



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Tiamiini-injektioiden käyttö osana alkoholin suurkuluttajien hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla

Ainasto, Petri

2015 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Tiamiini-injektoiden käyttö osana alkoholin suurkuluttajien hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla

Ainasto, Petri
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
toukokuu, 2015

Ainasto Petri

Tiamiini-injektioiden käyttö osana alkoholin suurkuluttajien hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla

Vuosi 2015 Sivumäärä 39

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Helsingin selviämishoitoasemalle toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää B1-vitamiinin korvaushoitoa osana alkoholin suurkuluttajien hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa nykytilan kuvaus B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumisesta Helsingin selviämishoitoasemalla osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa. Tavoitteena oli myös tuottaa tietoa selviämishoitoaseman hoitohenkilökunnalle B1-vitamiinin merkityksestä Wernicken enkefalopatian ehkäisyssä osastotunnin muodossa.

Nykytilan kuvaus syntyi kahden kuukauden (helmi-maaliskuu 2015) pituisen B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumisen seurannan avulla. Nykytilan kuvauksella pyrittiin saamaan vastaukset kysymyksiin kuinka monen selviämishoitoasemalla hoidetun alkoholin suurkuluttajan hoitoon kuului tiamiini-injektion anto, sekä mistä syystä alkoholin suurkuluttaja jäi ilman tiamiini-injektiota. Tiedot kerättiin erillisen laatimani seurantalomakkeen avulla ja aineisto analysoitiin SPSS® for Windows 22.0 tilasto-ohjelmalla. Seurannan aikana selviämishoitoasemalla hoidettiin 260 (N = 260) alkoholin pitkäaikaiskäyttäjää. Seurantalomakkeen täyttöasteeksi muodostui 91.2 prosenttia (n = 235). Aineiston ristiintaulukoinnilla saatiin tilastollisesti merkitseviä tuloksia potilaan hoitoajan ja ikäjakauman vaikutuksesta korvaushoidon toteutumiseen.

B1-vitamiinikorvaushoito toteutui seurantajakson aikana noin 53 prosentilla alkoholin suurkuluttajista osana heidän selviämishoitoaan. Noin 20 prosenttia seurantajakson aikana hoidetuista potilaista kieltäytyi tiamiini-injektioista. Korvaushoito jäi tarjoamatta noin 19 prosentille potilaista ja Injektiota ei ehditty tarjota potilaan siirtyessä hoitoon toisaalle noin 8 prosentissa potilaista. Seurantajaksolta saatuihin tuloksiin vaikutti henkilökunnan aktiivisempi B1-vitamiinikorvaushoidon tarjoaminen, joten seurantajaksolta saatuja tuloksia ei voida suoraan rinnastaa seurantajakson ulkopuoliseen aikaan. Osastotunnin tavoitteet henkilökunnan tiedon lisääjänä Wernicken enkefalopatiasta täyttyivät hyvin.

B1-vitamiinikorvaushoidon toteuttamisessa Helsingin selviämishoitoasemalla on kehitettävää erityisesti nuorten alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien sekä ajallisesti lyhyiden hoitajaksojen potilaiden kohdalla. Korvaushoidon toteutuminen vaatii myös hoitohenkilökunnan sitoutumista ja aktiivista otetta asiaan.

Asiasanat: alkoholi, B1-vitamiini, neurologia, selviämishoito, tiamiini, Wernicke

Ainasto Petri

The use of thiamine injections a part of the curative treatment of major consumers of alcohol in the sobering station of Helsinki

Year	2015	Pages	39
------	------	-------	----

The subject of this thesis was conducted in the sobering station of Helsinki as a functionally approached thesis. The purpose of the thesis was to develop replacement therapy of vitamin B1 as part of the curative treatment of the major consumers of alcohol in the sobering station of Helsinki. The aim of the thesis was to produce a description of how the replacement therapy of vitamin B1 is used in the sobering station of Helsinki, as part of the curative treatment of major consumers of alcohol. One of the aims was also to produce information of the importance of the vitamin B1 for preventing the Wernicke's encephalopathy, for training purposes of the medical staff in the sobering station.

The current description was formed within two months (February-March 2015) of following the success of vitamin B1 replacement therapy. The aim of describing the current status was to get answers to the questions of how many of the major consumers of alcohol in the sobering station were given thiamine injections and why some of the major consumers of alcohol were left without the thiamine injections. The data was collected with the help of a separate follow-up form and the material was analyzed with SPSS® for Windows 22.0 statistics program. During the follow-up totally 260 (N = 260) major consumers of alcohol were treated in the sobering station. The coverage of the total data was 91, 2 percent (n = 235). With the cross-tabulation of the material, statistically significant results for the success of the replacement therapy were received of the importance of age group and duration of treatment.

During the follow-up period, approximately 53 percent of the major consumers of alcohol were covered with vitamin B1 replacement therapy as part of their sobering treatment. About 20 percent of the patients treated during the follow-up period refused to take thiamine injections. Replacement therapy was not offered to about 19 percent of the patients and there was no opportunity to offer injections to about 8 percent of the patients as they were transferred to be treated elsewhere. Results received of the follow-up period were influenced by the more active offering of vitamin B1 replacement therapy offered by the medical staff, so the results are not valid to be compared to the treatment period outside of the follow-up period. The aim of increasing the knowledge of the Wernicke's encephalopathy for training purposes of the medical staff was reached well.

Development is needed in the vitamin B1 replacement therapy in the sobering station of Helsinki, especially when treating young major consumers of alcohol and for patients who are treated within short treatment periods. The success of the replacement therapy also demands commitment and active approach of the medical staff.

Keywords: alcohol, vitamin B1, neurology, sobering, thiamine, Wernicke

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät	7
3	Alkoholin suurkulutus	7
3.1	Alkoholi ja suomalaiset	7
3.2	Alkoholin suurkulutuksen terveysvaikutukset	8
3.3	Alkoholin suurkulutuksen sosiaaliset ja yhteiskunnalliset vaikutukset	9
3.4	Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen	9
3.5	Päihdepalvelujen tarjonta	10
4	Wernicken enkefalopatia	11
4.1	Wernicken enkefalopatian taustaa	11
4.2	Wernicken taudin oireisto	11
4.3	Wernicken taudin esiintyvyys ja diagnosointi	12
4.4	Tiamiini, eli B1-vitamiini	13
4.5	Tiamiini Wernicken enkefalopatian ehkäisyssä	13
5	Opinnäytetyön toteuttaminen	14
5.1	Opinnäytetyö toiminnan kehittäjänä	14
5.2	Opinnäytetyön toimintaympäristö	15
5.3	B1-vitamiinikorvaushoidon nykytilan kuvaus	17
5.4	Seurantalomake ja kohderyhmä	18
5.5	Seurantalomakkeella saadun tiedon analysointi	19
5.6	Osastotunnin tavoitteet ja toteutus	20
6	Opinnäytetyön tulokset	20
6.1	Taustamuuttujien kuvaus	20
6.2	B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen Helsingin selviämishoitoasemalla ..	22
6.3	Toteutumatta jääneet B1-vitamiinikorvaushoidot	23
6.4	Hoidon toteutumiseen vaikuttaneet tekijät	24
7	Opinnäytetyön arviointi	25
7.1	Opinnäytetyön aineiston keruun arviointi	25
7.2	Opinnäytetyön aineiston analysoinnin ja luotettavuuden arviointi	26
7.3	Osastotunnin arviointi	29
8	B1-vitamiinikorvaushoidon kehittämis ehdotukset Helsingin selviämishoitoasemalle	31
	Liitteet	34

1 Johdanto

Runsas alkoholinkäyttö ja humalahakuinen juominen on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Alkoholien suurkulutuksen vaikutukset yksilön terveyteen ovat moninaiset. Runsaan alkoholinkäytön seurauksena kasvaa alttius sairastua lukuisiin sydän- ja verisuonitauteihin, elimellisiin sairauksiin, kuten maksakirroosiin ja haimatulehdukseen sekä alkoholin aiheuttamiin keskus- ja ääreishermoston sairauksiin. Runsaalla alkoholinkäytöllä on merkittävä vaikutus myös psyykkisten sairauksien puhkeamiseen ja niiden hoidon vaikeutumiseen sekä tapaturma-alttiuden lisääntymiseen. (Aalto 2014.)

Alkoholien suurkuluttajilla on huomattava riski sairastua Wernickin oireyhtymään joka on seurausta yksipuolisen ruokavalion, imeytymishäiriön sekä oksentelun aiheuttamasta tiamiinin (B1-vitamiini) vajeesta. Wernickin oireyhtymässä aiheutuu neuropatologisia muutoksia aivojen valkean aineen, aivorungon ja talamuksen alueille. Wernickin oireyhtymän ehkäisyyn käytettävänä on tiamiinin anto lihakseen tai suonensisäisesti jo pelkän Wernickin oireyhtymän epäilyn perusteella. Wernickin oireyhtymä on valitettavan huonosti tunnistettu ja alidiagnostoitu, hoitamattomana tauti etenee noin 80 % Korsakoffin psykoosiin, jossa muistivauriot voivat olla pysyviä. (Vataja 2010.)

Helsingin selviämishoitoasema on hoidollinen tarkkailuyksikkö päihtyneille potilaille heidän lyhytaikaista toipumista ja hoitoaan varten. Selviämishoitoasemalla hoidettavien potilaiden pääpäähde on perinteisesti ollut alkoholi, mutta nykyisin enenevässä määrin mukana ovat myös huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäyttö. Selviämishoitoasemalla toteutettavan hoidon periaatteiksi on linjattu turvallisuus, kokonaisvaltaisuus, yksilöllisyys ja hoidon jatkuvuus. Selviämishoitoasemalla toteutetaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä ja henkilökunnan koulutus ja osaamisen kehitystyö on jatkuvaa. Lääkehoidon toteuttamiseen selviämishoitoasemalla osallistuu koko hoitohenkilökunta yksikön lääkehoitosuunnitelman määrittämien oikeuksien rajoissa. Selviämishoitoaseman henkilökunnalla on valmiudet toteuttaa niin enteraalista kuin parenteraalistakin (i.v., i.m., s.c.) lääkehoitoa. (Selviämishoitoaseman toimintakertomus 2014.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää B1-vitamiinin korvaushoitoa osana alkoholien suurkuluttajien hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla. Tavoitteena on tuottaa nykytilan kuvaus B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumisesta Helsingin selviämishoitoasemalla osana alkoholien suurkuluttajan hoitoa sekä lisätä tietoa B1-vitamiinin merkityksestä Wernickin enkefalopatian ehkäisyssä. Opinnäytetyön aihe ja tarve nousi esiin Helsingin selviämishoitoaseman osastonhoitajan kanssa käydyistä keskusteluista. Tämänhetkisen arvion mukaan osa Helsingin selviämishoitoasemalla hoidettavista potilaista jää ilman B1-vitamiinin korvaushoitoa osana hoitoaan. Opinnäytetyön tekijä työskentelee tällä hetkellä Helsingin selviämishoitoasemalla

sairaanhoitajan sijaisuudessa ja edeltävästi on toiminut useamman vuoden ajan lähihoitajana Helsingin selviämishoitoasemalla.

2 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää B1-vitamiinin korvaushoitoa osana alkoholin suurkuluttajien hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla. Tavoitteena on tuottaa nykytilan kuvaus B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumisesta Helsingin selviämishoitoasemalla osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa, sekä lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä B1-vitamiinin merkityksestä Wernicken enkefalopatian ehkäisyssä osastotunnin muodossa. Tämänhetkisen arvion mukaan osa alkoholin suurkuluttajista jää Helsingin selviämishoitoasemalla ilman B1-vitamiiniinjektiota.

Tehtävä 1.

Tuottaa nykytilan kuvaus tämänhetkisestä B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumisesta Helsingin selviämishoitoasemalla. Nykytilan kuvaus toteutetaan kehittämäni seurantalomakkeen avulla ja lomakkeella saadun tiedon analysoinnin perusteella pyritään saamaan vastaus seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuinka monen selviämishoitoasemalla hoidetun alkoholin suurkuluttajan hoitoon kuuluu tiamiini-injektion anto?
2. Mistä syystä alkoholin suurkuluttaja jäi ilman tiamiini-injektiota?
3. Mitkä tekijät vaikuttivat hoidon toteutumiseen?

Tehtävä 2.

Tuottaa osastotunti, jonka aiheena on Wernicken enkefalopatia ja sen ehkäisy. Tavoitteena on lisätä hoitohenkilökunnan tietämystä Wernicken enkefalopatian tunnistamisesta, ehkäisyä ja hoidosta. Osastotunnilla käsitellään myös seurantalomakkeen avulla kerätty analysoitu tieto B1-vitamiinin korvaushoidon nykyhetken toteutumisesta Helsingin selviämishoitoasemalla.

3 Alkoholin suurkulutus

3.1 Alkoholi ja suomalaiset

Alkoholiongelma on yhteiskuntamme yksi merkittävimmistä terveysuhkista, jonka tunnistamisessa terveydenhuollon toimijoilla on merkittävä rooli. Terveydenhuollon toimijoiden tulee

ymmärtää alkoholiongelman yleisyys ja pyrkiä ongelman aktiiviseen tunnistamiseen. Tärkeimpänä alkoholiongelman tunnistamiskeinona nähdään potilaan haastattelu alkoholinkäytöstä. Alkoholinkäyttö on Suomessa kansallisella tasolla eurooppalaista keskitasoa, ongelmallisen siitä tekee Suomessa runsas humalahakuinen juominen ja suuret annosmäärät. Vuonna 2007 alkoholin aiheuttamiin syihin kuoli 2167 henkilöä, joista työikäisiä oli peräti noin 83 %. Alkoholin riskikäyttäjia on arvioitu Suomessa olevan jopa puoli miljoonaa. Terveydenhuollon asiakkaista arviolta 20 % miehistä ja 10 % naisista on alkoholin ongelmakäyttäjia. (Käypä hoito 2011.)

Alkoholin kulutus on Suomessa kasvanut viimeisen viidenkymmenen vuoden aikana kahdesta litrasta puhdasta alkoholia kymmeneen litraan puhdasta alkoholia vuodessa asukasta kohden. Väkevien alkoholien ja vahvan oluen kulutus on vähentynyt viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana, mutta keskioluen ja viinien kulutus on vastaavana aikana enemmän kuin tuplaantunut. Vuonna 2008 alkoholisairauksien aiheuttamia hoitajaksoja suomalaisessa terveydenhuollossa oli 37 600 ja alkoholisairauksien aiheuttamia hoitopäiviä yli 200 000. Alkoholista johtuvia asiointeja sosiaali- ja terveystalveluissa oli vuonna 2008 2,1 miljoonaa ja poliisin tekemiä päihityneiden säilöönottoja 94 000. Noin 70 % pahoinpitelyistä väkivallan tekijä oli alkoholin vaikutuksen alainen. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 13-21.)

3.2 Alkoholin suurkulutuksen terveysvaikutukset

Arvioitaessa alkoholinkäytön vaikutuksia terveyteen käytetään riskirajoja. Riskirajan ylittävässä käytössä suositellaan terveysneuvonnan aloittamista. Naisilla alkoholin päivittäisen käytön riskirajana pidetään 20 grammaa puhdasta alkoholia, joka vastaa noin kahta ravintola-annosta. Naisten humalahakuisen juomisen rajana pidetään viikoittain toistuvaa vähintään viiden ravintola-annoksen nauttimista. Miehillä päivittäisen käytön riskirajana pidetään 40 grammaa puhdasta alkoholia, joka vastaa noin neljää ravintola-annosta ja seitsemän annoksen viikoittaista toistuvaa nauttimista. Viikoittaiset riskirajat miehillä ovat yli 24 annosta ja naisilla yli 16 annosta. Riskirajat eivät ole absoluuttisia, negatiivisia terveysvaikutuksia voi syntyä vähäisemmälläkin käytöllä. Ikääntyvillä riskirajat ovat huomattavasti matalammat, viikoittaisen riskikulutuksen rajana pidetään 8 annosta. Humalahakuinen juominen on aina ongelmallista ja edesauttaa terveyshaittojen syntymistä. Kuitenkin kohtuullisella alkoholinkäytöllä katsotaan olevan myös positiivisia terveysvaikutuksia, kohtuullisen alkoholinkäytön katsotaan alentavan riskiä sairastua esimerkiksi sepelvaltimo- ja sappikivitautiin. (Käypä hoito 2011.)

Alkoholin suurkulutus aiheuttaa lukuisia ja merkittäviä elimellisiä sairauksia. On vielä selvittämättä miksi toisille alkoholin suurkuluttalille aiheutuu elimellisiä vaurioita toisia herkemmin. Esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksista alkoholin ongelmakäyttäjillä verenpaineen kohoaminen on jopa 4 kertaa yleisempää ja kardiomyopatiaan sairastumisen riski on satakert-

tainen muuhun väestöön verrattuna. Päivittäinen 2-4 annoksen alkoholinkäyttö sekä kerralla nautittujen annosten suuri määrä lisää eteisvärinän riskiä. Alkoholimaksasairauksiin kuolee Suomessa noin 1 000 ja alkoholimyrkytyksiin noin 600 henkeä vuosittain. Erilaisista syöivistä alkoholin liikkakäyttö lisää rintasyöpään ja ruoansulatuskanavan syöpiin sairastumista ja vuosittaisista haimatulehduksista alkoholi aiheuttaa noin 80 %. Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa mielenterveysongelmia sekä lisää itsemurhariskiä. Alkoholiriippuvuuksiin liittyvät myös erilaiset uni- ja hormonitoiminnan häiriöt. Neurologisia sairauksia aiheuttavat aivoverenvuodot ovat alkoholista riippuvaisilla kaksinkertaiset ja aivovammat kolme kertaa yleisempiä kuin muulla väestöllä. (Käypä hoito 2011.) Neurologisista sairauksista alkoholiriippuvaisen pikkuaivoatrofiaa, polyneuropatiaa ja alkoholidementiaa käsittelemme tarkemmin tässä opinnäytetyössä Wernicken enkefalopatiaa käsittelevässä osuudessa.

3.3 Alkoholin suurkulutuksen sosiaaliset ja yhteiskunnalliset vaikutukset

Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa kärsimystä paitsi alkoholin suurkuluttajalle henkilökohtaisesti, myös hänen lähipiirilleen. Runsaalla alkoholinkäytöllä on myös merkittäviä taloudellisia vaikutuksia yhteiskunnallisella tasolla. THL:n raportin alkoholinkäytön haitoista (2013, 35-36, 39) mukaan, esimerkiksi lasten huostaanotoissa alkoholi on ollut osana tai keskeisenä syynä 30-50 prosentissa lasten huostaanotoissa ja on alle 12-vuotiaiden kohdalla vieläkin suurempi. Päihdeongelmaisten äitien määrän katsotaan jopa kaksinkertaistuneen 1990-luvun alusta. Sivullisille alkoholin suurkulutuksen mukanaan tuomat ongelmat näyttäytyvät esimerkiksi rattijuopumuksen aiheuttamina kolareina, alkoholin vaikutuksen alaisen henkilön tekeminä pahoinpitelyinä, alkoholin aiheuttamina onnettomuuksina, väkivallantekoina sekä vahingontekoina. Vuonna 2010 alkoholinkäytön aiheuttamien haittavaikutusten kustannus oli yhteiskunnallisesti noin 1,3 miljardia euroa. Tämä summa kertyy yleisen turvallisuuden ja järjestyksen ylläpidosta, julkisen terveydenhuollon kustannuksista, sosiaalietuuksien ja sosiaalipalveluiden sekä eläkkeiden aiheuttamista kustannuksista. Välillisiä alkoholin aiheuttamia kustannuksia työpanoksen menetyksen kautta on arvioitu vuonna 2009 olleen noin 600 miljoonaa euroa.

3.4 Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen

Päihteidenkäyttö aiheuttaa lukuisia käyntejä terveydenhuollon toimipisteissä ja se osaltaan helpottaa päihdeongelman tunnistamista. Päihteiden ongelmakäyttöä epäiltäessä siitä tulisi kysyä suoraan ja kiertelemättä. Apuna alkoholin liikkakäytön tunnistamisessa voidaan käyttää alkoholinkulutuksen mittaria (AUDIT-kysely), erilaisia laboratoriokokeita sekä alkoholipitoisuuden määrittämistä hengitysilmasta tai verestä. Potilaan käyttäytyminen ja sairauskertomus voivat tukea epäilyä päihteiden liikkakäytöstä. Merkkejä alkoholin liikkakäytöstä voivat olla esimerkiksi potilaan toimintakyvyn lasku, kouristukset ja epilepsia. Myös erilaiset ihosairaudet ja ihon punottaminen, kohonnut verenpaine sekä rytmihäiriöt voivat antaa viitteitä alkoholin

suurkulutuksesta. Alkoholin liikkakäyttöön voivat viitata myös potilaan tapaturma-alttius ja ongelmat ihmissuhteissa. (Holopainen 2013.)

3.5 Päihdepalvelujen tarjonta

Päihdepalvelujen toimivuudesta vastaava vastuullinen viranomainen on Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö ja päihdepalvelujen laatua valvovat Valvira sekä aluehallintovirastot. Kuntien vastuulla on päihdepalvelujen järjestäminen. Päihdepalveluja tarjotaan kunnissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina sekä erikoistason sairaanhoitopalveluina. Päihdehuollon palveluja tarjotaan avohoito- ja laitoshoitomuotoina sekä kuntoutus-, tuki- ja asumispalveluina. (STM 2014.)

Helsingin kaupunki tarjoaa päihdepalveluja muun muassa verkossa itsehoitosivujen avulla, terveysasemilla, päihdepoliklinikoilla, päihdepsykiatrian poliklinikalla, päihdepsykiatrian erityispalveluina sekä vieroitushoitoasemilla. Helsingin terveysasemilla työskentelevät päihde-työntekijät tarjoavat apua matalalla kynnyksellä niin päihdeongelmalliselle, kuin myös potilaiden omaisille. Akuutteja päihteisiin liittyviä sairauksia hoidetaan kaupunginsairaaloiden päivystyksissä ja erikoissairaanhoidon päivystyspoliklinikoilla. Yksi keskeinen päihdehuollon toimija Helsingissä on selviämishoitoasema, jonne terveyskeskuspäivystys, eri poliklinikat, ensihoito ja poliisi voivat siirtää potilaita ja asiakkaita tarvittaessa. (Helsingin kaupunki 2014.)

Selviämishoitoasemien tai selviämishoidon toiminnan perusteista ja prosesseista Suomessa löytyy kirjallisuudesta vain niukasti tietoa. Selviämisasemalla tarkoitetaan terveydenhuollon laitteilla ja osaamisella varustettua yksikköä, joka kykenee tutkimaan ja arvioimaan päihtyneen henkilön terveydentilaa säännöllisesti sekä reagoimaan tarvittaessa terveydentilan akuutteihin muutoksiin. Itäsuomalaisella selviämisasemalla tehdyn asiakkaiden terveydentilan seuranta arvioivan tutkimuksen mukaan tyypillinen potilas selviämisasemalla oli työikäinen mies, jonka alkoholipitoisuus uloshengityksestä oli 2,6 promillea. (Rissanen, Paakkonen, Kesti & Nurmi 2009.)

Selviämishoidon yleisinä tavoitteina on sekä putkakuolemien ehkäisy, että päivystystoimintojen kuormituksen vähentäminen ohjaamalla päihtyneet sairaalahoitoa tarvitsemattomat, mutta terveydenhuollon seuranta lyhytaikaisesti tarvitsevat potilaat erillisille selviämishoitoasemille. Päihtymystila ei saa estää potilaan hoitoon pääsyä ja lain mukaan myös päihtyneen potilaan terveydentila on arvioitava terveydenhuoltohenkilökunnan toimesta. Selviämishoitoasemia on perustettu tavallisesti päivystystoimintojen, poliisin säilöönottosuojien (putkat) tai päihdehuollon laitosten välittömään läheisyyteen. Selviämishoitoasemilla potilaiden terveydentila tutkitaan ja sitä arvioidaan seurannan aikana sekä reagoidaan terveydentilan muutoksiin ja turvataan potilaan elintoiminnot. Selviämishoitoasemat toimivat useiden eri

toimijoiden rajapinnassa ja tekevät näin tiivistä yhteistyötä poliisin, ensihoidon, sairaala-päivystysten, päihdehoidon sekä sosiaalityön kanssa. Selviämishoitoasemilla hoitotyöntekijät motivoivat potilaita jatkohoitoon ja päihdeettömyyteen sekä arvioivat potilaiden jatkohoidon tarvetta somatiikan, psykiatrian ja päihdehoidon palvelujen näkökulmista. (THL 2012, 38-43.) Rissasen ym. (2009) mukaan koulutetut hoitajat kykenivät lääkärikonsultaation ja asianmukaisen toimintaohjeistuksen pohjalta toteuttamaan turvallista ja asianmukaista selviämishoitoa tutkimuksen kohteena olleella selviämisasemalla.

Kuntien ylläpitämiä selviämisasemia ja selviämishoitoasemia on koko Suomessa laskutavasta riippuen vain noin 10-20. Esimerkiksi sisäministeriö on aktiivisesti ajanut niiden lisäämistä, koska sen linjauksen mukaan päihtyneen henkilön säilytys ei kuulu poliisin perustehtäviin. Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut vastikään selviämishoidon kuuluvan uusien perustettavien sosiaali- ja terveysalueiden vastuulle. (Sisäministeriö 2014.) Selviämishoidon järjestämisvastuusta ja kustannuksista keskustelu kuitenkin vielä jatkuu kuntien, valtion ja eri terveydenhuollon toimijoiden kesken (Kuntaliitto 2014; STM 2010, 57-58; STM 2012, 43-45). Kuitenkin jo vuodesta 1973 voimassa olleessa poliisin toimintaa ohjaavassa laissa päihtyneiden henkilöiden käsittelystä (8.6.1973/461) säädetään päihtyneen henkilön toimittamisesta ensisijaisesti selviämisasemalle putkan sijasta.

4 Wernicken enkefalopatia

4.1 Wernicken enkefalopatian taustaa

Wernicken enkefalopatia (aivosairaus, tauti) on yleisimmin seurausta runsaan ja pitkäaikaisen alkoholinkäytön aiheuttamasta B1-vitamiinin (tiamiini) puutteesta. Alkoholien suurkuluttajien ohella Wernicken enkefalopatiaa on tavattu myös alkuraskauden pahoinvoinnista kärsivillä, syöpäpotilailla, erilaisista suoliston imeytymishäiriöstä kärsivillä sekä suolistoleikatuilla potilailla. (Bode, Karttunen, Jartti, Littow & Karttunen 2005, 547.) Wernicken enkefalopatia on saanut nimensä vuonna 1881 saksalaisen neurologin Carl Wernicken mukaan. Alkuperäiseksi nimeksi sairaudelle Wernicke antoi ruumiinavauslöydösten perusteella polioencephalitis hemorrhagica superioris ja sairaus osattiin liittää puutteelliseen ruokavalioon vasta noin puoli vuosisataa myöhemmin. (Donnino, Vega, Miller & Walsh 2007, 715.) Wernicken tauti on yhteydessä merkittävään sairastavuuteen ja kuolleisuuteen, tauti on nykyisinkin valitettavan alidiagnostoitu (Sechi & Serra 2007, 442).

4.2 Wernicken taudin oireisto

Wernicken enkefalopatia on vakava neurologinen sairaus ja taudin kolmeen klassiseen oireistoon kuuluvat silmän liikkeen häiriöt (nystagmus, silmänvärve), erilaiset tahdonalaisten liik-

keiden häiriöt (ataksia) sekä erilaiset sekavuustilat (Bode ym. 2005, 457). Wernicken taudin oireisto voi kuitenkin vaihdella ja varmaan diagnoosiin johtavia kliinisiä oireita tai löydöksiä ei ole (Hillbom & Marttila 2010, 2133). Muita Wernicken taudin oirekuvaan sopivia oireistoja sekä löydöksiä ovat esimerkiksi uneliaisuus ja tajuttomuus, käyttäytymisen muutos, aloitekyvyttömyys, euforia, satuilu, polyneuropatia, ali- tai yllämpöisyys sekä molemminpuolinen näköhermon nystyn turvotus (Hillbom & Pyhtinen 2000, 750).

Wernicken tautia sairastavista arviolta 85 % tauti etenee hoitamattomana Korsakoffin psykoosiin (Wernicke-Korsakoffin oireyhtymä), jossa lähimuistin tuhoutuminen voi olla pysyvä ja peruuttamaton. Korsakoffin psykoosiin sairastuneista arviolta 25 % tulee tarvitsemaan pitkäaikaislaitoshoidoa (Thomson & Marshall 2006, 163). Korsakoffin syndrooman parhaana hoitona katsotaan olevan Wernicken enkefalopatian varhainen tunnistaminen sekä oikea-aikainen ja riittävä tiamiinihoito. Wernicke-Korsakoffin syndrooma on seurausta sekä tiamiinivajeesta, että alkoholin neurotoksisuudesta (Thomson, Guerrini & Marshall 2012, 82.)

4.3 Wernicken taudin esiintyvyys ja diagnosointi

Kehittyneissä maissa yleisin Wernicken taudin aiheuttaja on alkoholin väärinkäyttö (suurkulutus), mutta selvää yhteyttä esiintyvyydessä ei ole osoitettu olevan esimerkiksi alkoholin kansallisen litramääräisen kulutuksen kanssa. Taudin esiintyvyydessä on maantieteellisiä eroja ja siihen katsotaan vaikuttavan eroavaisuudet ruokavaliossa ja joidenkin kansallisuuksien tapaa lisätä tiamiinia elintarvikkeisiin. Tautia esiintyy yleisimmin miehillä ja naisten osuus on yksi seitsemää miestä kohden. (Sechi & Serra 2007, 443.) Wernicken taudin esiintyvyyden kartoituksen haasteellisuutta lisää sen vaikea diagnosointi ja puutteellinen tunnistaminen. Wernicken taudin diagnoosi ennen ruumiinavausta on harvinainen. Suomessa taudin esiintyvyyttä ei ole milloinkaan tutkittu, mutta sen arvioidaan olevan noin 0.8 %, eli samaa luokkaa kuin norjalaisessa ruumiinavauksien yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa. Samassa tutkimuksessa todettiin Wernicken taudin olevan 33 kertaa yleisempi alkoholisteilla kuin muulla väestöllä. (Hillbom & Marttila 2010, 2132.) Alkoholiongelmaisen käypä hoito-suosituksen mukaan riski sairastua Wernicken enkefalopatiaan on alkoholista riippuvaisella noin 50-kertainen (Käypä hoito 2011).

Katsauksessaan vitamiininpuutosten aiheuttamista enkefalopatioista Hillbom & Marttila (2010, 2133) korostavat, että taudin diagnosointi on kliininen. Diagnoosia tukevat laboratoriotulokset ilmenevä veren alhainen tiamiinipitoisuus ja aivojen magneettikuvauslöydökset. Joissain harvinaisissa tapauksissa Wernicken tautia sairastavan veren tiamiinipitoisuus voi olla viiterajoissa ja toisaalta magneettikuvauslöydökset voivat olla samoja mitä esiintyy muissakin sairauksissa. Wernicken diagnoosista voidaan varmistua vasta potilaan parantuessa, kun hän on saanut riittävän määrän ja riittävän pitkään tiamiinia.

4.4 Tiamiini, eli B1-vitamiini

Tiamiini on elimistössä luonnostaan esiintyvä vesiliukoinen vitamiini. Tiamiinin tarve terveellä ihmisellä on vuorokaudessa noin 1-2 milligrammaa, alkoholin suurkuluttajilla, raskaana olevilla naisilla sekä imettävillä hieman korkeampi. Hyviä tiamiinin lähteitä ovat esimerkiksi täysjyvävilja, pavut ja sianliha. Suomalaisella monipuolisella ravitsemuksella tiamiinin riittävä saanti on turvattu. Tiamiinia saa elintarvikkeista helposti, esimerkiksi riisi-vehnämuroissa on tiamiinia noin 2 mg/100 grammaa kohti. (THL 2015.)

Tiamiinia varastoituu eri kudoksiin noin 30 mg, pääosin aivoihin, maksaan ja lihaksiin. Alkoholin suurkuluttajan tiamiinivajeen syyt ovat moninaiset, toisaalta alkoholi ehkäisee tiamiinin imeytymistä ja toisaalta alkoholin suurkuluttajan ravinto itsessään sisältää vain vähän tiamiinia. Alkoholi palaessaan myös syrjäyttää energianlähteenä hiilihydraatit, jolloin hiilihydraattiaineenvaihdunnasta huolehtivien entsyymisen pitoisuus kudoksissa pienenee. Useissa maissa lisätään elintarvikkeisiin tiamiinia, tarkoituksena ehkäistä tiamiinivajetta. (Hillbom & Marttila 2010, 2133.)

Aivojen asianmukainen toiminta edellyttää jatkuvaa tiamiinin saantia ja aivot ovat erityisen haavoittuvat tiamiinin saannin häiriinnyttyä (Thomson ym. 2012, 86). Tiamiini osallistuu hiilihydraattiaineenvaihduntaan ja mitä enemmän elimistö saa hiilihydraatteja, sitä enemmän tarvitaan tiamiinia. Tiamiinia tulisi antaa riskipotilaille ennen hiilihydraattipitoisen ravinnon tai suonensisäisen glukoosin antamista, pahimmillaan glukoosin tai hiilihydraattien anto voi puhkaista Wernicken enkefalopatian jos siihen ei osata varautua. (Hillbom & Marttila 2010, 2134.) Henkeä pelastavan glukoosin antaminen ei kuitenkaan saa olla riippuvainen tiamiinin antamisesta (Donnino ym. 2007, 718).

Elimistön tiamiinivarastot kuluvat varsin nopeasti, jo 1-3 viikon kuluessa tiamiinin saannin loppumisesta voi Wernicken enkefalopatia kehittyä (Hillbom & Marttila 2010, 2132). Tiamiinin puutos voi Wernicken oireyhtymän ohella aiheuttaa Beriberin oireyhtymän, jonka oireistoon kuuluvat polyneuropatia ja nopeasti ilmaantunut sydämen vajaatoiminta. Beriberiin voi liittyä myös turvotuksia, tämän perusteella tauti voidaan jaotella kuivaan ja märkään Beriberiin. Beriberin oireyhtymän syntyyn katsotaan liittyvän myös muiden B-vitamiinien vajetta. (Donnino ym. 2007, 717.)

4.5 Tiamiini Wernicken enkefalopatian ehkäisyssä

Tiamiinin tehosta on Wernicken taudin hoidossa tehty ainoastaan yksi tutkimus ja vähäisten tutkimustulosten johdosta ei voida määritellä suositeltavaa antotapaa tai annostusta. Englannissa suositellaan Wernicken enkefalopatian hoidoksi tiamiinia 500-1000 mg kolmasti vuoro-

kaudessa joko suonen- tai lihaksensisäisesti. Eurooppalainen suositus on 200 mg tiamiinia jo pelkän taudin epäilyn perusteella kahdesti tai kolmasti vuorokaudessa ja sitä tulisi jatkaa niin pitkään, että toipumista ei enää havaita. (Hillbom & Marttila 2010, 2134.) Katsauksessaan Wernicken enkefalopatiasta Donnino ym. (2007, 719) suosittelevat tiamiinin antoa ensisijaisesti suonensisäisesti sen paremman vaikuttavuuden perusteella. Wernicken taudin hoidossa ruoansulatuskanavan kautta annettu tiamiini ei imeydy riittävästi (Hillbom 2013).

Suosituksissa Wernicken enkefalopatian ehkäisyksi ja hoidoksi käytettävän tiamiinin annostukset ovat kasvussa. Katsauksessaan Donnino ym. (2007, 719) toteaa olleen potilastapauksen, jossa yleisenä annostuksena Suomessakin aikaisemmin pidetyn 100 mg tiamiinia lihaksensisäisesti kerran päivässä oli riittämätön. Donnino ym. (2007, 719) suosittelee antamaan matalan riskin potilaille minimissään 100 mg tiamiinia suonensisäisesti ja korkeassa riskissä sekä kliiniset Wernicken enkefalopatian oireet täyttävälle potilaille jopa 500 mg tiamiinia suonensisäisesti. Puolestaan katsauksessaan Wernicken enkefalopatiasta Sechi & Serra (2007, 450-451) suosittelevat Wernicken taudin hoidoksi 500 mg tiamiinia kolmasti päivässä kahden tai kolmen päivän ajan, erityisesti potilaille joilla on havaittavissa Wernicken kliinisiä oireita. Wernicken taudin ehkäisyksi riskipotilaille he suosittelevat tiamiinia 250 mg päivässä 3-5 päivän ajan. Nämä suositukset Wernicken ehkäisyksi ja hoidoksi on otettu myös osaksi suomalaista alkoholiongelmaisen käypä hoitoa (Käypä hoito 2011).

Tiamiinin käyttö osana alkoholiongelmaisen hoitoa on varsin turvallista. Englannissa on raportoitu (Donnino ym. 2007, 719) viimeisen 40-vuoden aikana kolme anafylaktista reaktiota tiamiinin käytön yhteydessä. Katsauksessaan Sechi & Serra (2007, 451-452) toteavat haittavaikutusten liittyvän yleensä suonensisäiseen tiamiinin antoon. Haittojen ehkäisemiseksi suonensisäinen tiamiini tulisi lisätä 100 ml 0.9 % keittosuolaliuokseen tai 5 % glukoosiin ja antaa potilaalle 30 minuuttia kestäväenä hitaana infuusiona. Suomessa yleisesti käytettävä tiamiinivalmiste on Neuramin® 50 mg/ml injektiooliuos, joka sisältää tiamiinin lisäksi apuaineina etanolia, metyyli parahydroksibentsoaattia, propyyli parahydroksibentsoaattia sekä aquaa. Neuramin® valmisteyhteenvedon mukaan vasta-aiheet liittyvät lähinnä yliherkkyyteen apuaineille ja haittavaikutukset annosteluohjeet ylittävään käyttöön. (Lääketietokanta 2015.)

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

5.1 Opinnäytetyö toiminnan kehittäjänä

Toiminnan kehittäminen nähdään käsitteenä jo jonkin olemassa olevan asian parantamisena, korjaamisena ja edistämisenä. Kehittämällä pyritään saavuttamaan jokin ennalta määritelty tavoite, esimerkiksi työyhteisön jonkin toimintatavan selkeyttäminen tai tehostaminen. Tavoiteltaessa muutosta työn tekemisen toimintatapoihin tai menetelmiin, kehittämistoiminta

voidaan kohdistaa myös yksittäisiin työntekijöihin ja työntekijöiden ammatillisen osaamisen kehittämiseen. Kehittämistoiminta voi olla joko sisäistä tai ulkoista, se voi olla myös koko työyhteisön yhteistä toimintaa. Verkostoituminen voi olla myös yksi keino toiminnan kehittämiseen, verkostokumppaneina voivat olla edustettuina esimerkiksi julkissektori, yritykset sekä korkeakoulut. (Toikko & Rantanen 2009, 14-17.)

Terveydenhuollossa muutos ja toiminnan kehittäminen on välttämättömyys, jotta voidaan vastata tulevaisuuden terveystalouteen kohdistuviin haasteisiin ja tarpeisiin. Tutkivan kehittämisen perusteina on kyky kyseenalaistamisen kautta löytää toiminnassa olemassa olevat puutteet ja ryhtyä aktiiviseen toimintaan jo havaittujen puutteiden korjaamiseksi. Tutkivassa kehittämisessä, sana tutkiva antaa viitteitä tutkimuksesta, se voidaan kuitenkin mieltää myös oman toiminnan kriittiseksi tarkasteluksi ja pohdinnaksi sekä uuden tiedon tavoitteluksi. Terveydenhuollon toiminnan yhtenä pienimuotoisena kehittämistapana voidaan pitää ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa tehtäviä opinnäytetöitä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 22, 196-197.)

Näyttöön perustuvasta hoitotyöstä on viimeisen reilun vuosikymmenen aikana tullut yhä tärkeämpi käsite suomalaisessa terveydenhuollossa. Näyttöön perustavalla toiminnalla pyritään parhaan mahdollisen käytettävissä olevan tiedon pohjalta kehittämään hoitotyön laatua ja vaikuttavuutta sekä käyttämään tutkittua tietoa perustana päätöksenteolle. Hoitotyötä tulee ohjata toiminnan kriittinen arviointi ja laatuajattelu. Näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisen vastuu on terveydenhuollon organisaatioilla, oppilaitoksilla sekä tutkimusyksiköillä. Työyhteisöissä tarvitaan näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämiseksi arvojen, rakenteiden ja toimintatapojen muutoksien lisäksi myös hyvää johtajuutta sekä toimivia yhteistyörakenteita. Hoitotyössä tiedon käyttäminen ja sen arviointi merkitsevät tavallisesti toimintatapojen kehittymistä tai se voi tukea jo olemassa olevaa toimintatapaa. Näyttöön perustuva hoitotyö on potilaiden kannalta vaikuttavaa vasta sitten, kun uusi tieto tai tutkimus aiheuttaa muutoksen ja tulee näkyväksi hoitotyöntekijöiden tiedoissa, toiminnassa sekä asenteissa. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9-16.)

5.2 Opinnäytetyön toimintaympäristö

Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimii Helsingin selviämishoitoaseman osastonhoitaja ja opinnäytetyön prosessissa on mukana läheisesti myös Helsingin selviämishoitoaseman ammattitaitoinen henkilökunta. Opinnäytetyöni toteutustavaksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tavoitteena on tuottaa nykytilan kuvaus B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumises-ta Helsingin selviämishoitoasemalla osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa sekä lisätä tietoa B1-vitamiinin merkityksestä Wernickien enkefalopatian ehkäisyssä. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää B1-vitamiinin korvaushoitoa osana alkoholin suurkuluttajien hoitoa Helsingin

selviämishoitoasemalla. Opinnäytetyö koostuu teoriapohjasta alkoholin suurkulutukseen ja Wernicken enkefalopatiaan liittyen, seurantalomakkeen avulla kerättyyn tietoon perustuvaan B1-vitamiinin korvaushoidon nykytilaan kartoitukseen, sekä seurantalomakkeella saadun tiedon analysoinnista ja osastotunnista Helsingin selviämishoitoasemalla. Opinnäytetyölle on myönnetty tutkimuslupa (liite 4).

Helsingin selviämishoitoasema on osa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston psykiatrian päivystystoimintoja. Vielä ennen vuoden 2013 virastouudistusta selviämishoitoasema kuului hallinnollisesti Malmin sairaalapäivystyksen alaisuuteen. Selviämishoitoasemalla työskenteleviltä hoitotyöntekijöiltä (tällä hetkellä sairaanhoitajia, lähihoitajia, sekä yksi mielenterveyshoitaja) edellytetään sekä psykiatrian, että somaattisen hoitotyön vahvaa osaamista. Selviämishoitoasemalla ei työskentele lääkäreitä ja näin käytännön toiminta on hoitotyöjohtoista. Hoitajan tulee kyetä itsenäiseen hoidontarpeen arviointiin ja päätöksentekoon. Kliinisen hoitotyön lääkärin tuki ja konsultaatiopalvelut on saatavissa kaupungin eri päivystyksistä puhelimen välityksellä. Selviämishoitoaseman vuorovahvuudessa toimii aina työpari, johon kuuluu vastaava sairaanhoitaja sekä lähihoitaja. Sairaansijoja selviämishoitoasemalla on 10, lisäksi työhön kuuluu hoidontarpeen arviointi samassa rakennuksessa olevan poliisin säilytysuojan (putka) asiakkaille. Selviämishoitoasemalle potilaat saapuvat pääkaupunkiseudun eri sairaaloista, kadulta tai kotoa ensihoitoyksiköiden tai poliisin kuljettamana. Hoito selviämishoitoasemalla on lyhytaikaista, maksimissaan vuorokauden kestävä. Selviämishoitoaseman toiminnan päätehtävinä on varmistaa potilaiden turvallinen selviäminen, jatkohoidon tarpeen arvioiminen sekä ohjaaminen päihdepalvelujen piiriin. Selviämishoitoasema on avoinna 24 tuntia vuorokaudessa, vuoden jokaisena päivänä. (Selviämishoitoaseman toimintakertomus 2014.)

Selviämishoitoasema on hoidollinen yksikkö ja monesti ensimmäinen potilaan kohtaava terveydenhuollon toimija, koska usein potilaat päätyvät selviämishoitoasemalle poliisin toimitamina. Selviämishoitoaseman hoitajalta edellytetään hyvää osaamista potilaan terveydentilan arvioinnissa ja kykyä nopeaan sekä itsenäiseen päätöksentekoon. Selviämishoitoaseman potilaat ovat usein monisairaita ja käytettyjen päihteiden kirjo on laaja, päihteiden sekakäyttö on yleistymässä ja puhtaasti alkoholia käyttävien joukko on pienenemässä. Selviämishoitoasemalla käytetään hoidontarpeen arvioinnissa jokaisen potilaan kohdalla vitaalielintoimintojen mittauksia päätöksenteon tukena. Selviämishoitoaseman jokaiselta potilaalta mitataan tulovaiheessa verenpaine, pulssi, happisaturaatio, hengitystaajuus, verensokeri, korvalämpö ja hengitysilman alkoholipitoisuus. Tulovaiheessa arvioidaan aina myös potilaan tajunnantaso Glasgow Coma Scalea (GCS) apuna käyttäen. Vitaalielintoimintojen tarkkailu ja potilaan terveydentilan muutosten arviointi on jatkuvaa koko selviämishoidon keston ajan. Lisäksi potilaan mahdolliset vammat tutkitaan ja saadut mittaustulokset sekä havainnot esitetään kirjataan rakenteista kirjaustapaa käyttäen Helsingin kaupungin potilastietojärjestelmään

(Pegasos). Henkilökunnan koulutus somaattisten sairauksien hoidossa on jatkuvaa ja sitä tehdään yhteistyössä kaupungin sairaalapäivystysten kanssa. Selviämishoitoaseman toimintaa ohjaaviksi periaatteiksi on linjattu turvallisuus, yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus sekä hoidon jatkuvuus. Vuonna 2014 selviämishoitoasemalla tai poliisin säilytysuojassa hoidettujen potilaiden lukumäärä oli 5227 potilasta. Naisten osuus selviämishoitoaseman potilaista oli 23 prosenttia, joka on suuruusluokaltaan aikaisempien vuosien tasoa. Tutkimukseen valittujen kahden kohdekuukauden aikana selviämishoitoasemalla hoidettiin vuonna 2014 yhteensä noin 400 potilasta ja määrän odotetaan pysyvän samansuuruisena vuonna 2015, tästä määrästä perusterveydenhuollon kansainvälisen ICPC-2 luokituksen mukaisesti P15 koodilla (pitkäaikainen alkoholinkäyttö) hoidettujen potilaiden määrä on karkeasti arvioiden 80 prosenttia. Noin puolet potilaista hoidetaan fyysisesti selviämishoitoaseman tiloissa, toinen puoli potilaista on poliisin säilytysuojan asiakkaina. (Selviämishoitoaseman toimintakertomus 2014.)

5.3 B1-vitamiinikorvaushoidon nykytilan kuvaus

Opinnäytetyöni tarve B1-vitamiinin käytön nykytilan kartoituksesta on lähtöisin Helsingin selviämishoitoasemalta. Työssäni selviämishoitoasemalla olen pohtinut B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumisen vaihtelevuutta osana alkoholin suurkuluttajan selviämishoitoa. Nykykäsitöksen mukaan osa selviämishoitoasemalla hoidetuista alkoholin suurkuluttajista jää ilman B1-vitamiinin korvaushoitoa. Tähän arvioon on Helsingin selviämishoitoasemalla päädytty, koska avattuja tiamiini lääkeampulleja on jouduttu hävittämään vanhentuneina. Yhdestä lääkeampullista (50 ml) saadaan injektio (250 mg) kymmentä potilasta varten (tiamiini 50 mg/ml). Tiamiinin (Neuramin®) valmistajalta saadun tiedon mukaan lääkeampullista jaettaessa injektioita usealle potilaalle, avattu lääkeampulli tulee käyttää 7 vuorokauden aikana.

Nykytilan kuvaus B1-vitamiinin käytöstä osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla toteutetaan laatimani seurantalomakkeen avulla (liite 1). Seurantalomakkeeseen merkitään hoitohenkilökunnan toimesta kahden kuukauden ajalta (helmimaaliskuu 2015) selviämishoitoasemalla hoidettujen alkoholin suurkuluttajien saamat B1-vitamiini (tiamiini) injektiot, sekä syyt miksi injektioita ei ole tarjottu tai miksi potilas on siitä kieltäytynyt. Lomakkeen täyttö annetaan tehtäväksi selviämishoitoasemalta potilaan uloskirjauksen suorittavalle hoitajalle. Lomakkeeseen kirjataan kappalemääräisesti kaikki perusterveydenhuollon kansainvälisen luokituksen ICPC-2 koodilla P15 (pitkäaikainen alkoholinkäyttö) hoidetut potilaat, muuttujina heidän sukupuolensa, ikäjakaumansa, hoitoaika tunteina sekä annetut tiamiini-injektiot sekä syyt minkä takia tiamiini-injektioita ei potilaalle annettu. Lomakkeen kysymykset ovat pääosin strukturoituja ja kaksi kysymystä on avoimia. Avoimilla kysymyksillä mitataan syitä tiamiini-injektion antamatta jättämiseen. Seurantalomakkeessa potilaiden tunnistetietoja ei käsitellä, hoidettuja potilaita käsitellään määrällisesti sukupuolen, ikäjakauman ja hoitoaikojen tasolla.

5.4 Seurantalomake ja kohderyhmä

Tutkimuslomaketta käytetään tutkittavan tiedon keräämiseen. Lomake sisältää kysymyksiä, joilla pyritään keräämään tietoa tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Tutkimuslomake tulee pilotoida ennen varsinaista kyselyn käynnistämistä, koska virheellisen lomakkeen korjaaminen jälkikäteen on mahdotonta. (Kananen 2010, 74-75.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan muuttujien avulla tutkia niiden vaikutusta tutkittavaan ilmiöön, muuttujia tutkimuksessa voivat olla esimerkiksi vastaajan sukupuoli, ikä, ammatti tai pituus. Kaikki mitattavissa olevat asiat voivat olla muuttujia. Kyselylomakkeessa voi olla avoimia ja strukturoituja kysymyksiä. Avoimessa kysymyksessä vastaaja voi vapaasti antaa esimerkiksi ikänsä sitä kysyvään kysymykseen, strukturoidussa kysymyksessä on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. (Kananen 2010, 82-85.)

Määrällisellä, eli kvantitatiivisella tutkimuksella tarkastellaan saatua tietoa numeerisesti, määrällisen tutkimuksen avulla voidaan vastata kysymyksiin kuinka moni, kuinka usein ja kuinka paljon. Määrällisellä tutkimuksella saadaan vastauksia eri muuttujien vaikutuksista tutkittavaan aiheeseen ja ilmiöön. Määrällisen tutkimuksen tavanomainen piirre on suuri vastaajien joukko, mittarin käyttö sekä tulosten ja saadun tiedon esittäminen numeerisesti. (Viikka 2007, 13-17.) Määrällisessä tutkimuksessa käytetään tavallisesti aineiston matemaattista analysointia ja siinä tutkittava asia tai ilmiö puretaan mitattaviksi osioiksi (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 83-84).

Seurantalomakkeen toimivuutta ja käytettävyyttä arvioidaan etukäteen pilotoinnin avulla. Pilotointi toteutetaan vuoden 2015 tammi-helmikuun vaihteessa ja pilotoinnin tuloksena saatujen kehitysehdotusten perusteella lomakkeeseen tehdään tarvittavat muutokset. Tiedotusopinnäytetyöstä ja seurantalomakkeen ohjeistuksesta jaetaan Helsingin selviämishoitoaseman henkilökunnalle saatekirjeen muodossa (liite 2). Kanasen (2010, 102) mukaan määrällisessä tutkimuksessa tärkeää on riittävä määrä havaintoyksiköitä, mikäli otanta on liian pieni, luotettavan tutkimustuloksen saavuttaminen on kyseenalaista. Havaintoja tulisi mielellään olla yli sata, jotta luotettava tutkimustulos saavutettaisiin. Selviämishoitoasemalla aikaisempina vuosina seurantajakson kahtena kohdekuukautena on hoidettu noin 180 potilasta seurannan kriteeriksi valitulla kansainvälisen perusterveydenhuollon ICPC-2 koodilla P15 ja tutkimuksessa on tarkoitus käyttää kokonaisotantaa. Arvioitua vastausten määrää voi siis pitää luotettavan aineistonkeruun ja analysoinnin kannalta riittävänä.

Selviämishoitoasemalla potilaiden tilastoinnissa ja hoidon syyn määrittelyssä käytetään kansainvälistä perusterveydenhuollon ICPC-2 luokitusta. Seurantalomakkeen avulla selvitetään selviämishoitoasemalla ICPC-2 koodilla P15 (pitkäaikainen alkoholinkäyttö), hoidettujen potilaiden B1-vitamiinin saantia osana heidän selviämishoitoaan. Hoito selviämishoitoasemalla edel-

lyttää potilaan merkittävää päihtymystilaa ja käytännössä päihtymystilat selviämishoitoasemalla erotellaan neljällä eri ICPC-2 koodilla. Muita selviämishoitoasemalla käytettäviä päihtymystilaa kuvaavia koodeja ovat P16 (alkoholin akuutti väärinkäyttö, juopumus), P18 (lääkkeen väärinkäyttö) ja P19 (huumeiden käyttö). (Selviämishoitoaseman toimintakertomus 2014.)

Kuntaliiton (Kvist & Savolainen 2010, 131) mukaan ICPC-2 P15 koodin käytön edellytykset ovat potilaan pitkäaikainen alkoholinkäyttö, johon luetaan mukaan alkoholiaivo-oireyhtymä, alkoholipsykoosi sekä juoppohulluus. Kriteerit ICPC-2 koodin P15 käytölle ovat alkoholin käytöstä johtuva häiriö, joka johtaa joihinkin tai useaan seuraavista tiloista: riippuvuusoireyhtymä alkoholista, krapula, potilaan vieroitusoireet, merkittävään terveyshaittaan tai psykoottistasoiseen häiriöön. Oikean ICPC-2 koodin valinnasta potilaan hoidon syyksi, tässä tapauksessa alkoholin pitkäaikainen käyttö, vastaa terveysalan ammattihenkilö omalla päätöksellään ilman potilaan erityistä suostumusta.

5.5 Seurantalomakkeella saadun tiedon analysointi

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa saadut tutkimustulokset esitetään tunnuslukuina sekä suorina jakaumina ja ristiintaulukoinnin avulla. Suorassa jakaumassa tarkastelleen yksittäisen kysymyksen vastausten jakautumista vastausvaihtoehtojen välillä, jakaumat voidaan esittää kapalemääräisesti tai prosenttiyksikköinä. Ristiintaulukoinnin avulla voidaan tarkastella kahta eri muuttujaa samanaikaisesti. Tutkimustuloksia tarkastellaan ja tulkitaan aina tutkimuskysymysten näkökulmasta. (Kananen 2010, 103-108.)

Tiamiinikorvaushoidon toteutumisen nykytilan kuvauksessa käytettiin apuna korvaushoidon toteutumisen seurantalomaketta. Lomakkeeseen merkittiin hoidon päättyessä potilaskohtaisesti annetut tiamiini-injektiot ja syyt mahdollisimman tarkkaan, miksi injektio on jäänyt antamatta. Seurantalomakkeeseen merkittiin taustatietoina potilaan hoitopäivä, sukupuoli, ikäjakauma, hoitoaika sekä tieto tiamiinikorvaushoidon toteutumisesta. Seurantajakson aikana (helmi-maaliskuu 2015) hoidettiin seurantaryhmään ICPC2 P-15 koodilla (pitkäaikainen alkoholinkäyttö) 260 potilasta (N = 260). Luku saatiin laskemalla manuaalisesti potilastietojärjestelmään selviämishoitoasemalle kaikki pitkäaikaisen alkoholinkäytön ICPC-2 koodilla hoidetut potilaat.

Seurantalomakkeille merkintöjä kertyi seurannan aikana 237 potilaasta, joista 2 potilaan aineistot hylättiin aineiston analyysivaiheessa puutteellisten merkintöjen takia. Seurantalomakkeille kertynyt aineisto analysoitiin SPSS® for Windows 22.0 tilasto-ohjelmaa käyttäen. SPSS on lyhenne sanoista Statistical Package for the Social Sciences ja ohjelma on kehitetty aineistojen tilastollista analyysia varten (KvantiMOTV 2013). Tieteellisessä tutkimuksessa käytetään

yleisesti p-arvon merkitsevyyttä (riskitasoa) 0,05, joka tarkoittaa tuloksen olevan suhteessa tutkimuksen perusjoukkoon 95 prosentin varmuudella pätevä. P-arvon ollessa alle 0,05 tulosta kuvaillaan tilastollisesta näkökulmasta melkein merkitsevänä, p-arvon ollessa alle 0,01 tulos on merkitsevä ja arvon ollessa alle 0,001 saatu tulos on tilastollisesti erittäin merkitsevä. (KvantiMOTV 2003.)

Ristiintaulukoinnissa B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumisen aineisto jaettiin 2-luokkaiseksi, sen mukaan toteutuiko korvaushoito ja jäikö korvaushoito hoitojakson aikana toteutumatta. Ristiintaulukoinnissa ikäjakauman vaikutuksesta B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumiseen ikäluokat jaettiin kolmeen eri luokkaan, 35 vuotta ja alle, 36-55 vuotiaisiin sekä luokkaan 56 vuotta ja sitä vanhemmat. Näitä ikäluokkia, kuin myös hoitoaikoja ristiintaulukoitiin hoidon toteutumisen ja B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumatta jäämisen kautta. Seurantalomakkeilla kerätyn aineiston kuvailussa käytettiin frekvenssejä ja prosentteja. Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla, tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin $p < 0,05$. Seurantalomakkeen täyttöasteeksi kohdekuukausien aikana muodostui 91,2 prosenttia ($n = 235$).

5.6 Osastotunnin tavoitteet ja toteutus

Osastotunnin aiheena on B1-vitamiinin (tiamiini) käyttö osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa Wernicken enkefalopatian ehkäisyssä. Osastotunnilla esittelen opinnäytetyöhöni pohjautuen lähemmin PowerPoint esityksen avulla Wernicken enkefalopatiaa ja tiamiinin käyttöä Wernicken enkefalopatian ehkäisyssä sekä sen hoidossa. Osastotunnilla esittelen myös seurantalomakkeen avulla kerätyn aineiston analyysin avulla kuvauksen Helsingin selviämishoitoasemalla toteutettavan tiamiinikorvaushoidon nykytilasta. Osastotunnin toteutus on toukokuussa 2015 ja sen kesto on yksi tunti. Osastotunnin päätteeksi kerään osallistujilta kirjallisen palautteen arviointilomakkeen (liite 3) avulla osastotunnin hyödyllisyydestä, seurantalomakkeen toimivuudesta sekä hoitohenkilökunnan suhtautumisesta tiamiinikorvaushoitoon. Osastotunteja järjestetään kaksi saman sisältöistä tilaisuutta eri päivinä mahdollisimman laajan kuulijakunnan saavuttamiseksi.

6 Opinnäytetyön tulokset

6.1 Taustamuuttujien kuvaus

Seurantajakson aikana hoidetuista alkoholin pitkäaikaiskäyttäjistä ($n = 235$) oli 81,3 prosenttia miehiä ja naisten osuus potilaista oli 18,7 prosenttia (Taulukko 1).

Taulukko 1. Seurantajakson aikana selviämishoitoasemalla hoidettujen alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien sukupuolijakauma.

Sukupuoli (n = 235)	n	%
Mies	191	81,3
Nainen	44	18,7
Yhteensä	235	100

Seurantajakson aikana Helsingin selviämishoitoasemalla hoidettujen alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien hoitajakson kesto oli yli 42 prosentilla potilaista 6-12 tuntia ja noin 25 prosenttia alkoholin pitkäaikaiskäyttäjistä oli selviämishoitoasemalla yli 12 tuntia (taulukko 2).

Taulukko 2. Seurantajakson aikana selviämishoitoasemalla hoidettujen alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien hoitoaikajakauma.

Hoitoaika (n =231)	n	%
Alle 3 tuntia	33	14,3
3-6 tuntia	42	18,2
6-12 tuntia	98	42,4
Yli 12 tuntia	58	25,1
Yhteensä	231	100

Alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien ikäjakauma Helsingin selviämishoitoasemalla seurantajakson aikana painottui luokkiin 46-55 vuotta ja 56-65 vuotta. Nämä ikäluokat edustivat yhteensä yli 56 prosenttia alkoholin pitkäaikaiskäyttäjistä (taulukko 3).

Taulukko 3. Seurantajakson aikana selviämishoitoasemalla hoidettujen alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien ikäjakauma.

Ikäjakauma vuosina (n = 234)	n	%
20-35	23	9,8
36-45	27	11,5
46-55	73	31,2
56-65	59	25,2

66-75	34	14,5
76-85	18	7,7
Yhteensä	234	100

Seurantajakson aikana alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien jakaantuminen eri hoitopäiville oli varsin tasaista. Viikkaimpina päivinä seurantajakson aikana esiintyivät perjantait, joille sijoittui noin 20 prosenttia viikon potilaista. Hiljaisimpina päivinä esiintyivät maanantait, joihin hoidettiin 10 prosenttia alkoholin pitkäaikaiskäyttäjistä (taulukko 4).

Taulukko 4. Seurantajakson aikana selviämishoitoasemalla hoidettujen alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien hoitajaksojen jakautuminen viikonpäivien mukaan.

	Maanantai	Tiistai	Keskiviikko	Torstai	Perjantai	Lauantai	Sunnuntai	Yhteensä n = 235
n	24	29	39	31	46	32	34	235
%	10,2	12,3	16,6	13,2	19,6	13,6	14,5	100

6.2 B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen Helsingin selviämishoitoasemalla

Seurantajakson aikana alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien B1-vitamiinin korvaushoito osana heidän selviämishoitoaan toteutui noin 53 prosentilla hoidetuista potilaista. B1-vitamiinikorvaushoito jäi kokonaan tarjoamatta noin 19 prosentille hoidetuista alkoholin pitkäaikaiskäyttäjistä ja noin 8 prosentissa hoidetusta potilaista korvaushoito ei toteutunut potilaan siirtyessä jatko-hoitoon toisaalle. 20 prosenttia hoidetuista potilaista kieltäytyi tarjotusta injektioista (taulukko 5).

Taulukko 5. Seurantajakson aikana selviämishoitoasemalla hoidettujen alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien tiamiinikorvaushoidon toteutuminen.

	Saanut injektion	Ei ehditty, Siirtyy sairaalaan	Ei ehditty, Siirtyy säilöön	Jäi tarjoamatta	Ei annettu muusta syystä	Potilas kieltäytynyt	Yhteensä
n	125	10	8	34	11	47	235
%	53,2	4,3	3,4	14,5	4,7	20,0	100

6.3 Toteutumatta jääneet B1-vitamiinikorvaushoidot

Potilaista 20 prosenttia (taulukko 5) kieltäytyi B1-vitamiini-injektiosta. Pääsääntöisesti potilaat (taulukko 6) kieltäytyivät injektiosta sen tuottaman kivun vuoksi (n. 57 %) tai sen vuoksi, että eivät subjektiivisesti kokeneet tarvitsevansa B1-vitamiinikorvaushoitoa (n. 32 %).

Taulukko 6. Potilaiden B1-vitamiinikorvaushoidosta kieltäytymisen johtaneet syyt.

Kieltäytymisen syy	n = 47	%
Ei halua pistosta (tuottaa kipua tai ei osaa sanoa syytä)	27	57,4
Ei koe tarvitsevansa tiamiinikorvaushoitoa	15	31,9
Muu syy (haluaa poistua, ei käytä lääkkeitä)	5	10,6
Yhteensä	47	100

B1-vitamiinikorvaushoito jäi tarjoamatta noin 19 prosentille seurantajakson aikana hoidetuista potilaista (taulukko 5). Suurimpina syinä tarjoamatta jäämiseen (n. 75 prosenttia) oli vastausten mukaan potilaan B1-vitamiinikorvaushoidon tarpeen unohtuminen sekä osastolla vallinnut kiire. Noin 13 prosenttia B1-vitamiinikorvaushoidon tarjoamisen unohduksista johtui potilaan halusta kotiutua mahdollisimman nopeasti (taulukko 7).

Taulukko 7. Syyt miksi potilaalle ei tarjottu mahdollisuutta tiamiini-injektioon.

Syyt tarjoamatta jääneisiin tiamiini-injektioihin	n = 45	%
Jäi tarjoamatta (unohtui, ei ehditty kiireen vuoksi)	34	75,5
Potilas oli halunnut kotiutua nopeasti	6	13,1
Pitkäaikainen alkoholinkäyttö ei ollut tiedossa	2	4,4
Potilas oli ollut pitkään ilman alkoholia	2	4,4
Oli saanut injektion jo sairaalassa	1	2,2
Yhteensä	45	100

6.4 Hoidon toteutumiseen vaikuttaneet tekijät

Sukupuolen merkitys hoidon toteutumiseen seurantajaksolla jäi vähäiseksi, naisilla B1-vitamiinin korvaushoito toteutui 50 prosentilla hoidetuista potilaista ja miehissä korvaushoidon toteutuminen oli 54 prosenttia (taulukko 8).

Taulukko 8. Tiamiinikorvaushoidon toteutuminen sukupuolen mukaan.

B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen sukupuolen mukaan (n = 235)	Mies	Nainen	Yhteensä
Korvaushoito toteutui	103 53,9 %	22 50,0 %	125 53,2 %
Korvaushoito ei toteutunut	88 46,1 %	22 50,0 %	110 46,8 %
Yhteensä	191 100 %	44 100 %	235 100 %

Hoitoajan ollessa alle 3 tuntia, hoito toteutui ainoastaan noin 15 prosenttisesti. Hoitoajan pidentyessä B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen kasvoi merkittävästi, ollen yli 12 tunnin hoitajaksolla jo noin 71 prosenttia (taulukko 9). Tilastollisen merkitsevyyden p-arvoksi muodostui hoitoaikojen ja B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumiseen ristiintaulukoinnissa $< 0,001$, mitä on pidettävä erittäin merkitsevänä tuloksena.

Taulukko 9. B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen hoitoajan mukaan.

B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen hoitoajan mukaan (n = 231)	Alle 3 tuntia	3-6 tuntia	6-12 tuntia	Yli 12 tuntia	Yhteensä
Korvaushoito toteutui	5 15,2 %	17 40,5 %	60 61,2 %	41 70,7 %	123 53,2 %
Korvaushoito ei toteutunut	28 84,8 %	25 59,5 %	38 38,8 %	17 29,3 %	108 46,8 %
Yhteensä	33 100 %	42 100 %	98 100 %	58 100 %	231 100 %

35-vuotiaiden ja sitä nuorempien B1-vitamiinikorvaushoito toteutui noin 26 prosentissa potilaista, kun taas 36-55-vuotiaissa hoidon toteutuminen oli 63 prosenttista. 56-vuotiaiden ja sitä vanhempien hoito toteutui noin 50 prosentissa hoidetuista potilaista (taulukko 10). Tilastolli-

sen merkitsevyyden p-arvoksi muodostui ikäjakauman ja B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumisen ristiintaulukoinnissa 0,004, jota on pidettävä merkitsevänä tuloksena.

Taulukko 10. B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen ikäjakauman mukaan.

B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen ikäjakauman mukaan (n = 234)	35-vuotiaat ja nuoremmat	36-55-vuotiaat	56-vuotiaat ja vanhemmat	Yhteensä
Korvaushoito toteutui	6 26,1 %	63 63,0 %	55 49,5 %	124 53,0 %
Korvaushoito ei toteutunut	17 73,9 %	37 37,0 %	56 50,5 %	110 47,0 %
Yhteensä	23 100 %	100 100 %	111 100 %	234 100 %

7 Opinnäytetyön arviointi

7.1 Opinnäytetyön aineiston keruun arviointi

Hyvin valmisteltu ja suunniteltu lomake on laadukkaan ja luotettavan tutkimuksen perusta. Lomakkeen huolellinen suunnittelu, kysymysten asettelu ja sen ennalta testaaminen ovat edellytys toimivalle lomakkeelle. (Vilka 2007, 78-79.) Opinnäytetyön aineisto kerättiin seurantalomakkeen avulla joka pilotoitiin tammi-helmikuun vaihteessa 2015. Pilotoinnin tuloksena seurantalomakkeeseen tehtiin muutoksia sen toimivuuden sekä lomakkeen selkeyden parantamiseksi. Pilotoinnin tuloksena saatujen kehitysehdotusten perusteella seurantalomakkeeseen tehtiin värikoodaus helpottamaan lomakkeen käytettävyyttä ja parantamaan sen selkeyttä sekä luettavuutta. Seurantalomakkeesta myös poistettiin potilaan injektioista kieltäytymisen sekä injektion antamatta jättämisen syiden esimerkkiehdotukset liian johdattelevina. Lomakkeilla kerätyn aineiston analysointivaiheessa havaitsin lomakkeessa olevan vielä kehittytarpeita, aineiston analysointia olisivat helpottaneet lisäsarakkeet juoksevalle numeroinnille ja tila eri viikonpäivien merkitsemiselle.

Osastotunnin palautekyselyllä saadun palautteen perusteella lomakkeen toimivuudessa ja käytettävyydessä koettiin olevan pilotoinnista huolimatta parantamisen varaa. Palautekyselyssä pyydettiin hoitohenkilökuntaa arvioimaan seurantalomakkeen toimivuutta ja käytettävyyttä osana päivittäistä työtä. Hoitohenkilökunta kuvasi seurantalomakkeen toimivuutta ja käytettävyyttä haasteelliseksi. Yhteenvetona saaduista vastauksista hoitohenkilökunta arvioi ongel-

malliseksi lomakkeen täytön muistamisen ja ohjeistuksessa määritellyn merkintöjen teon vasta potilasta uloskirjatessa.

"Haasteellinen."

"Toimiva seurantalomake, kun tarvitaan tietoja yksilöllisesti. Käytettävyydeltään ei niin hyvä."

"Seurannassa haasteellista oli muistaa merkata listaan injektioon saaneen potilaan tiedot (uloskirjatessa), mikäli tätä injektiota ei ollut itse omassa työvuorossa antanut."

Palautekyselyissä hoitohenkilökuntaa pyydettiin antamaan seurantalomakkeeseen kehitysehdotuksia. Yhteenvedona hoitohenkilökunnalta saadun palautteen perusteella kehitettävää olisi ollut seurantalomakkeelle kirjaamisen muistamisessa sekä työnjaossa siitä, kuka lomakkeelle kirjauksen tekee. Seurantalomaketta toivottiin palautteessa myös tietokonepohjaiseksi.

"Jos jokaisella työpöydällä olisi ollut oma lomake, niin olisi muistanut."

"Tietokonepohjaiseksi kiitos."

"Injektion antaja voisi kuitata merkinnän listaan eikä vasta uloskirjatessa."

Seurantalomakkeen täyttöasteeksi (n = 235) muodostui 91.2 prosenttia seurantajakson (helmimaaliskuu 2015) aikana hoidetuista alkoholin pitkäaikaiskäyttäjistä (N = 260). Kanasen (2010, 95) mukaan määrällisen tutkimuksen riittävänä vastausmääränä voidaan pitää 30-40 prosenttia, mikäli otos on useita satoja. Tavoiteltua on kuitenkin saada vastausprosentti mahdollisimman korkeaksi. Helsingin selviämishoitoaseman B1-vitamiinikorvaushoidon seurantalomakkeen täyttöastetta (91.2 %) voidaan siis pitää riittävänä.

7.2 Opinnäytetyön aineiston analysoinnin ja luotettavuuden arviointi

Määrällistä tutkimusta arvioidaan kokonaisluotettavuuden kautta, kokonaisluotettavuus koostuu tutkimuksen reliabiliteetista ja validiteetista. Tutkimuksen kokonaisluotettavuus on hyvä, mikäli tutkimus edustaa hyvin perusjoukkoa ja virheet mittaamisessa on saatu mahdollisimman vähäiseksi. Reliabiliteetilla arvioidaan tutkimuksen tulosten pysyvyyttä toistetussa mittauksessa, tutkimusyksikön kokoa, tietojen syöttämisen huolellisuutta, tutkimuksen vastausprosenttia sekä käytetyn mittavälineen kykyä mitata tutkittavaa asiaa. Validiteetilla arvioidaan tutkimuksen kykyä mitata asioita, joita alun perin on ollut tarkoituskin mitata. (Vilka 2007, 149-154.)

Tieteellisesti tuotetun tiedon keskeinen tunnusmerkki on luotettavuus. Luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessia, sekä siitä saatuja tuloksia tarkastelemalla. Kehittämistoiminnassa yksi osa luotettavuutta on myös saadun tiedon hyödyllisyys ja käytettävyys. (Toikko & Rantanen 2009, 121-122.) Aineistonkeruumenetelmän valinta, itse aineiston keruu, saadun tiedon analysointi sekä tutkimuksen raportointi ovat merkittävässä asemassa arvioitaessa tutkimuksen luotettavuutta. Koko prosessin arviointi on tehtävä huolellisesti, se antaa perustan tutkimuksen eettisyydelle. Huolellisesti, asiallisesti, rehellisesti sekä perustellusti raportoidut tulokset ovat merkki eettisesti kestävästä tutkimus- ja kehittämistoiminnasta. (Heikkilä ym. 2008, 44-46.)

Seurantalomakkeella kerätyn tiedon analysointi suoritettiin SPSS® for Windows 22.0 tilasto-ohjelmaa apuna käyttäen. Seurantalomakkeella saadun tiedon analysoinnin avulla saatiin vastaukset opinnäytetyön kysymyksiin kuinka monen seurantajakson aikana selviämishoitoasemalla hoidetun alkoholin suurkuluttajan hoitoon kuului tiamiini-injektion anto, mistä syystä alkoholin suurkuluttaja jäi ilman tiamiini-injektiota ja mitkä tekijät hoidon toteutumiseen vaikuttivat. B1-vitamiinikorvaushoito osana pitkäaikaisen alkoholin käyttäjän selviämishoitoa toteutui noin 53 prosentilla hoidetuista potilaista. Tarkasteltaessa B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumatta jäämistä, syinä olivat potilaan kieltäytyminen 20 prosentissa hoidetuista potilaista, injektio jäi tarjoamatta 19 prosentille ja injektiota ei ehditty tarjota potilaan siirtyessä hoitoon toisaalle noin 8 prosentissa potilaista.

Opinnäytetyölle oli asetettu 3 kysymystä, eli kuinka monen alkoholin suurkuluttajan hoitoon B1-vitamiinikorvaushoito kuului ja mistä syystä B1-vitamiinikorvaushoito ei toteutunut osana potilaan selviämishoitoa. Lisäksi kysymykseen mitkä tekijät vaikuttivat B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumiseen, saatiin vastaus seurantalomakkeella kerätyn aineiston taustamuuttujien ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukoinnilla saatiin kiinnostavaa tietoa hoitoajan sekä ikäjakauman vaikutuksesta korvaushoidon toteutumiseen. Opinnäytetyölle asetettujen kysymysten osalta tavoitteet opinnäytetyössä siis saavutettiin. Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan B1-vitamiinikorvaushoitoa kehittää jatkossa Helsingin selviämishoitoasemalla paremmin toteutuvaksi.

Osastotunnin palautekyselyssä pyydettiin hoitohenkilökunnan arviota seurantajakson vaikutuksesta B1-vitamiinikorvaushoidon toteuttamisen aktiivisuuteen seurannan aikana. Palautekyselyjen vastausten yhteenvedossa arvioitiin B1-vitamiinikorvaushoidon toteuttamisen olleen tavallista aktiivisempaa seurantajakson aikana. Hoitohenkilökunnan vastausten perusteella seurantajaksolta saaduista tuloksista B1-vitamiinikorvaushoidon toteuttamisen aktiivisuudesta ei voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä seurantajakson ulkopuoliseen korvaushoidon toteutumiseen ja todennäköisesti korvaushoidon tarjoaminen potilaille on todellisuudessa nyt saatuja tuloksia vähäisempää. Seurantajaksolta saatujen tulosten perusteella voidaan kuitenkin

arvioida B1-vitamiinikorvaushoidosta kieltäytyvien potilaiden määrän olevan viidesosa kaikista hoidetuista potilaista. Neljä viidesosaa selviämishoitoasemalla hoidetuista alkoholin suurkuluttajista voisi B1-vitamiini-injektion ottaa, mikäli sitä heille tarjottaisiin.

"B1-vitamiinia tarjottiin enemmän tutkimuksen aikana."

"Tuli annettua huomattavasti enemmän."

"Injektioita tuli tarjottua aktiivisemmin seurantajakson aikana, tosin pyrin noudattamaan samaa kaavaa jatkossakin."

Ristiintaulukoimalla hoitoaikoja, hoitopäiviä ja ikäjakaumaa suhteessa B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumiseen saatiin B1-vitamiinikorvaushoidon kehittämiseksi lisätietoa siitä, mitkä tekijät vaikuttivat B1-vitamiinin korvaushoidon toteutumiseen. B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumisessa ei eri viikonpäivillä ollut tilastollista merkitystä. Seurantajakson aikana alkoholin pitkäaikaiskäyttäjien jakaantuminen eri hoitopäiville oli varsin tasaista, vilkkaimpina päivinä seurantajakson aikana esiintyivät perjantait, joille sijoittui noin 20 prosenttia viikon potilaista. Hiljaisimpina päivinä esiintyivät maanantait, jolloin hoidettiin 10 prosenttia alkoholin pitkäaikaiskäyttäjistä.

Viikonloput näyttäytyvät selviämishoitoasemalla pääsääntöisesti vilkkaina, koska viikonloppuisin hoidetaan myös paljon satunnaisia päihteiden käyttäjiä, jotka eivät tässä seurannassa olleet mukana. Tiimiini-injektion tarjoamatta jäämiseen (unohtumiseen) eivät seurannan tulosten mukaan vaikuttaneet päivittäin hoidetut potilasmäärät. Esimerkiksi potilasmääriltään vilkkaampana perjantaina hoidetuille potilaille injektio jäi tarjoamatta noin 18 prosentille potilaista, kun taas potilasmääriltään hiljaisempana päivänä torstaina injektio jäi tarjoamatta noin 27 prosentille potilaista.

Ristiintaulukoinnin perusteella tilastollisesti merkitseviä eroja B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumiseen saatiin sekä hoitoajassa (erittäin merkitsevä), että ikäjakaumassa (merkitsevä). Hoitoajan ollessa alle 3 tuntia hoito toteutui ainoastaan noin 15 prosenttisesti. Hoitoajan pidentyessä korvaushoidon toteutuminen kasvoi merkittävästi, ollen yli 12 tunnin hoitoajaksolla jo noin 71 prosenttia. Hoitoajan jäädessä alle 3 tunnin, B1-vitamiinikorvaushoito jäi tarjoamatta noin 27 prosentille potilaista. Yli 12 tunnin hoitoajaksolla B1-vitamiinikorvaushoito jäi tarjoamatta noin 5 prosentille potilaista.

Ikäjakauman tarkastelussa suhteessa korvaushoidon toteutumiseen 35-vuotiaiden ja sitä nuorempien B1-vitamiinikorvaushoito toteutui noin 26 prosentissa potilaista, kun taas 36-55-vuotiaissa hoidon toteutuminen oli 63 prosenttista. 56-vuotiaiden ja sitä vanhempien korvaus-

hoito toteutui noin 50 prosentissa hoidetuista potilaista. 35-vuotiaiden ja sitä nuorempien ikäluokassa B1-vitamiinikorvaushoito jäi tarjoamatta noin 35 prosentille potilaista ja samassa ikäluokassa potilas kieltäytyi injektioista noin 22 prosentissa hoidetuista potilaista. Ikäluokassa 46-55 vuotta B1-vitamiinikorvaushoito jäi tarjoamatta 11 prosentille potilaista ja samassa ikäluokassa potilas kieltäytyi injektioista noin 14 prosentissa hoidetuista potilaista.

7.3 Osastotunnin arviointi

Helsingin selviämishoitoasemalla järjestettiin kaksi saman sisältöistä osastotuntia, joiden kesto oli yksi tunti. Osastotuntien aiheena oli Wernicken enkefalopatia ja sen ehkäisy. Osastotuntien tavoitteena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa Wernicken enkefalopatiasta sekä sen hoidosta ja ehkäisystä. Osastotunnit järjestettiin 5. ja 7. toukokuuta 2015. Osallistujia osastotunneilla oli yhteensä 9 selviämishoitoaseman hoitohenkilökuntaan kuuluvaa (osastonhoitaja, 4 sairaanhoitajaa, 3 lähihoitajaa, sekä 1 mielenterveyshoitaja) ja 2 osastolla työssäoppimistään suorittavaa sairaanhoitajaopiskelijaa. Osastotuntien lopuksi käytiin läpi myös toteutetun B1-vitamiinikorvaushoidon seurannan analysoidut tulokset sekä tulosten ristiintaulukoinnit.

Henkilökohtaisen arvioni mukaan osastotunnit sujuivat hyvin ja käsiteltävästä aiheesta muodostui esityksen lomassa vastavuoroista keskustelua. Osallistujat olivat aktiivisia ja kiinnostuneita esityksestä sekä B1-vitamiinikorvaushoidon seurannasta saaduista tuloksista. Osastotuntiin varattu tila oli sopiva ja aikaresurssi osastotuntiin oli riittävä. Osastotunnin vaikuttavuutta tiedon lisääjänä arvioitiin tilaisuuden jälkeen jaettavan palautekyselyn avulla. Palautekyselyyn osallistujat vastasivat tunnollisesti ja kyselyjä palautui saman verran, kun osastotunneille oli osallistujia. Vastaajat vastasivat kaikkiin palautekyselyssä esitettyihin kysymyksiin. Palautekyselyssä osastotunnille osallistunut hoitohenkilökunta arvioi saamansa tiedon vaikutusta heidän omaan osaamiseensa Wernicken enkefalopatiaan ja tiamiinikorvaushoitoon liittyen. Kyselyn avulla pyrittiin myös selvittämään hoitohenkilökunnan omia asenteita liittyen B1-vitamiinikorvaushoidon merkittävyyteen osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa.

Palautekyselyjen vastausten yhteenvedon perusteella opinnäytetyön osastotunnille asetetut tavoitteet saavutettiin hoitohenkilökunnan tiedon lisääjänä Wernicken enkefalopatiaan liittyen. Palautekyselyllä saatujen vastausten perusteella B1-vitamiinikorvaushoito koettiin Helsingin selviämishoitoaseman hoitohenkilökunnan keskuudessa merkityksellisenä osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa.

”Merkitys on tärkeä ennaltaehkäisyn kannalta.”

”Se olisi erittäin tärkeätä muistaa systemaattisesti tarjota kaikille alkoholin suurkuluttajille.”

”Koen sen tärkeänä potilaille, koska eivät luultavasti saa vitamiinia riittävästi ravinnosta eivätkä muutenkaan pidä huolta omasta terveydestään. Muussa terveydenhuollossa vitamiinin tarjoaminen jää vähäisemmälle.”

Palautekyselyssä hoitohenkilökuntaa pyydettiin arvioimaan osastotunnin vaikutusta työntekijän henkilökohtaiseen osaamiseen Wernicken enkefalopatiaan liittyen. Palautekyselyjen vastausten yhteenvedon perusteella henkilökunta koki saaneensa uutta tietoa käsiteltävästä aiheesta ja osastotuntia pidettiin hyödyllisenä.

”Osastotunnilla tuli arvokasta tietoa aiheesta, uutta tietoa.”

”Osastotunti oli hyvin toteutettu, tuli hyvää kertausta ja uutta tietoa.”

”Hyvää kertausta ja tarkempaa taustatietoa kyseisestä sairaudesta.”

Palautekyselyssä hoitohenkilökuntaa myös pyydettiin arvioimaan mitä uutta tietoa osastotunti tuotti Wernicken enkefalopatiasta sekä sen ehkäisystä ja hoidosta. Vastausten yhteenvedossa hoitohenkilökunta koki saaneensa uutta tietoa diagnosoinnista sekä B1-vitamiinin suositellusta antoajankohdasta, eräs vastaaja koki kaiken saadun tiedon uutena.

”Melkein kaikki tieto oli uutta.”

”Uusia asioita minulle oli taudin diagnosoinnin vaikeus/oireiden liittäminen kyseiseen sairauteen. Uutta minulle oli myös taudin esiintyvyys muilla potilasryhmillä, esimerkiksi raskausaikana.”

”Wernicken enkefalopatian oireet kuin deliriumissa, b-vitamiinipistos olisi hyvä antaa ennen ruokailua.”

Hoitohenkilökuntaa pyydettiin arvioimaan myös, minkälaista lisätietoa he jäivät kaipaamaan aiheesta. Osastotunnilla saatua tietoa pidettiin riittävänä ja osastotuntia kokonaisuutenaan hyvin toteutettuna. Palautekyselyssä hoitohenkilökuntaa pyydettiin arvioimaan osastotunnilta saadun informaation vaikutusta B1-vitamiinikorvaushoidon tarjoamiseen potilaille tulevaisuudessa. Vastausten yhteenvedon mukaan osastotunnilla oli positiivinen vaikutus korvaushoidon toteuttamisen aktiivisuuteen tulevaisuudessa, vastausten perusteella hoitohenkilökunta osaa jatkossa myös paremmin ohjata potilasta sekä perustella B1-vitamiinin merkityksen olennaisena osana potilaan hoitoa.

”Pyrin jatkossa tarjoamaan jokaiselle alkoholin suurkuluttajalle, tämä on tärkeä asia.”

”Tulen tarjoamaan injektiota aiempaa enemmän, koska nyt olen tietoisempi sen positiivisista vaikutuksista taudin ennaltaehkäisyssä.”

”Uskon sen vaikuttavan myönteisesti. Tiedostan nyt paremmin vitamiinin puutoksen aiheuttamat riskit ja osaan kertoa niistä yksityiskohtaisemmin potilaille.”

8 B1-vitamiinikorvaushoidon kehittämisehdotukset Helsingin selviämishoitoasemalle

Opinnäytetyöni tulosten perusteella B1-vitamiinikorvaushoidon kehittämisessä Helsingin selviämishoitoasemalla tulisi kiinnittää huomiota korvaushoidon mahdollisuuden tarjoamiseen myös nuorille alkoholin pitkäaikaiskäyttäjille. Toisena merkittävänä ryhmänä B1-vitamiinikorvaushoidon kehittämisessä olisivat tulosten perusteella potilaat, joiden hoitoaika selviämishoitoasemalla jää lyhyeksi. Ehdotuksena B1-vitamiinikorvaushoidon toteutumisen parantamiseksi olisi, että potilaalle tulisi tarjota mahdollisuutta injektioon jo heti potilaan tullessa hoitoon osastolle tai mahdollisimman aikaisessa vaiheessa potilaan selviämishoitoa.

Heti potilaan osastolle tulovaiheessa B1-vitamiinikorvaushoidon tarjoamisesta voisi parhaassa tapauksessa muodostua rutiini, jolloin injektion tarjoamisen unohtumisen mahdollisuus pienenee ja B1-vitamiinikorvaushoidon toteuttamisen aktiivisuus paranee. Edellytyksenä injektion tarjoamiseen jo heti potilaan osastolle tulovaiheessa on luonnollisesti potilaan riittävä kyky ilmaista siihen tahtonsa. Aikaisen vaiheen injektion tarjoamista puoltavat myös tutkimustulokset ja suositukset B1-vitamiinikorvaushoidon toteuttamisesta ennen hiilihydraattipitoisen ravinnon antamista. Osastotunnilla Wernicken enkefalopatiasta hoitohenkilökunnan keskuudesta nousi ajatus jo annetun tai vielä antamattoman B1-vitamiini-injektion merkitsemisestä muistutukseksi potilastietojärjestelmän etusivulle injektion unohtumisen mahdollisuuden pienentämiseksi. Ehdotus on käyttökelpoinen ja suositeltava ottaa ainakin kokeiluun.

Potilaan B1-vitamiinikorvaushoidosta kieltäytymisen syinä olivat pääasiassa injektion tuottama kipu tai potilaan subjektiivinen kokemus B1-vitamiinikorvaushoidon tarpeettomuudesta. B1-vitamiinikorvaushoidon tarpeellisuutta tulisi potilaalle pyrkiä hoitotilanteessa perustelemaan ja kertomaan, että B1-vitamiinista on tutkimusten mukaan hyötyä Wernicken enkefalopatian ehkäisyssä. Potilaan on hyvä tietää myös, että alkoholin suurkuluttaja on riskiryhmässä sairastua B1-vitamiinin puutokseen ja sitä kautta Wernicken enkefalopatiaan. Potilaan itsemääräämisoikeutta on potilaan hoidossa kuitenkin kunnioitettava ja potilaalle on annettava oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta. B1-vitamiinikorvaushoidon toteutuminen vaatii myös hoitohenkilökunnan sitoutumista ja aktiivista otetta asiaan.

Lähteet

- Aalto, M. 2014. Alkoholihaitat. Duodecim. Viitattu 30.1.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/pit/koti?p_artikkeli=alr00004
- Bode, K., Karttunen, A., Jartti, P., Littow, H. & Karttunen, V. 2005. Wernicken tauti: kliininen oirekuva ja neurologiset löydökset. Suomen lääkirilehti 5/2005, 547-550.
- Donnino, M., Vega, J., Muller, J. & Walsh, M. 2007. Myths and Misconceptions of Wernicke's encephalopathy: what every emergency physician should know. Annals of emergency medicine 6/2007, 715-719.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Helsingin kaupunki. 2014. Päihdehoito. Viitattu 20.2.2015.
http://www.hel.fi/hki/Terke/fi/Terveyspalvelut/P_ihdehoito
- Hillbom, M. 2013. Neurologiset sairaudet ja alkoholi. Duodecim. Viitattu 4.2.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00912
- Hillbom, M. & Marttila, M. 2010. Vitamiininpuutosten aiheuttamat enkefalopatiat. Duodecim 2010, 2132-3134.
- Hillbom, M. & Pyhtinen, J. 2000. Tiamiinivajeen diagnostiikka ja hoito. Duodecim 2000, 749-753.
- Holopainen, A. 2013. Päihteen käytön tunnistaminen. Duodecim. Viitattu 22.2.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01093
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampere: Juvenes Print.
- Kuntaliitto. 2014. Asiantuntijalausunto selviämistoiminnan kehittämisestä. Viitattu 12.3.2015.
http://www.kunnat.net/fi/Kuntaliitto/yleiskirjeet-lausun-not/lausunnot/2014/2014_dnro_3637/3637_90_2014_Kuntaliiton%20lausunto%20Hallintovaliokunnalle%205.9.2014.pdf
- KvantiMOTV. 2003. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.5.2015.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hypoteesi/testaus.html>
- KvantiMOTV. 2013. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 10.5.2015.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/SPSS/spss.html>
- Kvist, M. & Savolainen, T. 2010. ICPC-2, perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kuntaliitto. Viitattu 9.2.2015.
<http://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/p20100309095440223.pdf>
- Käypä hoito. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito-suositus. Viitattu 3.2.2015.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50028>
- Laki päihtyneiden käsittelystä. 8.6.1973/461.
- Lääkietokanta. 2015. Neuramin®. Duodecim. Viitattu 4.2.2015.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/terveysportti/laake.dlr_laake.valmiste?haku=neuramin&id=452

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. 2010. Suomi juo. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino.

Rissanen, T., Paakkonen, H., Kesti, M. & Nurminen, J. 2009. Selviämisaseman asiakkaiden terveydentilan seuranta. Suomen lääkärilehti 14/2009, 1335-1341.

Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. Porvoo: WSOY.

Sarajärvi, A., Mattila, L-R. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOY.

Sechi, G. & Serra, A. 2007. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. Lancet Neurol 2007, 442-455.

Selviämishoitoaseman toimintakertomus. 2014. Helsingin kaupunki.

Sisäministeriö. 2014. Selviämispalvelut tulevat sote-alueiden vastuulle. Viitattu 22.2.2015. http://www.intermin.fi/fi/ajankohtaista/uutiset/1/1/selviamisemasepalvelut_tulevat_sote-alueiden_vastuulle_56326

STM. 2010. Yhtenäiset päivystyshoidon perusteet. Työryhmän raportti. Viitattu 8.3.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11049.pdf

STM. 2012. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Viitattu 8.3.2015. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>

STM. 2014. Päihdepalvelut. Viitattu 21.2.2015. http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/paihdepalvelut

THL. 2012. Parempaan palvelun avaimia. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpano Mielen avain- hankkeessa. Viitattu 13.3.2015. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102981/URN_ISBN_978-952-245-754-7.pdf?sequence=1

THL. 2013. Alkoholi ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Viitattu 12.3.2015. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1

THL. 2014. Fineli- elintarvikkeiden koostumustietopankki. Viitattu 3.2.2015. <http://www.fineli.fi/component.php?compid=2278&lang=fi>

Thomson, A., Guerrini, I. & Marshall, J. 2012. The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome. Neuropsychol rev. 2012, 81-92.

Thomson, A. & Marshall, J. 2006. The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. Alcohol & Alcoholism 2006, 159-167.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenes Print.

Vataja, R. 2010. Alkoholin käyttöön liittyvä muistisairaus. Käypä hoito-suositus. Viitattu 30.1.2015. http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=nix01619

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Tammi.

Liitteet

Liite 1 Seurantalomake

Liite 2 Saatekirje seurantalomakkeeseen

Liite 3 Osastotunnin palautelomake

Liite 4 Päätös tutkimusluvasta

Liite 2 Saatekirje seurantalomakkeeseen

1.2.2015

Hei kaikki!

Oheiset lomakkeet Neuramiinin annosta liittyvät opinnäytetyöhöni, jonka aiheena on "Tiamiini-injektoiden käyttö osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla". Tarkoituksena on kartoittaa Neuramiinin käytön nykytilaa Helsingin selviämishoitoasemalla osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa. Taulukkoon kerätään kaikki ICPC-2 P15-koodilla selviämishoitoaseman puolella hoidetut potilaat (koodin P15 lisänä voi olla muitakin, esimerkiksi N79 tai P18/P19).

Ajatuksenani on, että uloskirjauksen yhteydessä merkinnät tehdään oheiseen taulukkoon, eli jos potilas on saanut Neuramiinin vaikka edellisen vuoron aikana, merkintä tehdään vasta uloskirjauksen hetkellä. Toivoisin tunnollisuutta lomakkeen täytössä, jotta otanta olisi riittävän laaja sekä tulokset todellisia. Toimitaan siis kuten tähänkin asti, mutta merkitään jokaisen potilaan kohdalla Neuramiinin "kohtalo" ylös. Lomakkeessa on myös kohta "jäi tarjoamatta".

Jos lomakkeissa ilmenee jotain epäselvää, niin katsotaan asiaa yhdessä. Seuraavassa muistutuksena kansainvälisen perusterveyden luokituksen ICPC-2 koodin P15 määritelmä.

P15 Alkoholin väärinkäyttö, krooninen

mukaan lukien: alkoholiaivo-oireyhtymä, alkoholipsykoosi, alkoholismi, juoppohulluus

kriteerit: alkoholin käytöstä johtuva häiriö, joka johtaa yhteen tai useampaan seuraavista: käyttöön liittyvä kliinisesti merkittävä terveyshaitta, riippuvuusoireyhtymä, vieroitusoireet, krapula, psykoottistasoinen häiriö

Huom.: Päihteiden ja huumaavien aineiden käyttöön liittyvissä tilanteissa tulee ottaa huomioon ongelmien määrittelyn erot maiden ja kulttuurien välillä. Lääkäri/terveysalan ammattihenkilö voi päättää tilanteen nimeämisestä/luokittelemisesta alkoholin pitkäaikaiseksi käytöksi ilman potilaan suostumusta; myös silloin, kun potilas ei ole halukas hoitoon.

Kiitos jo etukäteen!

Petri Ainasto

sairaanhoitajaopiskelija

Laurea AMK, Porvoo

Liite 3 Osastotunnin palautekysely

1.5.2015

Palautekysely Helsingin selviämishoitoaseman hoitohenkilökunnalle Wernicken enkefalopatiaa käsittelevästä osastotunnista sekä opinnäytetyöhöni liittyvän B1-vitamiinin korvaushoidon seurannan toteutuksesta. Kyselyyn voit vastata nimettömästi, palautelomake on tallennettu selviämishoitoaseman työasemiin. Voit täyttää lomakkeen tietokoneella ja tulostaa sen vastattuasi. Palauta täytetty lomake lokerooni mahdollisimman pian esityksen jälkeen.

1. Millaisena koet B1-vitamiinikorvaushoidon merkityksen osana alkoholin suurkuluttajan hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla?

2. Arvioi osastotunnin vaikutusta osaamiseesi Wernicken enkefalopatiaan liittyen.

3. Mitä uutta tietoa sait osastotunnilta Wernicken enkefalopatiasta, sen ehkäisystä ja hoidosta?

4. Minkälaisista lisätiedoista jäit kaipaamaan Wernicken enkefalopatiasta esityksen jälkeen?

1.5.2015

5. Arvioi miten nyt saamasi informaatio Wernicken enkefalopatiasta vaikuttaa kohdallasi B1-vitamiinin tarjoamiseen potilaille tulevaisuudessa.

6. Kuvaile injektioiden antamisen seurantajakson vaikutusta sen hetkiseen aktiivisuuteesi B1-vitamiinin tarjoamiseen potilaille.

7. Kuvaile seurantalomakkeen toimivuutta ja käytettävyyttä osana päivittäistä työtäsi.

8. Seurantalomakkeen kehitysehdotuksia.

Kiitos vastauksestasi!

Petri Ainasto
sairaanhoitajaopiskelija
Laurea AMK, Porvoo

Liite 4 Päätös tutkimusluvasta

9 §**Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2015-003626**

HEL 2015-003626 T 13 02 01

Päätös

Psykiatria- ja päihdepalvelujen vs. johtaja päätti myöntää tutkimusluvan Petri Ainaston tutkimukselle "Tiamiini-injektoiden käyttö osana alkoholin suurkuluttajien hoitoa Helsingin selviämishoitoasemalla" tässä päätöksessä ilmenevin ehdoin. Psykiatria- ja päihdepalvelujen vs. johtaja nimeää yhteyshenkilöksi osastonhoitaja Nina Willbergin.

Tutkimusluvan ehdot ovat seuraavat:

- Sosiaali- ja terveysviraston yhteyshenkilö on osastonhoitaja Nina Willberg. Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan sosiaali- ja terveysvirastossa suunnitelman ja lupaehtojen mukaisesti
- Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia sosiaali- ja terveysvirastolle
- Tutkimuksessa syntyvä henkilörekisteri hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistuneita henkilöitä
- Tutkijat saapuvat pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia siihen yksikköön, jota tutkimus koskee
- Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön (osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki)

Lisätiedot

Päivi Koskinen, kehittämissuunnittelija, puhelin: 310 42661
paivi.e.koskinen(a)hel.fi

Postiosoite PL 0000 00099 Helsingin kaupunki sosiaalijaterveys@hel.fi	Käyntiosoite Toinen linja 4 A Helsinki 53 www.hel.fi/sote	Puhelin +358 9 310 5015 Faksi +358 9 310 42504	Y-tunnus 0201256-6	Tilinro FI1880001200052430 Alv.nro FI02012566
--	--	---	-----------------------	--