luettu 4.5.2010.

Häkkinen K (toim.) 1990. *Nykysuomen sanakirja.* Etymologinen sanakirja. Porvoo: WSOY.

Isaacson JH 2000. *Preventing prescription drug abuse.* Cleve Clin J 67(7), 473-475.

Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG & Schulenberg 2009. *Monitoring the Future: National results on Adolescent Drug Use, Overview of Key Findings 2008.* NIH Publication No. 09-7401. Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse.

Jordan N, Grissom G, Alonzo G, Dietzen L & Sangsland S 2008. *Economic benefit of chemical dependency treatment to employers.* Journal of Substance Abuse Treatment 34(3), 311-319.

Jungerman FS, Palhares-Alves HN, Carmona MJ, Conti NB & Malbergier A 2012. *Anesthetic drug abuse by anesthesiologists* Rev Bras Anesthesiol. 62(3), 375-386.

Kant I, Jansen NW, van Amelsvoort LG, van Leusden R & Berkouwer A 2008. *Structured early consultation with the occupational physician reduces sickness absence among office workers at high risk for long-term sickness absence: a randomized controlled trial.* Journal of Occupational Rehabilitation 18(1), 79-86.

Kawaharada M 2005. *Training needs of managers in occupational mental health nursing field.* Japan Journal of Nursing Science 2(2), 115-120.

Kuoppala J, Lamminpää A, Liira J & Vainio H 2008. *Leadership, job well-being, and health effects - a systematic review and a meta-analysis.* Journal of Occupational & Environmental Medicine 50(8): 904-915.

Kyngäs H & Vanhanen I 1999. *Sisällönanalyysi.* Hoitotiede 11, 3 - 12.

Käyhkö E 2002. *Poliisin julkinen vastuu. Tutkimus poliisin vastuusta erityisesti legitimitietin näkökulmasta.* Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 168. Taloudellis-hallinnollinen tiedekunta. Hallintotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Lambert SD 2002. *The role of the occupational physician in substance abuse.* Occupational Medicine 17(1), 1-12.

Landsman MJ 2008. *Pathways to organizational commitment.* Administration in Social Work 32(2), 105-32.

Larsen R 1982. *Treatment of impaired physicians/the California Board of Medical Quality Assurance program.* West J Med, 137, 265-9.

Lehman WE & Bennett JB 2002. *Job risk and employee substance use: the influence of personal background and work environment factors.* American Journal of Drug & Alcohol Abuse 28(2), 263-286.

Leino-Kilpi H 2003. *Hoitotyön etiikan perusta.* Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookswell Oy.

Leino-Kilpi H 2003. *Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka.* Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M. Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookswell Oy.

Lillibridge J, Cox M & Cross W 2002. *Uncovering the secret. giving voice to the experiences of nurses who misuse substances.* Journal of Advanced Nursing 39(3). 219-229.

Lindström K 2004. *Työelämän stressi.* Verkkolehti Työterveiset 2 (2004), 4-6.

Long MW, Cassidy BA, Sucher M & Stoehr JD 2006. *Prevention of relapse in the recovery of Arizona health care providers.* Journal of Addicted Disease 25(1), 65-72.

LÄÄKÄRIN EETTISET OHJEET. Hyväksytty Lääkäriliiton valtuuskunnan kokouksessa 6.5.1988. http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/eettinen_ohje.html.

Mahlmeister L 1999. *Professional Accountability and Legal Liability for the Team Leader and Charge Nurse*. JOGNN 28(3), 300-309.

Merlo LJ, Cummings SM & Cottler LB 2012. *Recovering substance-impaired pharmacists' views regarding occupational risks for addiction*. *J Am Pharm Assoc* 52(4), 480-491.

Metso L, Winter T & Hakkarainen P 2012. *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasen- teet – Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992-2010*. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitok- sen raportti 17/2012.

Midford R, Welander F & Allsop S 2005. *Preventing Alcohol and Other Drug Problems in the Workplace: The Evidence base for policy and practice*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.

Miller WR & Carroll KM 2006 (ed.). *Rethinking substance abuse: What the science shows and what we should do about it*. 320 p. New York, NY, US: Guilford Press.

Monroe T & Kenaga H 2011. *Don't ask don't tell: substance abuse and addiction among nurses*. *Journal of Clinical Nursing* 20 (3/4), 504-9.

Mortelmans AK, Donceel P, Lahaye D & Bulterys S 2008. *Work-related sickness absences and mandatory occupational health surveillance*. *Occupational Medicine (Oxford)* 58(7), 464-467.

Müller-Smith, P. 1997. *The Problem With Accountability*. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 12(2), 109-112.

Männistö J 2007. *Lukijalle*. Teoksessa Lyhennelmiä terveydenhuollon kantelupäätöksistä. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset 2006. Luettu 6.2.2009.

Mönttinen H 2009. Sähköposti- ja puhelinkeskustelut Valviran ylitarkastaja Helena Möntti- sen kanssa ratkaisulyhennelmien käytöstä tutkimusaineistona huhtikuussa 2009.

Mönttinen H 2009. *Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjaus ja valvonta- mitä se tar- koittaa sairaanhoitajan työssä*. Ylitarkastaja. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (Valvira). PowerPoint-esitys 6.2.2009. Luettu 15.4.2009.

Negura L & Maranda M-A 2008. *Hiring substance abusers; Attitudes of managers and or- ganizational needs*. *Drugs, Education, Prevention & Policy* 15(2), 129-144.

Nieuwenhuijsen K, Verbeek JH, de Boer AG, Blonk RW & van Dijk FJ 2004. *Supervi- sory behaviour as a predictor of return to work in employees absent from work due to mental health problems*. *Occupational & Environmental Medicine* 61(10), 817-823.

NIH (National Institute of Drug Abuse) 2012. *Drug Facts: Prescription and Over-the- Counter Medications*. <http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-over-counter-medications>. Luettu 1.5.2013.

Nolan S 2008. *Drug-free workplace programmes: New Zealand perspective.* Forensic Science International 174(2-3), 125-132.

Nummelin T 2008. *Stressi haastaa työkyvyn - varhainen puuttuminen esimiehen työkaluna.* Juva: WS Bookwell Oy

Nyberg A, Westerlund H, Hanson LLM & Theorell T 2008. *Managerial leadership is associated with self-reported sickness absence and sickness presenteeism among Swedish men and women.* Scandinavian Journal of Public Health 36(8), 803-811.

Nyky-suomen sanakirja 1996. 14. painos. Porvoo: WSOY.

van Oostrom SH, Anema JR, Terluin B, Venema A, de Vet HC & van Mechelen W 2007. *Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as useful tool.* BMV Health Services Research 7, 127.

O'Rourke MW 2006. *Beyond Rhetoric to Role Accountability.* A Practical and Professional Model of Practice. June 2006.

OSEKK. *Varhainen puuttuminen ja toimenpiteistä sopiminen.* <http://www.osekk.fi/file.php?1171>. Luettu 13.3.2011.

Palhares-Alves HN, Vieira DL, Laranjeira RR, Vieira JE & Nogueira-Martins LA 2012. *Clinical and demographic profile of anaesthesiologists using alcohol and other drugs under treatment in a pioneering program in Brazil.* Rev Bras Anesthesiol. 62(3), 356-364

Pooler D, Sheheen F & Davidson J 2009. *Professional impairment: a history and one state's response.* Journal of Addictive Diseases 28(2), 113-123.

Probst TM, Gold D & Gaborn J 2008. *A preliminary evaluation of SOLVE: Addressing psychosocial problems at work.* Journal of Occupational Health Psychology 13(1). 32-42.

Raderstorf M & Kurtz J 2006. *Mental health issues in the workplace: maintaining a productive force.* AAOHN Journal 54(8), 360-367.

Ramer LM 2008. *Using servant leadership to facilitate healing after a drug diversion experience.* AORN Journal 88(2), 253-258.

Ranger B & Marlatt GA 2008. *Cognitive-behavioral therapy for alcohol and drug use disorders.* Revista Brasileira de Psiquiatria 30(2), 88-95.

Rauhala A, Kivimäki M, Fagerström L, Elovainio M, Virtanen M, Vahtera J, Rainio A, Ojaniemi K & Kinnunen J 2007. *What degree of work overload is likely to cause increased sickness absenteeism among nurses? Evidence from the RAFAELA patient classification system.* Journal of Advanced Nursing 57(3), 286-295.

Renvall V 2006. *I matronans fospår: en kvalitativ studie om ledarens vårdvetenskapliga ansvar.* Pro gradu avhandlingen. Åbo Akademi. Vasa.

Ridley FF 1981. *The responsibility of officials in the democratic political systems* in Leemans AF & Dundire A (Edited) 1981. *The Public's Servants. Checks on public servants in European countries.* Finnpublishers Oy. Finland.

Ross S & Hayden F 2006. *Study guide to substance abuse treatment: A companion to the American Psychiatric Publishing Textbook of Substance Abuse Treatment.* Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Rost K 2009. *Disability from depression: the public health challenge to primary care.* Nordic Journal of Psychiatry 63(1), 17-21.

Ruohotie P 2003. *Ammattikorkeakoulun kompetenssiprofili.*

http://www.uta.fi/aktkk/Pekka_Ruohotie_publications.doc. Luettu 13.3.2011

Ruotsalainen J, Serra C, Marine A & Verbeek J 2008. *Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers.* Scand J Work Environ Health 34(3), 169-178.

Ryu E 2009. *Assessing the effects of experience on attitudes about employability of people with mental illness: A comparative study of the U.S. and South Korea.* Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 69(9-B), 5834.

Sanderson K & Andrews G 2006. *Guest Editorial: From evidence to practice: Mental health promotion effectiveness.* Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 5(1), no Pagination Specified.

Saint-Arnaud L, Saint-Jean M & Damasse J 2006. *Towards an enhanced understanding of factors involved in the return-to-work process of employees absent due to mental health problems.* Canadian Journal of Community Mental Health Fall; 25(2): 303-315.

Setlik J, Bond GR & Ho M 2009. *Adolescent Prescription ADHD Medication Abuse Is Rising along With Prescriptions for These Medications.* Pediatrics 124 (3), 875-880

Shewey HM 1997. *Identification and assistance for chemically dependent nurses working in long-term care.* Geriatric Nurse 18(3), 115-118.

Singer JB 2009. *Prochaska and DiClemente's Stages of Change Model for Social Workers.* Social Work Podcast. <http://socialworkpodcast.com/2009/10/prochaska-and-diclementes-stages-of.html>. Luettu 3.3.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. *Sairauspoissaolokäytäntö työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä.* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:7. Luettu 13.3.2011.

Sosiaali- ja terveysministeriö & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. *Sekäkäyttö voi olla kohtalokasta – nuoret eivät tunnista vaaraa.* Tiedote 178/2013. 25.09.2013. Luettu 3.11.2013.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) vuosille 2008-2011. Luettu 10.12.2010.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) vuosille 2012-2015. Luettu 21.2.2013.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. *JulkiTerhikki on osoittautunut tarpeelliseksi palveluksi.* Lehdistötiedote 25.11.2010. Luettu 10.12.2011.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. *Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattipätevyys on syytä tarkistaa.* Lehdistötiedote 11.1.2010. Luettu 10.12.2010.

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. *Kanteluratkaisujen lyhennelmät vuosilta 2005-2006.* <http://www.valvira.fi/tietopankki/ratkaisulyhennelmat>.

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 216/2010. *Ministeri Risikko: Työryhmältä hyvä selvitys terveydenhuollon henkilöstön rikostaustojen selvittämiseksi.* <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1518622#fi>. Luettu 7.7.2010

Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 169/2010. *Työterveyshuollon ennalta ehkäisevää toimintaa vahvistetaan.* <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1508646#fi>. Luettu 6.3.2011.

Spicer RS & Miller TR 2005. *Impact of a workplace peer focused substance abuse prevention and early intervention program.* Alcoholism: clinical & Experimental Research 29(4), 609-611.

Sullivan S 2005. *Promoting health and productivity for depressed patients in the workplace.* Journal of Managed Care Pharmacy 11(3), 12-15.

Surakka T 2006. *Osastonhoitajan työ erikoissairaanhoidossa 1990-luvulla ja 2000-luvulla. Toimivalta, vastuullisuus ja asiantuntijuus lähijohtajuudessa.* Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2007. *Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2007. Tilastoraportti 1/2009 27.2.2009.* Suomen virallinen tilasto. Terveys 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 13.3.2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2006; 2009; 2010. *Varhainen puuttuminen (Varpu) - vastuunottoa omasta toiminnasta toisten tukemiseksi.* <http://www.varpu.fi/index.phtml?s=67>. Luettu 13.3.2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2012. *Terveys 2015 –kansanterveysohjelma 6.9.2012.* Luettu 21.2.1013.

Trinkoff AM & Storr CL 1998. *Substance Use among Nurses: Differences between Specialties.* American Journal of Mental Health 88(4), 581-585.

Tuomi J & Sarajärvi A 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi.* Tammi: Helsinki.

TTL työterveyslaitoksen – strategia, arvot ja visio. Strategia vuosille 2011-2015. http://www.ttl.fi/fi/tyoterveyslaitos/suunnittelu_ ja_seuranta/strategia_arvot_visio/Documents/Strategia_2011_2015.pdf. Luettu 13.3.2011

Ulrich B 2004. *Leadership: The Professional Responsibility of All RNs.* Nephrology Nursing Journal 31(4), 364 – 365.

af Ursin Klaus 2007. *Moraali, hyveet ja eettiset normit liikkeenjohdon konsultoinnissa.* Tampereen yliopisto. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta. Johtamistieteiden laitos. Akateeminen väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampereensis; 1243.

Valviran ohje 4/2012. *Avoin turvallisuuskulttuuri edistää potilasturvallisuutta ja auttaa työnantajaa valvomaan toiminnan asianmukaisuutta.* 19.3.2012. Luettu 26.2.2013.

Valvira/Kanteluratkaisujen lyhennelmät. Terveysturvakeskuksen lyhennelmäjulkaisut 2005 ja 2006.

Verducci S 2007. *The Ability to Respond.* Teoksessa Gardner H 2007 (Ed). Responsibility at work. How leading professionals act (or don't act) responsibly. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Weir E 2000. *Substance Abuse among Physicians.* Canadian Medical Association 162 (12), 1730.

Välimäki M 2003. *Eettiset ohjeet osana ammatillista etiikkaa.* Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M Etiikka hoitotyössä. Juva: WS Bookswell Oy.

Zacny J, Bigelow G, Compton P, Foley K, Iguchi M & Sannerud C 2003. *College on Problems of Drug Dependence taskforce of Prescription opioid non-medical use and abuse: position statement.* Drug and Alcohol Dependence 69, 215-232.

LIITTEET

Liite 1. Tiedonhaussa käytetyt hakusanat

Haut vuonna 2007	Haut vuonna 2010	Haut vuonna 2013
Käytetyt tietokannat: LINDA, OVID (medline, cinahl, cochrane ja british nursing) ja MEDIC	Käytetyt tietokannat: LINDA, MEDIC, MEDLINE, PSYCINFO	Käytetyt tietokannat: CINAHL OVID JA PUBMED (tarkennettu haku)
<p>HOIT AND</p> <ul style="list-style-type: none"> • esimi? • vastuu? <p>ESIMIE OR</p> <ul style="list-style-type: none"> • vastuu* • oikeudenmuk* • superior* • manager* • responsibil* • accountabil* • vastuullinen johtajuus* 	<p>JOHTAJ OR</p> <ul style="list-style-type: none"> • leader* • management* • vastuu* • työnantaj* <p>ESIMIE AND</p> <ul style="list-style-type: none"> • vastuu* • puuttu* • intervent* • accountab* • responsib* • työterv* <p>ESIMIE OR</p> <ul style="list-style-type: none"> • occupational health* <p>TYÖKYKY OR</p> <ul style="list-style-type: none"> • work capacity' • sairauslom* • sairauspoissa* • sick leave* • mielenterv* • päiht* • alcohol* • substance abuse • drug abuse <p>TYÖKYKY AND</p> <ul style="list-style-type: none"> • johtaj or leader* • personnel management* • human resource management* <p>VASTUU AND</p> <ul style="list-style-type: none"> • accountabil* • rensib* • intervent* 	<p>SUBSTANCE ABUSE OR</p> <ul style="list-style-type: none"> • drug abuse <p>SUBSTANCE ABUSE AND</p> <ul style="list-style-type: none"> • nurses • physicians

Liite 2. Hoitotyönjohtajien eettinen koodisto

HOITOTYÖN JOHTAJAN EETTINEN KOODISTO



Liite 3. Hermostoon vaikuttavat lääkkeaineet ([http:// www.fimea.fi/laaketieto/atc.](http://www.fimea.fi/laaketieto/atc))

N HERMOSTOON VAIKUTTAVAT LÄÄKKEET

N01 Anestesia-aineet

N02 Analgeetit

N03 Epilepsialääkkeet

N04 Parkinsonismilääkkeet

N05 Psykoosi- ja neuroosilääkkeet

N06 Masennuslääkkeet ja keskushermostoa stimuloivat lääkkeet

N07 Muut hermostoon vaikuttavat lääkkeaineet

N01 Anestesia-aineet

N01A Yleisanesteetit

N01B Paikallisuudutteen

N02 Analgeetit

N02A Opioidit

N02B Muut analgeetit ja antipyreetit

N02C Migreenilääkkeet

N03 Epilepsialääkkeet

N03A Epilepsialääkkeet

N04 Parkinsonismilääkkeet

N04A Antikolinergit

N04B Dopaminergit

N05 Psykoosi ja neuroosilääkkeet sekä unilääkkeet

N05A Psykoosilääkkeet

N05B Neuroosilääkkeet ja rauhoittavat aineet

N05C Unilääkkeet

N06 Masennuslääkkeet ja keskushermostoa stimuloivat lääkkeaineet

N06A Masennuslääkkeet

N06B Keskushermostoa stimuloivat lääkkeaineet

N06C Psykykläkkeiden yhdistelmävalmisteet

N06D Dementialääkkeet

MUUT HERMOSTOON VAIKUTTAVAT LÄÄKKEET

N07A Parasympatomimeetit

N07B Riippuvuudenhoitoon tarkoitetut lääkkeet

N07BC OPIOIDIRIIPPUVAISTEN HOITOON KÄYTETTÄVÄT LÄÄKEAINEET

N07BC01 Buprenorfiini

N07BC02 Metadoni

N07BC03 Levasetyylimetadoli

N07BC04 Lofeksidiini

N07BC05 Levometadoni

N07BC06 Diamorfiini

N07BC51 Buprenorfiini, yhdistelmävalmisteet

N07C Huimauslääkkeet

N07X Muut hermostoon vaikuttavat lääkkeaineet

