

SELVIÄMISHOIDOSTA KATKAISUHOITON

Päihdepotilaan hoitoketjun muodostuminen

Iiris Mikkilä

Opinnäytetyö syksy 2010

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Mikkilä, Iiris. Selviämishoidosta katkaisuhuoltoon. Päihdepotilaan hoitoketjun muodostuminen. Helsinki, syksy 2010, 53 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia alkoholiongelmaisen potilaan hoitoketjua Helsingissä selviämishoitoasemalta katkaisuhuoltoon. Erityisenä mielenkiinnon kohteena olivat taustatekijät, jotka vaikuttavat selviämishoitoasemalle päätyneen potilaan mahdollisen katkaisuhoidon ja sen jälkeisen jatkohoidon muotoutumiseen sekä päihdeongelmaisten potilaiden jatkohoidon järjestäminen katkaisuhoidon jälkeen.

Opinnäytetyö on kvantitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin Helsingin kaupungin selviämishoitoaseman, Läntisen A-klinikan katkaisuhuolto-osastojen ja Hangonkadun kuntoutuskeskuksen katkaisuhuolto-osastojen henkilökunnan täyttämällä tutkimuslomakkeilla. Tutkimukseen osallistujat olivat selviämishoitoasemalle tulleita helsinkiläisiä potilaita, jotka ilmaisivat halunsa päästä katkaisuhuoltoon. Aineistoa kertyi 51 täytettyä lomaketta.

Tutkimukseen kohteena olivat 39 miestä ja 12 naista. Osallistuneiden keski-ikä oli 48 vuotta. Tutkimukseen osallistuneista 51 % oli työttömiä ja 30 % eläkkeellä. Työssäkäyviä oli 14 %. Osallistujista 39 % asui vuokralla, 22 % oli vailla vakinaista asuntoa ja 18 % asui omassa asunnossa. Kaikista osallistujista 53 % aloitti katkaisuhoidon. Suurin osa potilaista, jotka eivät hoitoa käynnistäneet, ei koskaan saapunut varatulle paikalleen katkaisuhuolto-osastolle.

Tutkimuksen keskeisimmät tulokset kertovat selviämishoitoaseman ja katkaisuhoidon yhteistyön tärkeydestä. Osalle potilaista ei löytynyt katkaisuhoidosta vapaata paikkaa välittömästi selviämishoitoasemalta lähtiessä. Heistä vain murto-osa pyrki katkaisuhuoltoon myöhemmin itsenäisesti. Kaikille katkaisuhoidon loppuun asti käyneille järjestettiin jatkohoitopaikka, tosin useimmiten jatkohoitomuotona oli poliklinikka, harvemmin ympärivuorokautinen tuetumpi hoito. Oman asuntonsa itse omistavista 86 % saapui katkaisuhuoltoon. Työssäkäyvistä potilaista myös 86 % aloitti hoidon. Nämä prosentit ovat huomattavasti suuremmat kuin muissa asumismuodoissa tai työtilanteissa olevilla. Tuloksesta voi päätellä, että toimintakykyisille potilaille, joiden alkoholin käyttö ei ole vielä pitkälle kroonistunut, selviämishoitoasemalle päätyminen on toiminut jollain tavalla herättelevänä kokemuksena. Tutkimusten mukaan päihteiden ongelmakäyttäjien vaikeimmin tavoitettavia ryhmiä ovat nuoret ja syrjäytyneet. Tämän opinnäytetyön tulokset tukevat tätä näkemystä.

Asiasanat: päihdehuolto, hoitoketjut, alkoholiongelmat, seurantatutkimus, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Mikkilä, Iiris.

From sobering to rehab. Forming the chain of treatment for a patients with drinking problems.

53 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2010.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Degree: Nurse.

The purpose of this study was to explore the chain of treatment between the Helsinki Sobering station—a station where doctors and police may transfer intoxicated patients who are not in need of hospital level treatment, but have an illness or injury that demands assessment and observation—and the rehabilitation wards in Hängonkatu Rehabilitation Centre and those in the Western A-clinic. The study focuses especially on the effect of the patients' background information, such as employment and accommodation, on the formation of the chain of treatment. The other point of interest was the formation and degree of after-care at the end of the actual rehabilitation treatment.

This is a quantitative study. The study is based on information forms filled by the staff based on individual patients. The patients participating in the study were citizens of Helsinki, who had expressed their willingness to start rehabilitation treatment upon assessment at the sobering station. The material consisted of 51 filled forms.

Out of the 51 participants in the study, 39 were men and 12 were women. The average age of the participants was 48 years. 30 % of the participants were retired, 51 % unemployed and 14 % were employed. Out of all participants 39 % lived in rented accommodation, 18 % were homeowners and 22 % homeless. All participants in this study were reserved treatment at the rehabilitation centre. Of those, 53% started the rehabilitation treatment. Majority of the 47 % who did not start the rehabilitation, never arrived to the centres.

The most essential results in the study highlight the importance of co-operation between the sobering station and rehabilitation centers. Some of the participants could not be given a spot for rehabilitation treatment following their visit to the sobering station. Only a fraction of them pursued to the rehabs later independently. To all who went through the rehabilitation treatment an after-care plan was organized. Out of the home owners and the employed participants 86 % started the rehabilitation treatment. This is a lot bigger percentage than in any of the other classified groups. The results of the study imply that for participants whose alcohol abuse has not become chronic, ending up in the sobering station often worked as a sort of wake-up call. Previous research in the field of alcohol abuse shows that young people and individuals who are socially excluded from society are the hardest to be reached by the health and social care system. This study supports these theories.

Keywords: rehabilitation treatment, sobering station, chain of treatments, drinking problems, quantitative study

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 ALKOHOLI	8
2.1 Alkoholin suurkulutus	9
2.2 Alkoholiriippuvuus ja alkoholin haitallinen käyttö	10
2.3 Alkoholin käyttö Suomessa	11
2.3.1 Alkoholin käytön yhteiskunnalliset haitat	12
2.3.2 Alkoholin käytön haitat yksilötasolla	14
3 PÄIHDEPALVELUT HELSINGISSÄ	17
3.1 Selviämishoitoasema	18
3.2 Läntisen A-klinikan katkaisuhuoltoasema	19
3.3 Hangonkadun kuntoutuskeskuksen katkaisuhuolto-osastot	19
4 PÄIHDEHOITOTYÖ	21
4.1 Mini-interventio	22
4.2 Akuutisti päihtyneen hoito	23
4.3 Alkoholin vieroitusoireet ja niiden hoito	24
4.4 Alkoholiriippuvuuden hoito	26
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	28
5.1 Tutkimusprosessi	28
5.2 Tutkimuksen tavoitteet	29
5.3 Aineiston keruu ja tutkimuksen rajaus	29
6. TULOKSET	31
6.1 Taustatiedot	31
6.2 Tutkimuksen tulokset	33
6.3 Johtopäätökset	39
7 POHDINTA	42
7.1 Tulosten tarkastelua ja jatkotutkimusaiheita	42
7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	43
LÄHTEET	45

LIITE 1. Kyselylomake	51
LIITE 2. Tiedonkulkulupa	52

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni on kvantitatiivinen tutkimus, joka toteutettiin yhteistyössä Helsingin kaupungin selviämishoitoaseman, Läntisen A-klinikan ja Hangonkadun kuntoutuskeskuksen kanssa. Tarkoituksena oli seurata selviämishoitoasemalta katkaisuhoidon lähteneitä potilaita.

Selviämishoitoasema, Hangonkadun katkaisuhoidon ja Läntisen A-klinikan katkaisuhoidon toimijoita hyvin lähellä toisiaan. Nämä palveluntarjoajat osallistuvat samojen potilaiden hoitoketjuihin samalla alueella, kuitenkin toisistaan suhteellisen erillisinä. Selviämishoitoasema on Helsingin terveyskeskuksen alainen, katkaisuhoidot kuuluvat sosiaaliviraston palveluihin. Yhteistyöhön hoitopaikkojen välillä tuo haastetta muun muassa yhteisen potilastietojärjestelmän puuttuminen. Opinnäytetyölläni haluan parantaa yhteistyötä näiden toimijoiden välillä sekä saada lisää tietoa päihdeongelmaisen potilaan hoitoketjun muovautumisesta näiden hoitotahojen yhteistyössä. Tutkimus on työelämälähtöinen. Toive sen toteutumisesta nousi selviämishoitoasemalta.

Opinnäytetyö toteutettiin keräämällä tietoa potilaista ja heidän hoitoketjuistaan henkilökunnan täyttämällä kyselylomakkeilla (Liite 1). Tavoitteena oli selvittää, minkälaiset potilaat selviämishoitoasemalta katkaisuhoidon ohjautuvat ja mitkä taustatekijät vaikuttavat potilaan hoidon ja jatkohoidon muotoutumiseen.

Päihdetyö on tällä hetkellä ajankohtainen puheenaihe, koska heikko taloudellinen tilanne ajaa palveluiden karsimiseen. Aiheesta on uutisoitu viime vuosina runsaasti. Ylen mukaan päihdehoidon taso heikkenee, sillä kunnat ostavat aiempaa vähemmän palveluja yksityiseltä sektorilta (Mättö 2009). Helsingin sanomat uutisoi teini-ikäisten huostaanottojen lisääntyneen kuluneina vuosina. Huostaanottojen syynä on useimmiten vanhempien päihteiden käyttö. (Repo 2010.) Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksen hiljattain kokoaman Suomi juo – raportin mukaan vain neljäsosa miehistä ja kolmasosa naisista on alkoholin kohtuukuluttajia, loput liikkuvat jo riskirajoilla tai reilusti suurkulutuksen puolella. (Mäkelä & Mustonen 2010, 198). Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto

ilmaisi tiedotteessaan huolensa syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien puolesta. Liiton tuottaman sosiaalibarometrin mukaan hyvinvointi on jäänyt pitkäaikaistyöttömillä sekä päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivillä pysyvästi heikommaksi. Sosiaalibarometrin mukaan näiden ryhmien syrjäytymisriski kasvaa jatkuvasti ja lisäksi esille on noussut nuorten, erityisesti työttömien nuorten syrjäytymisriskin kehitys. Syrjäytymiskierteitä on kyllä yritetty pysäyttää hankkeilla, viranomaisten yhteistyöllä sekä palvelujen uudelleenorganisoinnilla, mutta palveluntuottajien arvioivat, ettei tämä ole riittänyt. (Särkelä & Eronen, 2010.)

Opinnäytetyön kirjallinen raportti on muodostettu kahdesta osasta. Ensimmäisessä osiossa käsitellään tutkimuksen teoreettisia viitekehyksiä ja aiempia tutkimuksia. Toisessa osiossa esitellään tutkimusaineisto ja tulokset sekä johtopäätökset. Taulukoissa vasemmalla olevat numerot ovat potilaiden lukumääriä. Kuvioissa potilaiden määriä on kuvattu prosentteina.

Selviämishoitoasemalla hoidetaan potilaita, katkaisuhuito-osastoilla asiakkaita. Tästä syystä opinnäytetyössä on käytetty molempia termejä vaihdellen asiayhteyden mukaan. Opinnäytetyön työelämäohjaajana on toiminut Helsingin kaupungin selviämishoitoaseman osastonhoitaja Nina Willberg.

2 ALKOHOLI

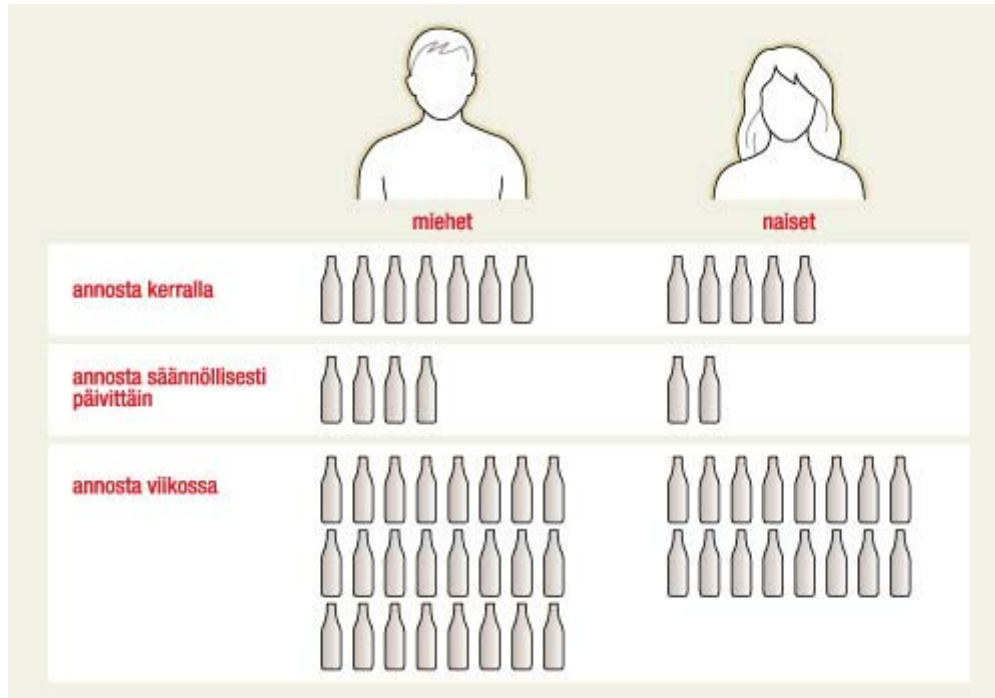
Alkoholi on luonnontuote, jota valmistetaan viljasta tai hedelmistä, joko tislaamalla tai käyttämällä. Alkoholi vaikuttaa keskushermostossa useilla eri tavoilla, sillä ei ole tiettyä sitoutumis- tai vaikuttamiskohtaa. Alkoholi luokitellaan lamaavaksi aineeksi. (Päihdelinkki i.a.)

Alhainen määrä alkoholia virkistää, vilkastuttaa, nostattaa mielialaa ja löysää estoja (Päihdelinkki i.a.). Kohtuukulutuksella on todettu olevan jopa terveydelle myönteisiä vaikutuksia. Se suojaa sepelvaltimotaudilta, luukadolta, tromboottiselta aivohalvaukselta, sappikiviltä ja ehkä myös sokeritaudilta ja Alzheimerin taudilta. Humalahakuisen juomisen riskit ja alkoholisoituminen toisaalta kumoavat positiiviset vaikutukset. (Salaspuro i.a.) Humalalla tarkoitetaan muutoksia, jotka alkoholi aiheuttaa ihmisen käyttäytymisessä, suorituskyvyssä ja mielentilassa. Nämä muutokset alkoholi saa aikaan vaikuttamalla lukuisiin keskushermoston säätelimiin toimintoihin. Humalan aste riippuu lähinnä veren alkoholipitoisuudesta. Alkoholin imeytymiseen vaikuttaa nautitun alkoholin määrä ja käyttökokemus. (Kiianmaa 2003, 120.) Alkoholin käytön välittömiä haittavaikutuksia ovat kömpelyys, pahoinvointi, onnettomuusalttius ja arvostelukyvyn lasku (Päihdelinkki i.a.).

2.1 Alkoholin suurkulutus

Alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus ovat lääkärin tekemiä diagnostisia määrittelyjä. Alkoholin suurkulutus on termi, jonka käyttö on vakiintunut terveydenhuoltoon diagnostisten määrittelyjen lisäksi. Suurkulutuksella tarkoitetaan sellaista alkoholin käyttöä, joka muodostaa yksilölle potentiaalisen terveystarpeen. (Seppä 2003, 57.)

Alkoholin käytön suurkulutuksen rajat ovat yksilölliset. Ne riippuvat henkilön iästä, painosta, sukupuolesta ja terveydentilasta. Yleiset riskirajat on luokiteltu keskikokoisille miehille ja naisille. (Seppä 2003, 57.) Käypä hoito suosituksen mukaan alkoholin riskikulutuksen raja on naisilla noin kaksi annosta päivässä tai viikoittain toistuva humalahakuinen juominen (viisi annosta). Miehillä riskikulutuksen raja on neljä annosta alkoholia päivittäin, tai seitsemän annoksen humalajuominen viikoittain. (Käypä hoito 2010.) Riskikulutusrajat on hahmoteltuna alla olevaan kuvioon.



KUVIO 1. Alkoholin kulutuksen riskirajat miehillä ja naisilla (Käypä hoito 2010).

Alkoholin kertakulutusrajojen ylittäminen aiheuttaa lähinnä tapaturma-alttiutta.

Viikoittaisten riskirajojen pitkäaikainen ylittäminen nostaa riskiä fyysisten ja psyykkisten oireiden kasvuun. (Seppä 2003, 57.) Runsaan käytön tuloksena alkoholi aiheuttaa muutoksia keskushermostoon, jolloin alkoholista luopumiseen tarvitaan ammattiapua (Huttunen 2009).

Alkoholismien kehittyminen vie vuosia. Alkoholin riskikäyttöön tulisi puuttua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennen vakavien sairauksien kehittymistä (Huttunen 2009). Alkoholin käytöstä olisi hyvä keskustella perusterveydenhuollossa jokaisen potilaan kanssa. Keskustelun sävyn pitäisi olla asiallinen ja empaattinen. Syyttely, kuulustelu tai jankkaus ei vie keskustelua eteenpäin. Alkoholin suurkulutuksen varhaistunnistamisen apuna voi käyttää avoimia kysymyksiä, strukturoituja haastatteluja, laboratoriokokeita ja statuslöydöksiä. (Seppä 2003, 62.)

2.2 Alkoholiriippuvuus ja alkoholin haitallinen käyttö

Alkoholin käyttö muuttuu riippuvuudeksi (alkoholismi), kun sen kulutus on pakonomaista ja jatkuvaa, huolimatta alkoholin aiheuttamista sosiaalisista ja somaattisista ongelmista (Huttunen 2009).

Alkoholiriippuvuuden diagnosoi lääkäri käyttämällä apunaan useita menetelmiä, kuten haastattelua, strukturoituja mittareita, kliinisiä kokeita sekä laboratoriokokeita (Käypä hoito, 2010). Alkoholiongelman vaikeusasteen määrittäminen on tarpeellista. Vähintään tulisi pystyä määrittämään alkoholiriippuvuus. Tieto vaikuttaa potilaan hoitoon. Pitkälle edenneessä alkoholismissa useimmiten vain täydellinen raittius on realistinen tavoite. Toisaalta lievemmissä alkoholiongelmissa käytön vähentämiseen ja hallintaan tähtäävä hoito voi toimia. Alkoholismidiagnoosin tekemisestä on myös hyötyä potilaalle sairausloma- ja muita todistuksia ajatellen. (Salaspuro i.a.)

Alkoholin käytön diagnoosit jaetaan samoilla kriteereillä muiden päihteiden kanssa haitalliseen käyttöön ja riippuvuuteen. Suomessa virallisissa yhteyksissä

noudatetaan WHO:n julkaisemaa yleismaailmallisessa käytössä olevaa ICD-10-kriteerejä. (Poikolainen 2003a, 77.)

ICD-10:n mukaan päihteen haitallisen käytön (alkoholin kohdalla diagnoosi F10.1) toteamiseksi on täytyttävä neljä kriteeriä. Täytyy olla selvä näyttö siitä, että päihteen käyttö on aiheuttanut psyykkisen tai fyysisen haitan tai on tuntuvasti edesauttanut sen syntyä. Haitan on oltava selvästi tunnistettavissa ja määriteltävissä. Päihteen käyttö on täytynyt kestää ainakin kuukauden, tai käyttöä on ollut toistuvasti vuoden ajan. Häiriö ei saa täyttää minkään muun saman päihteen käyttöön liittyvän mielenterveyden häiriön kriteerejä, paitsi äkillisen päihtymystilan. (Poikolainen 2003a, 76–78.)

Alkoholiriippuvuuden diagnoosi (F10.2) edellyttää kolmen tai useamman seuraavaksi mainitun kriteerin esiintymistä yhtäaikaaisesti kuukauden ajan viimeisimmän vuoden sisällä tai toistuvasti, jos jaksot ovat lyhyempiä kuin yksi kuukausi. Kriteerit ovat: voimakas himo tai pakonomainen halu ottaa päihteitä; heikentynyt kyky hallita päihteen käyttöä; päihteen käytön päättyessä tai vähetessä esiintyy vieroitusoireita; toleranssi käytettyyn päihteeseen kasvaa; päihteen käytöstä tulee elämän keskeinen asia; käyttö jatkuu huolimatta päihteen aiheuttamista haitoista, joista käyttäjä on tietoinen. (Poikolainen 2003a, 76–77.)

2.3 Alkoholien käyttö Suomessa

Päihdetilastollisen vuosikirjan laitoksen mukaan alkoholien kulutus Suomessa on vuonna 2008 55,3 miljoonaa litraa puhdasta alkoholia. Suhteutettuna asukaslukuun, kulutus on 10,4 litraa asukasta kohden vuodessa. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 17.) Alkoholien kulutus ei kuitenkaan käytännössä jakaudu näin tasaisesti. Kaikesta Suomessa kulutetusta alkoholista noin kymmenesosa väestöstä juo puolet. (Mäkelä & Mustonen 2010, 195–196.)

Viimeisten neljänkymmenen vuoden aikana suomalaisten alkoholin kulutus on kasvanut noin kolminkertaiseksi (Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2010, 39). Toisaalta myös suomalaisten asenteet alkoholia kohtaan ovat muuttuneet. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen raportin mukaan suurin osa suomalaisista ajattelee, että Suomessa käytetään liikaa alkoholia. Samoin yli 70 % suomalaisista on sitä mieltä, että Suomessa humalajuontiin suhtaudutaan liian vapaasti ja että alkoholin myymiseen päihtyneelle ei suhtauduta tarpeeksi tiukasti. (Järvinen & Varamäki 2010, 19–20.)

Alkoholin kokonaiskulutuksesta naiset juovat noin neljänneksen (Österberg & Mäkelä 2009). Vuodesta 1968 vuoteen 2008 naisten alkoholin kulutus on kasvanut 5,8 ja miesten 2,2 kertaiseksi. Viikoittain tai useammin alkoholia käyttää miehistä vajaa 60 % ja naisista 35 % (Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2010, 49–50.)

Suomalaisista miehistä ja naisista raittiita on 10 %, kohtuukäyttäjää on miehissä 25 % ja naisissa 35 %, miehistä silloin tällöin humalassa on 31 % ja naisista 36 %, humalassa usein miehistä 25 % ja naisista 14 %. Alkoholin suurkuluttajia on miehissä 8 % ja naisten joukossa 5 %. (Mäkelä & Mustonen 2010, 199.)

Suomalaiset aloittavat pähteiden käytön tyypillisesti 10–16-vuotiaana. Alkoholin käyttö vakiintuu noin kolmen vuoden kuluessa käytön aloittamisesta. Yläasteikäisistä viidesosa juo itsensä vahvaan humalaan kerran kuussa. (Niemelä 2009)

2.3.1 Alkoholin käytön yhteiskunnalliset haitat

Runsaalla alkoholin kulutuksella on paljon haittavaikutuksia yhteiskunnallisella tasolla. Vuonna 2008 Suomessa sattui 777 alkoholiin liittynyttä tieliikenneonnettomuutta, näistä 87 oli kuolemaan johtavia ja 690 loukkaantumiseen johtavia. Uudellamaalla onnettomuuksia sattui 162 aiheuttaen 12 kuolintapausta ja 216 loukkaantumista. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 83–86.) Rattijuopumuksiin liittyvät kuolemat muodostavat noin

neljänneksen kaikista liikenteessä menehtyneistä. Menehtyneistä 86 % oli miehiä. (Liikenneturva 2010.) Poliisin tietoon tulleita liikennejuopumustapauksia oli koko maassa 27 820, joista Uudellamaalla 6 749 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 86). Liikennejuopumustapausten kokonaismäärän Suomessa voidaan todeta olevan nousussa. Vuonna 2001 liikennejuopumustapauksia oli 22 783 (Poikolainen 2003b, 43).

Vuonna 2008 päihtyneiden säilöönottoja tapahtui 94 007, joista Uudellamaalla 27 131. Väkivaltarikoksia Suomessa tehtiin yhteensä 35 298. Suurin osa rikoksista oli eriasteisia pahoinpitelyitä, murhia näistä oli 47, tappoja 85 ja tapon tai murhan yrityksiä 363. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 84—88.)

Tullin takavarikoimia alkoholijuomia kerääntyi vuoden 2008 aikana 3 666 litraa ja pirtua 185 litraa. Alkoholilainsäädäntöä vastaan tehtyjä rikoksia (alkoholipitoisen aineen luvaton maahantuonti, valmistaminen, välittäminen, hallussapito ja kuljetus) on tilastoitu 3 081. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 90—91.)

Alkoholiin liittyvien sairaalahoitojen määrää seurataan hoitoilmoitusrekisterillä (Poikolainen 2003b, 43). Hoitojaksoja alkoholisairaus pääsairautena toteutettiin yhteensä 26 157. Suurin osa hoitojaksoista kohdistui alkoholipäihtymystilan tai alkoholiriippuvuuden hoitoon sekä alkoholin aiheuttamiin elimellisiin aivo-oireyhtymiin ja käyttäytymishäiriöihin. Kun edellä mainittuihin hoitojaksoihin lisätään hoidot, joissa alkoholisairaus on ollut sivusairautena, nousee hoitojaksojen lukumäärä 37 607. Hoitojaksoja päihdehuollon laitoksissa toteutettiin 21 979. Katkaisuhuoltoasemilla käynnistettiin vuoden aikana 10 223 hoitojaksoa. Vuoden aikana myönnettyistä työkyvyttömyyseläkkeistä 17 371:ssä pääsairautena oli alkoholisairaus (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 92—99, 102.) Hoitojaksojen määrien perusteella on kuitenkin vaikea arvioida alkoholin käytön aiheuttamaa sairaaloiden kuormitusta. Tilastoista puuttuu osa diagnooseista joissa alkoholin vaikeuttaa sairauden syntyyn tai etenemiseen. Tällaisia sairauksia ovat esimerkiksi kurkunpään, ruokatorven, maksan ja paksusuolen syövät, mielenterveyden häiriöt, unihäiriöt, diabetes, verenpainetauti, krapulan laukaisemat sydämen rytmihäiriöt ja epileptiset

kohtaukset. Alkoholin kohtuukäytöllä on myös terveyttä edistäviä vaikutuksia, nämäkään eivät näy tilastoissa. (Poikolainen 2003b, 43.)

Vuonna 2007 alkoholisairauden vuoksi kuoli 2 184 ihmistä. Kuoleman aiheuttaneista alkoholisairauksista eniten esiintyi alkoholin aiheuttamia maksasairauksia, elimellisiä aivo-oireyhtymiä ja kardiomyopatiaa. Päihtyneenä tapaturmaan ja väkivaltaan kuoli yhteensä 884 henkilöä. (Päihdetilastollinen vuosikirja 2009, 104—105.) Vuosittaisista kuolemantapauksista 3000:n eli 6 %:n on arvioitu liittyvän alkoholiin. Kaikki alkoholin aiheuttamat kuolemat eivät kuitenkaan näy tilastoissa, sillä alkoholin ja kuoleman yhteys ilmenee niissä vain kun yhteys on vahva ja diagnostinen luokittelu riittävän yksityiskohtainen. (Poikolainen 2003b, 42.)

2.3.2 Alkoholin käytön haitat yksilötasolla

Alkoholin ongelmakäyttö aiheuttaa monia somaattisia sairauksia ja vaivoja. Liika alkoholin kertakulutus saattaa aiheuttaa alkoholimyrkytyksen. Tähän kuolee Suomessa vuosittain noin 600 ihmistä. (Käypä hoito 2010.) Etanoli on alkoholimyrkytysten yleisin aiheuttaja. Alkoholimyrkytys liittyy yleensä humalahakuiseen juomiseen ja sen päätteeksi sammumiseen. Sammunut henkilö on aina potentiaalisessa hengenvaarassa. Sosiaalisen seurustelun tyyppisissä tilanteissa veren etanolipitoisuus 1,5–2,0 promillea on melko tavanomainen. Kun etanolipitoisuus nousee yli kolmen promillen, henkilö on todennäköisesti sammunut. Kuolemantapauksissa etanolipitoisuudet ovat neljän promillen luokkaa. (Neuvonen 2003, 287–288.)

Alkoholin käyttö aiheuttaa herkästi ylipainoa (Käypä hoito 2010). Alkoholista saadut lisäkalorit varastoituvat rasvakudokseen erityisesti alkoholin suurkuluttajilla. Kaksi oluttuoppia päivässä aiheuttaa 1,5-2 lisäkiloa kuukaudessa. Kuitenkaan kansainvälisissä tutkimuksissa ei ole löytynyt selvää yhteyttä alkoholin kokonaiskulutuksen ja painon välille. (Salaspuro 2003a, 293.)

Alkoholin käytöllä on metabolisia vaikutuksia. Se saattaa aiheuttaa ripulia, haimatulehduksia, alkoholimaksasairauksia, syöpäsairauksia ja alkoholiepilepsiaa. (Käypä hoito 2010.) Alkoholimaksasairaudet (rasvamaksa, alkoholihepatiitti, maksakirroosi) ovat Suomen suurin maksasairausryhmä. Alkoholin aineenvaihdunnan tuotteet ovat toksisia ja rasittavat näin maksaa. (Salaspuro 2003b, 336.)

Alkoholiriippuvaisilla aivovammojen esiintyminen on kolme kertaa yleisempää kuin muulla väestöllä, aivoverenvuotoriski on kaksinkertainen. Lievää dementiaa esiintyy joka toisella alkoholiriippuvaisella. (Käypä hoito 2010.) Alkoholin raju kertakulutus voi myös vaurioittaa aivoja. Aivovaurioihin johtavat alkoholiin liittyen mekaaniset vammat, vitamiinien puutostilat, elektrolyyttihäiriöt, maksakirroosi ja etanolin suorat toksiset vaikutukset. (Hillbom 2003, 315.)

Alkoholin käyttö voi provosoida psykiatrisia häiriöitä. Alkoholin pitkäaikaisen käytön psyykkiset seuraukset saattavat muistuttaa lähes mitä psyykkistä häiriötä vain, nämä tulisi seurannassa pyrkiä erottelemaan todellisista kaksoisdiagnooseista, jotta oikean hoitomuodon löytyminen mahdollistuisi. Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan alkoholiriippuvuuden ja psyykkisen sairauden esiintymistä samalla henkilöllä toisistaan riippumatta. Psykkinen sairaus voi provosoida alkoholin käyttöä, ns. itselääkintänä. Tällöin psyykkisesti sairas henkilö yrittää lievittää oireiluaan alkoholin avulla. (Mäkelä 2003, 183.)

Edellä mainittujen lisäksi alkoholiriippuvaisilla esiintyy muun muassa hormonihäiriöitä, unihäiriöitä, iho-ongelmia, eteisvärinää ja kohonnutta verenpainetta. (Käypä hoito 2010.)

Alkoholin suurkulutus seurauksineen on merkittävä työkykyä alentava tekijä. Työelämässä olevista miehistä 15–20 % on alkoholin suurkuluttajia, naisista 5–10 %. (Teirilä 2003, 257.) Päihdeongelmaisilla on aina riski sosiaaliseen syrjäytymiseen. Syrjäytyneillä päihdeongelmaisilla todetaan usein vaikeasteista päihderiippuvuutta, jolla on taipumus kroonistua herkästi. Kroonistuneeseen alkoholiriippuvuuteen liittyy usein mielialojen ja persoonallisuuden häiriöitä. Syrjäytyneitä alkoholiriippuvaisia pidetään

monimuotoisena ja moniongelmaisena ryhmänä. Pitkälle kroonistuneen asunnottoman alkoholistin tutkimus ja hoito asettaa haasteen terveydenhoitoalalle, sillä taudinkuva on vaihteleva, mutta pitkälle edenneenä elinikäinen, invalidisoiva ja kuolemaan johtava. (Holopainen 2003, 265.)

Alkoholisti on harvoin ainoa alkoholiriippuvuudesta kärsivä. Vanhempien liiallisella alkoholin käytöllä on merkittäviä vaikutuksia perheen lapsiin. Äidin alkoholin käyttö raskaana ollessa aiheuttaa suuren keskenmenon riskin lisäksi monia raskauskomplikaatioita. Lapselle saattaa myös kehittyä pysyvä sikiöalkoholivaurio (FAS). Fas-oireyhtymään liittyvät kasvun hidastuminen, neurologiset oireet sekä henkinen ja fyysinen jälkeenjääneisyys. (Halmesmäki 2003, 404–410.) A-klinikkasäätiön Lasinen lapsuus –kyselyn mukaan 23 % suomalaisista kokee omassa lapsuuden perheessään olleen alkoholin liikakäyttöä. Alkoholin käytön aiheuttamina haittoina vastanneet olivat kokeneet ensisijaisesti perheriidat ja eripurat, yleistä pahaa mieltä, turvattomuuden tunnetta ja häpeää vanhemmista. Yli 30 % oli kokenut myös pelkoa vanhempia kohtaan, ahdistusta, masennusta, heikentyntä itsetuntoa ja luottamuksen menetystä vanhempiin. (Roine & Ilva 2009, 33–34.)

3 PÄIHDEPALVELUT HELSINGISSÄ

Päihdepalvelujen järjestäminen Helsingissä on haastavaa, sillä samalle alueelle on kasaantuneena paljon sekä hyvinvointia että huono-osaisuutta. Vuonna 2006 koko maassa myytiin alkoholijuomia asukasta kohti 8,4 litraa ja Etelä-Suomessa 8,5 litraa. Etelä-Suomessa asuu pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavia nuoria suunnilleen yhtä paljon kuin koko maassa. Asunnottomuus on Helsingissä ja Uudellamaalla selkeästi voimakkaampaa kuin muussa maassa. Uudellamaalla yksinäisiä asunnottomia oli vuonna 2007 3,1 tuhatta asukasta kohti, tämä on yli kaksi kertaa enemmän kuin koko Suomessa keskimäärin tai missään muussa kunnassa. (Savolainen & Heino 2009, 2.)

Helsingissä päihdeongelmallisille palveluja tarjoavat alueelliset sosiaaliasemat, sekä erityisesti asumisen tukeen keskittynyt sosiaaliasema. Helsingin A-klinikat tarjoavat riippuvuuksiin erikoistunutta avohoitoa, laitostatkaisu- sekä kuntoutushoitoa. Nuorisoasemat palvelevat nuoria päihteiden käyttäjiä. Helsingin kaupunki tarjoaa laitostatkaisu- ja kuntoutushoitoa Hangonkadun kuntoutuskeskuksessa. Päihdehuollon jälkikuntoutusyksikkö tarjoaa apua päihteettömään elämään opettelemisessa. Helsingissä toimii useita palvelu- ja päiväkeskuksia, sekä päihdeongelmallisille tarkoitettuja majoituspalveluita. Vertaisryhmätoimintaa löytyy muun muassa AA-ryhmistä, A-killasta, Harjulasta ja Suojatie ry:ltä. (Smeds 2008, 3—13.) Tässä lueteltujen lisäksi kaikki väestölle suunnatut sosiaali- ja terveystalvet kuuluvat myös päihdeongelmallisille.

Merja Halonen (2005, 30–34) on tutkinut pro gradussaan päihteitä käyttävien asiakkaiden palveluihin ohjautumista, kokemuksia palveluiden saatavuudesta sekä niiden vaikuttavuudesta. Pro gradu on laadullinen tutkimus. Halosen tulosten mukaan päihdepalvelujen asiakkaat kokivat päihdepalveluita olevan tarjolla ja luottivat pääsevänsä hoitoon, mikäli heillä on tarvetta ja motivaatiota. Päihdepalveluihin ohjaututtiin omasta halusta, fyysisestä pakotteesta tai ulkopuolisen ohjaamana. Halosen mukaan laitostatkaisun tai laituskuntoutushoidon jälkeen palvelun hakeminen jää usein asiakkaan omalle vastuulle.

Vuonna 2003 Helsingin kaupungin sosiaalivirasto julkaisi Helsingin päihdehuollon palvelujen ulkoisen arvioinnin raportin. Osa aineiston keruusta oli toteutettu palveluja käyttäviä haastattelemalla. Raportin mukaan laitoshoidossa olleista vastanneista asiakkaista 90 % koki tietävänsä, mistä voi hakea päihdehuollon hoitoa tai palveluja Helsingissä. Avohuollon puolella vastanneista asiakkaista 82 % tiesi, mistä ja miten apua ja hoitoa voi saada. (Törmä, Huotari & Inkeroinen 2003, 73.) Toisaalta Halosen (2005, 36–38) tutkimuksen mukaan päihdepalvelujen saatavuutta häiritsivät nimenomaan tiedonpuute palveluista, palveluiden hajanaisuus sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön puute. Tutkimukseen haastateltujen mukaan tiedonpuutetta ilmenee päihdeasiakkaiden tiedossa palveluihin pääsyn suhteen, tarjolla olevista palveluista ja hoitomenetelmistä. Hoidon saatavuutta estävänä tekijänä haastatellut kokivat palveluiden saatavuuden virka-ajan ulkopuolella.

3.1 Selviämishoitoasema

Helsingin kaupungin selviämishoitoasema sijaitsee Töölössä poliisin säilytysuojan yhteydessä. Selviämishoitoasema on avattu vuonna 2001 (Back 2008). Selviämishoitoasemalla on kymmenen potilaspaikkaa, hoitajia on työvuorossa sairaanhoitaja ja lähi- tai perushoitaja (Alin & Matilainen 2006). Selviämishoitoasema on tarkoitettu lyhytaikaiseen toipumiseen potilaille, joilla päihtymystilan lisäksi on seurantaa vaativa vamma tai sairaus (Terveyskeskus 2009). Myös korkeat promillet voivat olla syy päätyä selviämishoitoasemalle (Back 2008).

Potilaat tulevat selviämishoitoasemalle terveyskeskuspäivystysten, sairaaloiden päivystyspoliklinikoiden ja poliisin siirtäminä silloin, kun päihtymys estää hoidon tai poliisin suojissa säilytykseen liittyy terveydellisiä riskejä. Selviämishoitoasema on avoinna vuorokauden ympäri. Hoito selviämishoitoasemalla on potilaalle maksutonta. (Terveyskeskus 2009.)

Hoitajien työnkuvaan kuuluu potilaan hoidon ja voinnin seurannan lisäksi tarvittaessa vieroitusoireiden lääkitseminen ja ensiapu äkillisissä

sairauskohtauksissa ja muissa tilanteissa. Sosiaalisen tilanteen kartoitus (esim. perheväkivalta, lastensuojelun tarve), psykiatrisen hoidon tarpeen arviointi, jatkohoitoon ohjaaminen, toimivien hoitoketjujen löytäminen, hoitoon motivoiminen ja päihdevalistus ovat olennainen osa hoitajien työtä. Selviämishoitoaseman sairaanhoitajat antavat myös konsultaatioita poliisin säilytyssuojaan. (Back 2008.)

Vuonna 2008 selviämishoitoaseman potilaiden keski-ikä oli 46 vuotta. Potilaista 75 % oli miehiä. Potilaista 30 % tuli sairaaloista, 45 % suoraan kadulta poliisin ja ambulanssin tuomina, putkasta 12 % ja kotoa, katkaisuhuitoon pyrkimästä ja muualta 13 %. (Back 2008.) Nina Willbergin (henkilökohtainen tiedonanto 2.12.2010) mukaan vuonna 2010 etenkin poliisin tuomien potilaiden osuus on nousussa.

3.2 Läntisen A-klinikan katkaisuhuitoasema

Helsingin Läntisen A-klinikan katkaisuhuitoaseman kohderyhmänä ovat koko Helsingin päihdeongelmaiset aikuiset (Sosiaalivirasto 2009). Katkaisuhuitoaseman tarkoituksena on päihdekierteen katkaisu ja olosuhteiden luominen päihteiden käytöstä kuntoutumiselle (A-klinikkasäätiö 2006). Katkaisuhuitoaikoja on 11, keskimääräinen hoitoaika on noin 5 vuorokautta. Vuosittain läntisellä A-klinikalla toteutetaan n. 3700 hoitajaksoa. (Halme, 2009.)

Katkaisuhuitoasemalla hoitajien työnkuvaan kuuluu vieroitusoireiden lääkitseminen tarvittaessa, lääkehoito oireiden mukaan, keskustelut, levon turvaaminen, jatkohoitoon motivointi ja hoidon suunnittelu sekä järjestäminen (A-klinikkasäätiö 2006). Hoitoon voi hakeutua päivystyspoliklinikan kautta arkisin kello 8.15–10. Muina aikoina ja viikonloppuisin laitoskatkaisuhuitoon pyritään lääkärin läheteellä (Sosiaalivirasto 2009).

3.3 Hangonkadun kuntoutuskeskuksen katkaisuhuito-osastot

Hangonkadun katkaisuhoidon kohderyhmä ovat yli 18-vuotiaat helsinkiläiset päihteiden käyttäjät. Katkaisuhoitopaikkoja on naisille 11 ja miehille 26. Hoitoon voi pyrkiä oma-aloitteisesti arki-aamuisin tai yhteistyötahojen ohjaamina. Muina aikoina osastoille ei oteta potilaita. Hoidon tarve arvioidaan aina vastaanotossa. Päihtymystila ei ole este hoitopaikan saannille. (Halme 2007.)

Katkaisuhoito muodostuu vieroitusoireiden hoidosta, komplikaatioiden ehkäisystä, kriisitilanteiden selvittämisestä, hoidon ja jatkohoidon suunnittelusta sekä niihin motivoinnista ja ohjauksesta. Osastot antavat myös puhelinneuvontaa ja konsultaatioapua. (Halme 2007.)

4 PÄIHDEHOITOTYÖ

Päihdehoitotyö on sairaanhoidon osa-alue, jossa keskitytään päihteiden käyttöön, käytön vaikutuksiin sekä riippuvuuksien hoitoon (Inkinen 2004, 11). Päihdehoitotyötä tehdessä hoitosuhteen on oltava myös yhteistyösuhde, jotta päihteitä käyttävä voisi motivoitua muuttamaan elämäänsä. Hoitosuhteen osalta työ päihteitä käyttävän kanssa on tilanteiden tarkastelua, motivoivaa ja tukea antavaa keskustelua, sekä tiedon antoa ja tulevaisuuden suunnittelua. (Inkinen 2004,11.)

Päihdetyö jaetaan ehkäisevään ja haittoja vähentävään sekä korjaavaan päihdetyöhön. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia. Ehkäisevän päihdetyön toiminta sisältää päihteettömien elintapojen edistämisen, päihdehaittojen ehkäisemisen ja vähentämisen sekä päihdeilmiön ymmärryksen ja hallitsemisen lisäämisen. Haittoja vähentävä päihdetyö pyrkii minimoimaan päihteiden käyttöä seuraavien haittojen ilmenemisen, vaikka itse käyttöä ei pystyttäisikään vähentämään. Korjaavan päihdetyön muotoja ovat päihdehaittoihin kohdistuvat palvelut, päihderiippuvuuden ja ongelmakäytön hoito sekä retkahdusten ehkäisy. (Kylmänen 2008, 56–57.) Tässä opinnäytetyössä keskitytään erityisesti korjaavaan päihdehoitotyöhön, sillä se on selviämishoitoaseman ja katkaisuhuolto-osastojen pääasiallinen palvelumuoto.

Päihdehoitotyötä ja sen järjestämistä ohjaavat lait. Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto on järjestetty vastaamaan tarpeita. Päihdehuollon palvelujen kehittäminen kuuluu sosiaalilautakunnan ja terveyslautakunnan toimintaan. (Päihdehuoltolaki 1986.)

Inkinen (2004, 30–42) on tutkinut päihdehoitotyötä tekevien hoitajien työn sisältöä. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat työskentelivät päihdehoitotyön eri ympäristöissä, avohoidossa, katkaisuhoidossa, kuntoutuksessa sekä vierotushoidossa. Inkisen mukaan suurin osa päihdehoitotyöstä on yksilövastuista hoitotyötä. Suurimmalla osalla hoitajista työhön kuuluivat omahoitajasuhdetyöskentely, potilaan läheisten tukeminen sekä tukiverkoston

rakentaminen. Hoitotyön sisällöstä painottui erityisesti asiakkaan kokonaistilanteen arviointi, hoidon suunnittelu ja seuranta, lääkehoidon toteutus, vieroitusosan tarkkailu ja hoito, psyykkisen hyvinvoinnin tukeminen sekä neuvonta ja ohjaus.

Helsingin kaupungin selviämishoitoasemalle on aiemmin tehty yksi opinnäytetyö vuonna 2004. Työssään ”Päihdepotilaan hoito selviämishoitoasemalla sairaanhoitajien kuvaamana” Alin ja Matilainen (2006) haastattelivat viittä sairaanhoitajaa heidän kokemuksistaan ja näkemyksestään yksikön toiminnasta. Tutkimus on kvalitatiivinen ja toteutettiin teemahaastatteluilla. Tavoitteena oli kuvata päihdepotilaan hoitoa ja päihdeverkostotyön toteutumista sairaanhoitajien näkökulmasta.

Tutkimustulosten mukaan hoitajat näkevät potilaat avun tarvitsijoina, joita voidaan auttaa. Haastateltujen mukaan heidän työtään vaikeuttavat yleisessä terveydenhuollossa vallitsevat negatiiviset asenteet päihdepotilaita kohtaan ja puutteelliset tiedot selviämishoitoaseman toiminnasta. Toinen ongelmia aiheuttava epäkohta on jatkuva resurssipula. Jatkohoitoaikat ovat riittämättömiä suhteessa alkoholin kulutuksessa viime vuosien aikana tapahtuneeseen nousuun. Sosiaalipäivystys oli suljettu yöaikaan, vaikka juuri silloin konsultaatioapua useimmiten tarvitaan. Kaiken kaikkiaan sairaanhoitajat kaipaavat muutosta asenteisiin sekä yhteisöllisellä että ammatillisella tasolla. Päihdeongelmaisten potilaiden hoito tulee nähdä haasteena, johon yhteiskunnan pitää pystyä vastaamaan. (Alin & Matilainen 2006.)

4.1 Mini-interventio

Mini-interventiolla tarkoitetaan perusterveydenhuollossa tapahtuvaa toimintaa, jolla pyritään tunnistamaan alkoholin riskikulutusta ja alkoholiriippuvuutta. Mini-interventiolla voidaan pyrkiä motivoimaan riskiryhmään kuuluvia potilaita muuttamaan juomatapojaan tai ottamaan vastaan tarkennettu päihdehoitoa. (Babor & Higgins-Biddle 2001, 4.)

Mini-interventiossa voidaan käyttää alkoholiongelmien tunnistamisen apuna AUDIT-kyselyä (WHO:n julkaisema lomakekysely alkoholin käyttötottumuksista) alkoholin kulutuksesta. Työikäisten alkoholinkulutuksen kartoituksessa AUDIT on todettu hyvin tehokkaaksi. Ikääntyneillä se ei toimi yhtä hyvin, nuorten kohdalla kyselystä ei ole tutkimusnäyttöä. Audit testin sijaan tai ohella voidaan käyttää haastattelua. Haastattelussa voidaan esimerkiksi kartoittaa potilaan alkoholinkulutusta viimeisen 2-4 viikon ajalta. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 17-18.)

Mini-interventio voi sisältää yksinkertaista neuvontaa ja ohjausta. Neuvonta voi sisältää palautetta ja ohjausta yksilökohtaisella tasolla, tai päihdevalistusta laajemmin. Mini-interventiossa on hyvä pitää mukana motivoivan haastattelun piirteitä. (Aalto, ym. 2008, 18-19.) Motivoivaa haastattelua on kuvattu tarkemmin luvussa 4.4. WHO:n (World health organisation) tekemän tutkimuksen mukaan mini-interventioilla voidaan merkittävästi alentaa alkoholin kulutusta, kun siihen on sisällytetty neuvontatyyppinen keskustelu (Holmberg 2003, 216).

4.2 Akuutisti päihtyneen hoito

Päihtyneellä terveydenhuollon palveluihin saapuneella potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon siitä riippumatta kuinka päihtynyt hän on. Päihtyneen potilaan akuuttihoiton yhteydessä tulee arvioida myös päihdehuollon tarve. Tarvittaessa potilas ohjataan päihdehuollon erityispalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13.)

Päihtymyksen tilaa tulee arvioida tarpeellisin väliajoin. Jos potilas pystyy kertomaan, häneltä kysytään, mitä päihteitä ja lääkkeitä on ottanut sekä koska ja kuinka paljon. Kontaktissa taso ja luotettavuus tulee selvittää, tästä esimerkkeinä ajan ja paikan taju, käyttäytymisen hallinnan taso sekä havainnot päihtymyksen aiheuttamista tajunnan muutoksista. Jos potilas ei kykene puhumaan, tulee alentuneen tajunnantason syvyys määrittää tarkastamalla, pystyykö potilas olemaan kontaktissa, reagoiko hän kosketukselle ja kivulle, millaisia ovat pupillien koko, hengityksen nopeus sekä pulssi ja verenpaine.

Päihtymystilan arvioimiseksi tulee mitata uloshengityksen etanolipitoisuus puhalluskokeella. Tulosta arvioitaessa täytyy ottaa huomioon potilaan päihderiippuvuuden aste, jos se tiedetään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 14.)

Jos potilaan tajunnantaso laskee selkeästi tai potilas muuttuu hyvin levottomaksi, tulee päivystävän lääkärin tavata potilas määrittääkseen elintoimintoja ylläpitävän hoidon tarpeen, laadun ja kiireellisyyden. Lääkäri voi potilaan tavattuaan joko laatia päivystyslähetteen somaattiseen tai psykiatriseen sairaalahoitoon tai laatia päivystyslähetteen päihdehoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 14.)

4.3 Alkoholin vieroitusoireet ja niiden hoito

Ennen alkoholin vieroitusoireiden hoidon aloittamista, on suljettava pois mahdolliset muut hoitoa vaativat sairaudet. Näitä voivat olla kallovamman, hypoglykemia, keuhkokuume, aivokalvontulehdus ja maksakooma. (Laitinen & Mäkelä 2003, 204.) Alkoholin vieroitusoireita ilmenee noin 24–150 tuntia pitkäaikaisen alkoholin käytön päätyttyä. Alkoholi vaikuttaa hermostoon. Alkoholin poistuessa elimistöstä, muutokset hermostoon kuitenkin jäävät ja se muuttuu yliaktiiviseksi. Lieviksi vieroitusoireiksi luokitellaan vapina, levottomuus, unettomuus ja ärtyisyys. (Käypä hoito 2010.)

Yksi alkoholin käyttöä seuraavista häiriöistä on neste- ja elektrolyyttitasapainon häiriö. Lievä häiriö voidaan parantaa sopivia elektrolyyttejä sisältävillä urheilujuomilla tai tasapainotetuilla kivennäisvesillä ja mehuilla. Potilaalle tulee antaa ruokaa heti kun hän pystyy syömään, sillä ruoassa on kaikkia tarvittavia elektrolyyttejä. Vaikeissa tapauksissa häiriö hoidetaan nesteyttämällä suonensisäisesti sairaalaoiloissa. (Laitinen & Mäkelä 2003, 208.)

Delirium tremens on vaikea alkoholin aiheuttama vieroitusoiretila. Delirium ilmaantuu 24–150 tunnin kuluttua alkoholin käytön lopettamisesta. Alkoholideliriumin oireita ovat autonominen ja psykomotorinen hyperaktiivisuus

(hikoilu, takykardia, vapina, levottomuus), puhevaikeudet, desorientaatio ja hallusinaatiot. Tila saattaa olla hengenvaarallinen ja vaatii sairaalahoitoa. (Käypä hoito 2010.) Hoidettunakin deliriumin kuolleisuus on 5–10% (Salaspuro i.a.).

Vaikeisiin alkoholivieroitusoireisiin liittyy kouristusvaara, joten lääkehoito on tarpeellinen kouristusten ehkäisyksi. Vieroitusoireiden lääkehoito auttaa myös pitkäaikaisen alkoholinkäytön katkaisemisessa. Vieroitusoireiden lääkehoito sisältää lähinnä bentsodiatsepiinien käytön. Vaikeiden vieroitusoireiden hoidossa toteutetaan kyllästyshoitoa, jossa potilaalle annetaan 20 mg diatsepaamia tunnin välein, kunnes hän nukahtaa. Lääkkeen kokonaisannos on yleensä 60–120 mg. Diatsepaami vaikuttaa pitkään, joten potilas ei tarvitse herätessään lisälääkettä. Oireita lievittävä lääkepitoisuus säilyy 2–3 vuorokautta. Toinen vaihtoehto on toteuttaa kyllästyshoito antamalla riittävästi bentsodiatsepiinia 3–4 vuorokausiannoksena, sitten lääkeannosta pienennetään asteittain 2–4 vuorokauden ajan. Aluksi tarvittava bentsodiatsepiinin annos on yksilöllinen. (Huttunen 2008.) Kyllästyshoidon etuna on bentsodiatsepiinin pitkä vaikutusaika, jolloin hoitoa tarvitsee toteuttaa vain yhtenä päivänä (Laitinen & Mäkelä 2003, 208). Mikä tahansa bentsodiatsepiini sopii käytettäväksi tällaisessa hoidossa, lukuun ottamatta nukahtamislääkkeitä, joilla on hyvin lyhyt puoliintumisaika. (Huttunen 2008.) Vieroitusoireiden hoitoon suositellaan kuitenkin yleisesti käytettäviksi diatsepaamia, klooridiatsepoksidia ja oksatsepaamia. Bentsodiatsepiinien käytön hyödyistä on paljon tutkimusnäyttöä, mutta niillä on myös haittansa, erityisesti riippuvuuden kehittymisen kannalta. Jos potilas on käyttänyt bentsodiatsepiineja suurina annoksina jo ennen hoitoon tuloa, jatketaan bentsodiatsepiinilääkitystä käyttöä vastaavina annoksina koko alkoholikatkaisuhoidon ajan. Tällöin lääkevieroitus tehdään vasta alkoholivieroituksen jälkeen. (Laitinen & Mäkelä 2003, 208.)

Pitkään alkoholia käyttäneille lääkehoitoon lisätään tiamiini Wernicken taudin ehkäisemiseksi (Huttunen 2008). Tiamiini on B1-vitamiini, joka vaikuttaa hermojen ja lihasten toimintaan. Tiamiinin tärkeimmät lähteet ruoassa ovat leivät, viljavalmisteet, sekä liha- ja kananmunaruokat (Valtion

ravitsemusneuvottelukunta 2005, 54). Wernicken tauti on vakava sairaus, jossa alkoholin krooninen käyttö, siihen liittyvät vieroitusoireet sekä tiamiinin puutostila yhdessä aiheuttavat verenvuotoja aivokammioiden läheisyydessä ja vaurioittavat lisäksi nisälisäkettä sekä usein aivosiltaa, aivorunkoa ja pikkuaivoja. Tila johtaa akuutisti kuolemaan noin 10-20 prosentissa ilman tiamiinin antoa lihakseen pistettynä. Noin 80 % potilaista, jotka toipuvat Wernicken taudin akuutista vaiheesta ovat vaarassa että heille kehittyy Korsakoffin oireyhtymä (aivovaurio). Tämä on Wernicken taudista kroonisempi muoto. Tyypillistä Korsakoffin oireyhtymälle on kyvyttömyys painaa mieleen uusia tai muistaa aiemmin opittuja asioita. (Rintala 2002.)

4.4 Alkoholiriippuvuuden hoito

Alkoholiriippuvuuden hoidon lähtökohta on aina psykososiaalinen hoito. Tämä sisältää mahdollisesti erilaisia terapiamuotoja, toimintaterapiaa, perheterapiaa. Alkoholismia hoidetaan myös yhteisöhoidon, verkostotyön sekä yleisen, teoreettisesti sitoutumattoman hoidollisen tukemisen keinoin (Miettinen 2009). Toimiviin hoito-ohjelmiin on usein yhdistettynä joko AA-pohjainen itsehoito-ohjelma tai motivaatiota vahvistava hoitomalli (Salaspuro i.a.).

Alkoholiriippuvaisen motivaatiota ja kiinnostusta elämänmuutokseen herätellään usein motivoivan haastattelun avulla. Motivoiva haastattelu on ohjausmenetelmä, jonka tavoitteena on voimistaa yksilön muutosmotivaatiota paneutumalla keskustelussa tutkimaan alkoholin ongelmakäytön ristiriitaa. Vuorovaikutus toimii muutoksen voimana. Haastattelun peruselementit ovat yhteistyö, herättely ja itseohjautuminen. Lähtökohta on, että ihmisessä itsessään on kaikki muutoksen edellytykset, ne on vain löydettävä riippuvaisen omiin havaintoihin, tavoitteisiin sekä arvoihin nojautuen. Työntekijän käytös haastattelutilanteessa vaikuttaa voimakkaasti vuorovaikutustilanteen syntymiseen kriittisyys ja käännytysinto herättävät asiakkaassa negatiivisia tunteita kun taas turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri lisää avoimuutta ja herättää haastateltavassa myönteisyyttä. (Lindroos, Rokka & Lehmusvaara, 2008.)

Psykososiaalisen hoidon rinnalla alkoholismista kuntoutumista voidaan edistää lääkehoidolla. Alkoholien vieroitusoireiden hoidon yhteydessä mainittujen bentsodiatsepiinilääkitysten lisäksi voidaan hoidossa hyödyntää Disulfiraamia, valmistimenimeltään Antabusta. Valvottu antabushoito on todettu hyvin tehokkaaksi. Valvomatta antabushoito keskeytyy herkästi. Jos antabushoidossa oleva potilas nauttii alkoholia, asetaldehydiä kertyy vereen aiheuttaen punoitusta, takykardiaa, päänsärkyä ja joskus pahoinvointia. (Salaspuro i.a.)

Erinäisiä psykoosilääkkeitä ja neurolepteja voidaan myös käyttää alkoholiongelmaisen hoidon tukena. Näiden lääkkeiden tehosta ei tosin ole vahvaa tutkimuksellista näyttöä, ja mahdollinen hyötykin kohdistuu vain erityisryhmiin. Akupunktio voi tehostaa hoitoon sitoutumista, mutta varsinaisen alkoholiriippuvuuden hoidossa sen hyödystä ei ole näyttöä. (Käypä hoito 2010.)

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusprosessi

Tutkimusprosessi lähti liikkeelle Helsingin kaupungin selviämishoitoasemalta nousseesta toiveesta. Motivointi katkaisuhuoltoon on suuri osa selviämishoitoasemalla tehtävää työtä, joten henkilökunta toivoi opinnäytetyön kohdentamista tähän. Selviämishoitoaseman toiveena oli työn tekeminen näkyväksi ja työn tulosten esille saaminen. Katkaisuhuoltoasemilla ehdotus opinnäytetyöstä otettiin hyväksyen vastaan. Ne toivoivat työn lisäävän yhteydenpitoa toimijoiden välillä. Opinnäytetyön aihe tuntui minusta mielenkiintoiselta, sillä päihdeongelmat ovat sairaanhoitajan ammatissa aina ajankohtainen aihe. Tieto päihdeongelmista lisää ammatillista monipuolisuutta.

Seuraava vaihe tutkimusprosessissa oli teorian tiedon kerääminen ja tutkimuksen suunnittelu. Tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen (Liite 1) laatimisessa suurena apuna olivat sekä ohjaavat opettajat että selviämishoitoaseman osastonhoitaja. Tutkimusaiheen ja kvantitatiivisen tutkimusmuodon ansiosta aihe oli helppo rajata ja selkeä toteuttaa. Työelämän yhteistyötahot aiheuttivat luonnollisen rajauksen tutkimukseen mahdollisesti osallistuvalla potilasryhmällä.

Tutkimusluvat haettiin Helsingin Sosiaalivirastolta ja Terveyskeskukselta. Terveyskeskuksen mukaan tutkimuksen aihe oli ajankohtainen ja keskeinen, tulokset ovat hyödynnettävissä arvioitaessa päihdepotilaan hoitoketjun muodostumista. Terveyskeskus edellytti tutkimusluvan saamiseksi potilastiedotteen laatimista. Tiedote (Liite 2) laadittiin ja jätettiin selviämishoitoasemalle ohjeiden mukaisesti.

Aineiston keruu käynnistettiin huhtikuussa 2010 ja tavoiteltu määrä aineistoa saatiin valmiiksi saman vuoden elokuussa. Aineisto analysoitiin syöttämällä lomakkeiden tiedot Excel-ohjelmaan. Aineistoa tarkasteltiin suorien jakaumien ja ristiintaulukoinnin avulla. Aineiston analyysi oli tutkimusprosessin

mielenkiintoisin ja haastavin vaihe. Aineistoa analysoitaessa oli katseltava omaa työtään hyvin kriittisesti.

Tutkimusprosessi opetti pitkäjänteistä työskentelyä. Prosessi aloitetaan jollain tasolla jo opintojen varhaisessa vaiheessa pohtimalla suuntautumisalaa ja opinnäytetyön menetelmää. Prosessi ohjaa myös tarkastelemaan omaa työskentelyä ulkoapäin, asiaa tuntemattoman silmin. Opinnäytetyötä tehdessä tutustuin kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään.

5.2 Tutkimuksen tavoitteet

Tässä opinnäytetyössä seuran alkoholiongelmaisen potilaan hoitoketjua selviämishoitoasemalta katkaisuhoidon. Tutkimuskysymykset ovat: Mitkä tekijät vaikuttavat selviämishoitoasemalle päätyneen potilaan mahdollisen katkaisuhoidon ja sen jälkeisen jatkohoidon muotoutumiseen? Minne päihdeongelmaisia potilaita ohjataan?

Tutkimuksessa haluan myös saada selville, minkälaiset taustatekijät vaikuttavat potilaan hoitoketjuun. Hypoteesinani on että esimerkiksi vailla vakinaista asuntoa oleva potilas sitoutuu katkaisuhoidonsa muita useammin, ja että nuoremmat potilaat keskeyttävät katkaisuhoidon vanhempia herkemmin.

5.3 Aineiston keruu ja tutkimuksen rajaus

Aineistoa kerättiin huhtikuusta elokuuhun 2010. Tavoitteena oli saada vähintään 50 täytettyä lomaketta ja niitä kertyi 51. Kyselylomake oli kaksiosainen. Ensimmäiseen osaan (Liite 1, kysymykset 1-6) selviämishoitoaseman hoitajat kirjasi potilaista perustiedot. Näitä olivat sukupuoli, ikä, sosioekonominen status, asumismuoto, selviämishoitoasemalle päätyneen syy sekä valittu katkaisuhoitopaikka. Kyselylomakkeen toiseen osaan (Liite 1, kysymykset 7-10) vastasivat katkaisuhoidon työntekijät. Tähän osaan kuuluivat kysymykset

aloittaako potilas katkaisuhoidon, jos ei niin minne ohjataan, käykö potilas hoidon loppuun asti ja minne potilas ohjataan jatkohoitoon.

Tutkimuksen lähtökohtana oli seurata potilaita, jotka erilaisista syistä olivat päätyneet Helsingin kaupungin selviämishoitoasemalle ja ilmaisivat halunsa päästä katkaisuhoidon. Hoitajat selviämishoitoasemalla ottivat yhteyttä katkaisuhoidon tarjoaviin yksiköihin ja tiedustelevat vapaita paikkoja. Jos vapaa paikka löytyi, se varattiin potilaalle, joka sitten itsenäisesti lähti pyrkimään hoitoon.

Tutkimusta varten selviämishoitoaseman hoitajat pyysivät potilailta kirjallisen luvan tiedonsiirtoon yksiköiden välillä (Liite 2). Jos potilas antoi luvan, hoitajat täyttivät osaltaan potilaan tiedot lomakkeelle ja faksasivat lomakkeen kyseessä olevaan katkaisuhoidon. Potilaan kirjallinen suostumus tutkimukseen jäi selviämishoitoasemalle.

Katkaisuhoidon henkilökunta vastaanotti lomakkeen ja täytti siitä tiedot omalta osaltaan. Jos potilas ei saapunut katkaisuhoidon, lomakkeen täyttäminen päättyi tähän. Jos taas potilas saapui paikalle ja aloitti hoidon, katkaisuhoidon henkilökunta seurasi hoidon kulkua ja täytti lomakkeeseen mahdollisen jatkohoitopaikan. Ennen lomakkeiden luovutusta minulle henkilökunta poisti niistä nimitiedot anonymiteetin säilymiseksi.

Tutkimus rajattiin koskemaan ainoastaan helsinkiläisiä potilaita, sillä selviämishoitoasemalle tulevista he ovat enemmistö. Hangonkadun katkaisuhoidon ja Läntinen A-klinikka ovat selviämishoitoaseman tärkeimmät yhteistyökumppanit alkoholikatkaisuhoidoissa. Huumevieroitushoito rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle.

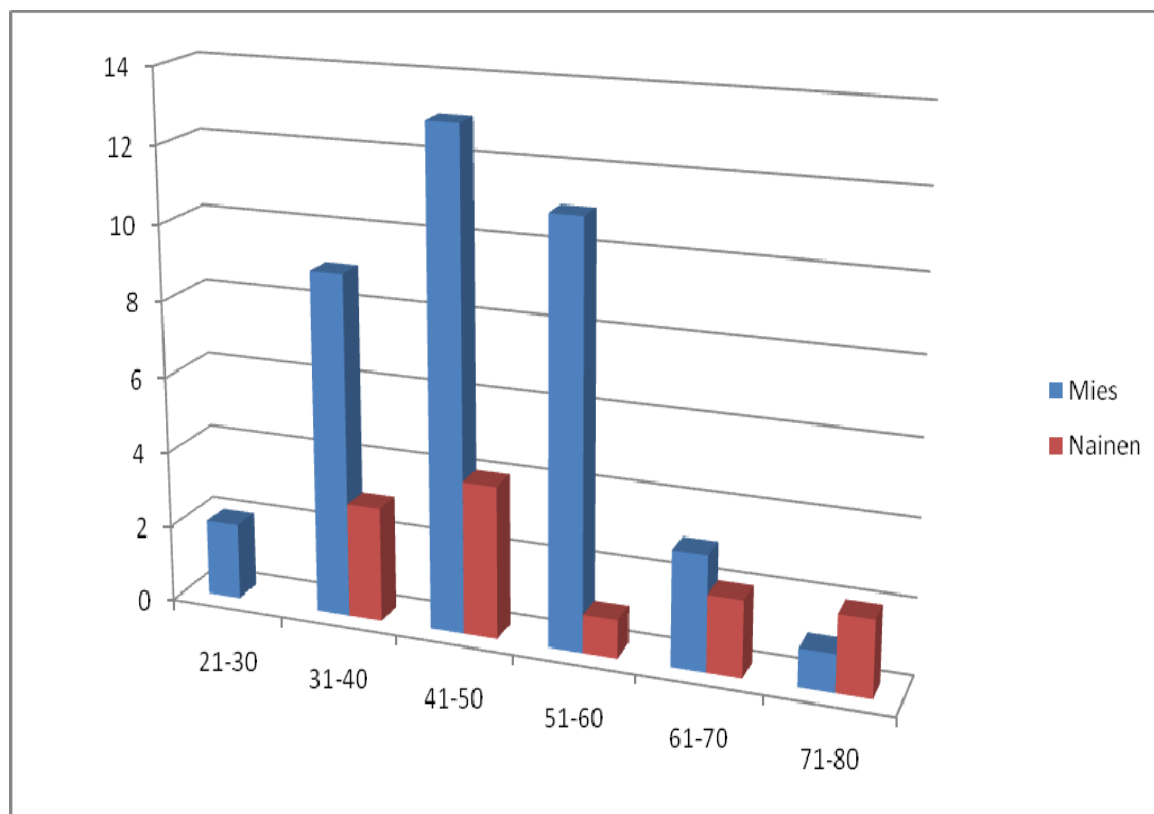
6. TULOKSET

Tässä luvussa käydään läpi tutkimuksen tuloksia. Tulosten esittelyyn on käytetty taulukoita. Taulukot on luotu käyttämällä suoria jakaumia ja ristiintaulukoimalla. Olen esittänyt tulokset taulukoissa niin, että taulukoiden vasemmalla puolella olevat luvut kuvaavat potilaiden lukumäärää. Kuvioissa lukumäärät kuvaavat muuttujien prosenttiosuuksia.

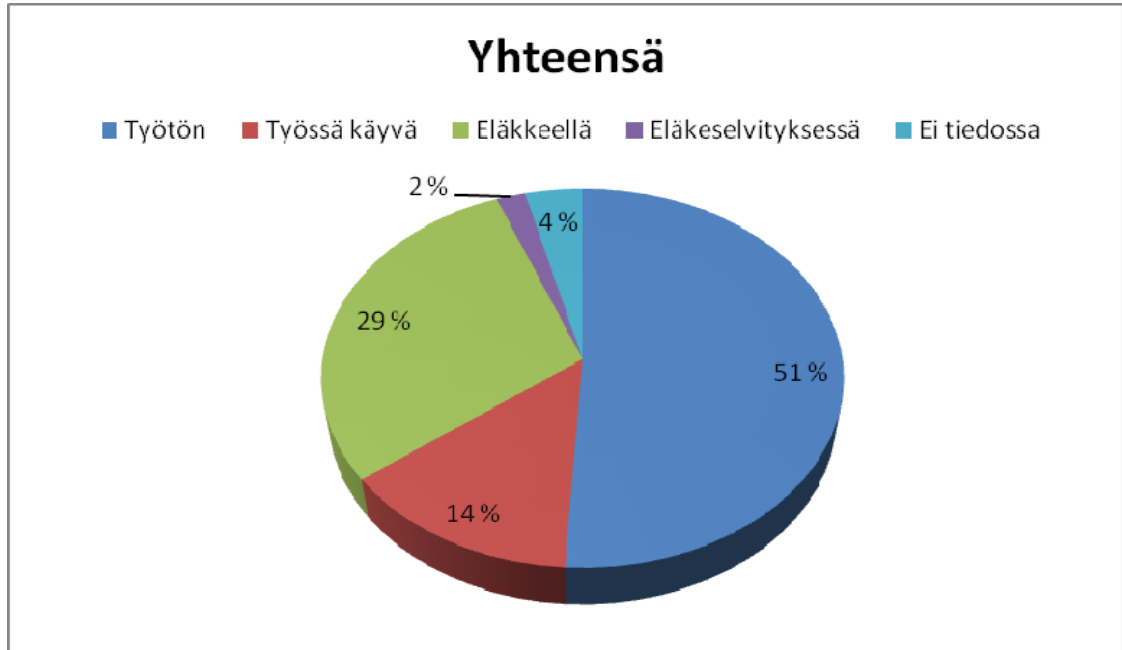
6.1 Taustatiedot

Taulukosta 1 selviää, että tutkimukseen osallistui 39 miestä ja 12 naista. Osallistuneista nuorin oli 25-vuotias ja vanhin 77-vuotias. Suurin osa (32/51) osallistuneista olivat iältään 40–60 vuotta. Tutkimukseen osallistuneiden keski-ikä oli 48 vuotta. Tämä vastaa hyvin selviämishoitoaseman asiakkaiden yleistä keski-ikää.

TAULUKKO 1. Vastajien ikä sukupuolen mukaan

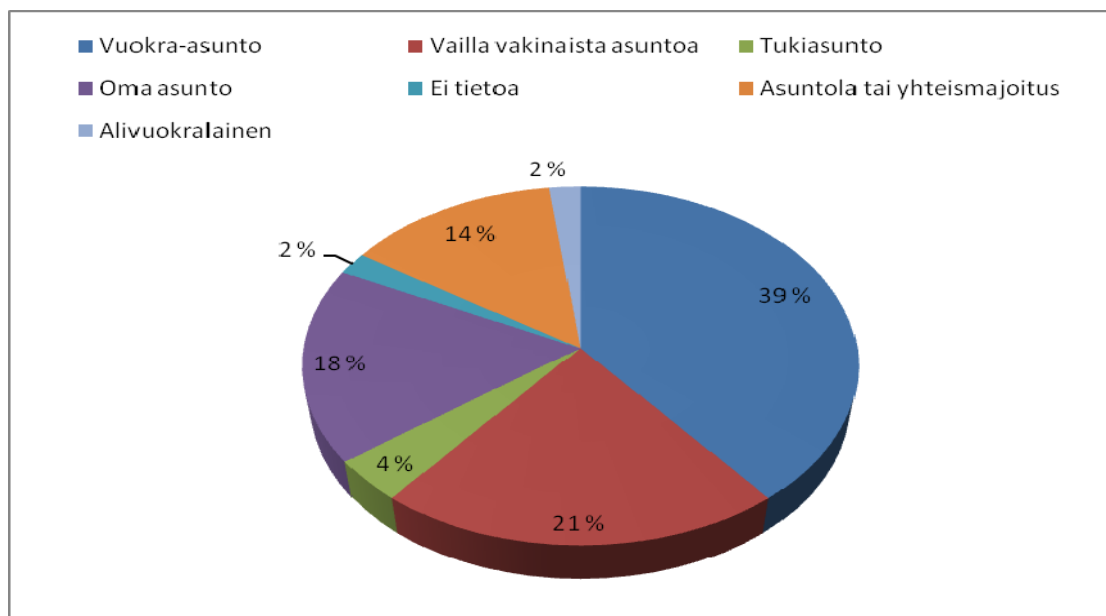


Tutkimukseen osallistuneista 51 % (26) oli työttömiä ja 30 % (15) oli eläkkeellä, ja noin. Osallistujista 14 % (7) oli työssäkäyviä (Kuvio 2).



KUVIO 2. Potilaiden sosioekonomiset asemat

Kuviosta 3 nähdään että osallistujista 39 % (20) asui vuokralla, 18 % (9) omassa asunnossa ja 14 % (7) asuntoloissa tai yhteismajoituksissa. Vailla vakinaista asuntoa oli 22 % (11) osallistujista.

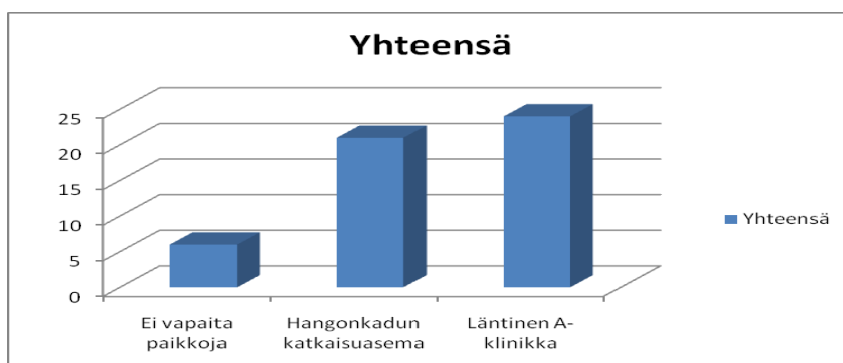


KUVIO 3. Potilaiden asumismuodot

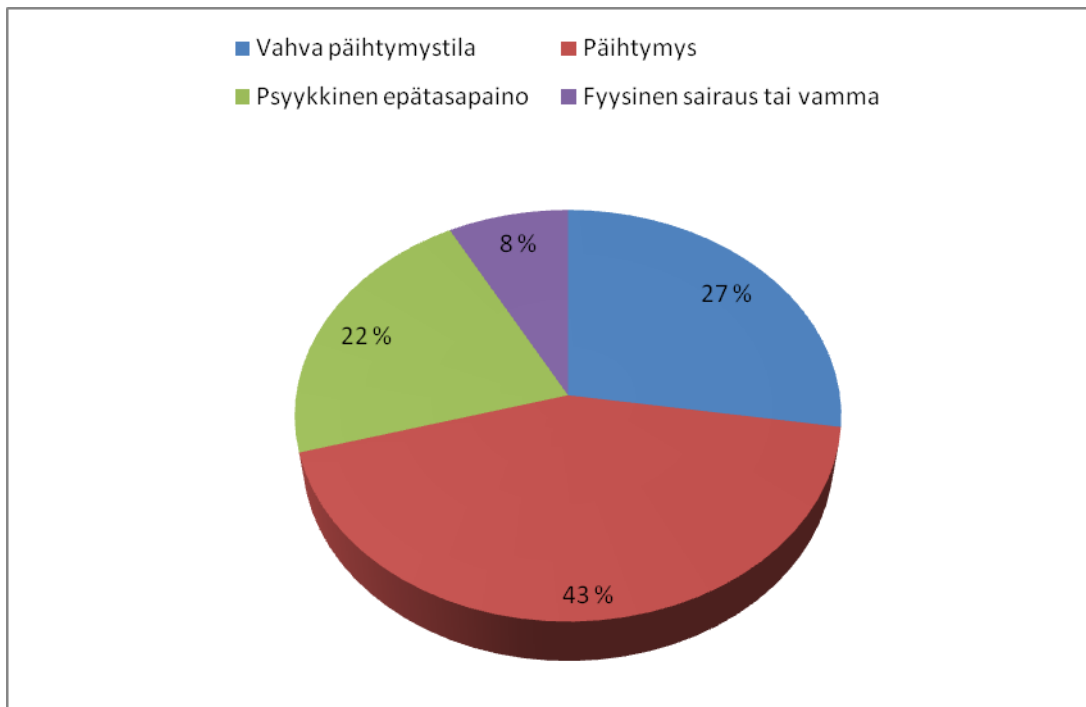
6.2 Tutkimuksen tulokset

Tutkimukseen osallistuneista kaikkiaan 51 potilaasta 21 ohjattiin Hangonkadun katkaisuasemalle ja 24 Läntisen A-klinikan katkaisuhuoltoon. Potilaista 6 ohjattiin selviämishoitoasemalta kotiin, sillä katkaisuhuoltoon ei ollut vapaita paikkoja. (Taulukko 2.) Asiakkaat ohjeistettiin pyrkimään katkaisuhuoltoon itsenäisesti myöhemmin. Yksi tutkimukseen osallistuneista asiakkaista olikin tämän tehnyt ja saanut katkaisuhuitoapaikan.

TAULUKKO 2. Katkaisuhuitoasemille selviämishoitoasemalta ohjatut potilaat



Selviämishoitoasemalle yleisin tulosyynä oli päihtymys tai vahva päihtymystila. Noin viidesosalla potilaista tulosyynä oli lisäksi psyykkinen epätasapaino, alle 10 % syynä oli fyysinen vamma tai sairaus. (Kuvio 4.)

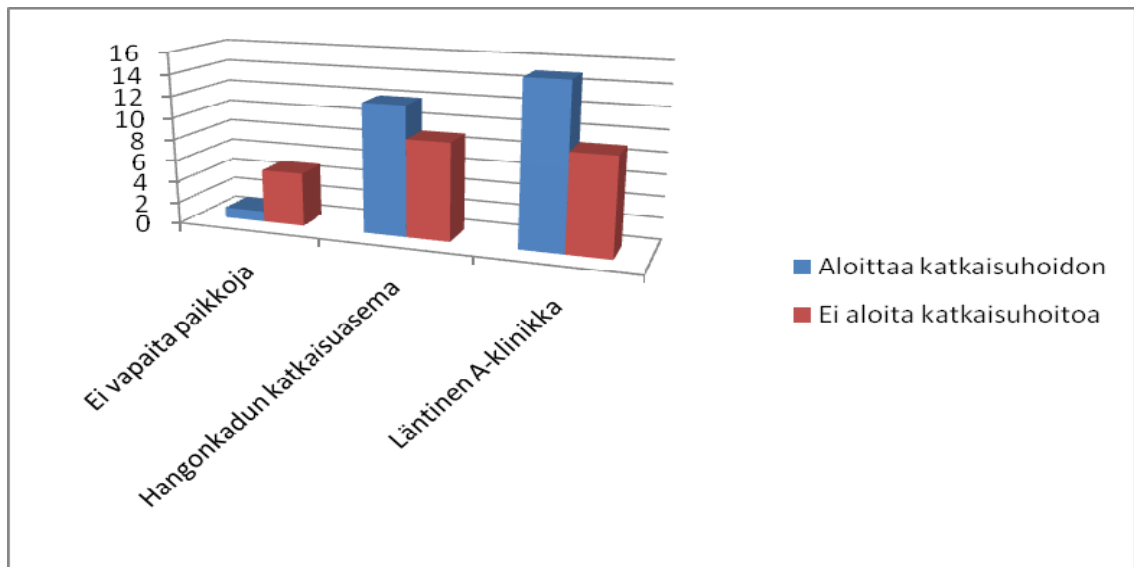


KUVIO 4. Potilaiden syyt saapua selviämishoitoasemalle

Taulukossa 3 on kuvattu katkaisuhoidojen käynnistymiset hoitopaikkaa kohti. Hangonkadun katkaisuasemalle ohjatuista asiakkaista 12 saapui paikalle ja aloitti katkaisuhoidon. 8 potilasta ei saapunut paikalle. Yksi asiakas saapui katkaisuhoidon, mutta ei kyennyt antamaan huumesekula, joten hoitoa ei aloitettu.

Läntiselle A-klinikalle ohjatuista asiakkaista 15 aloitti katkaisuhoidon. 7 asiakasta ei saapunut pyrkimään hoitoon. Yksi asiakas oli juonut alkoholia matkalla selviämishoitoasemalta katkaisuhoidon ja humalatason ollessa nousussa ei hoitoa aloitettu. Asiakasta neuvottiin pyrkimään uudestaan hoitoon myöhemmin. Yhdellä asiakkaista yleistila oli laskenut niin huonoksi, että hänet lähetettiin sairaalaan katkaisuhoidon sijaan.

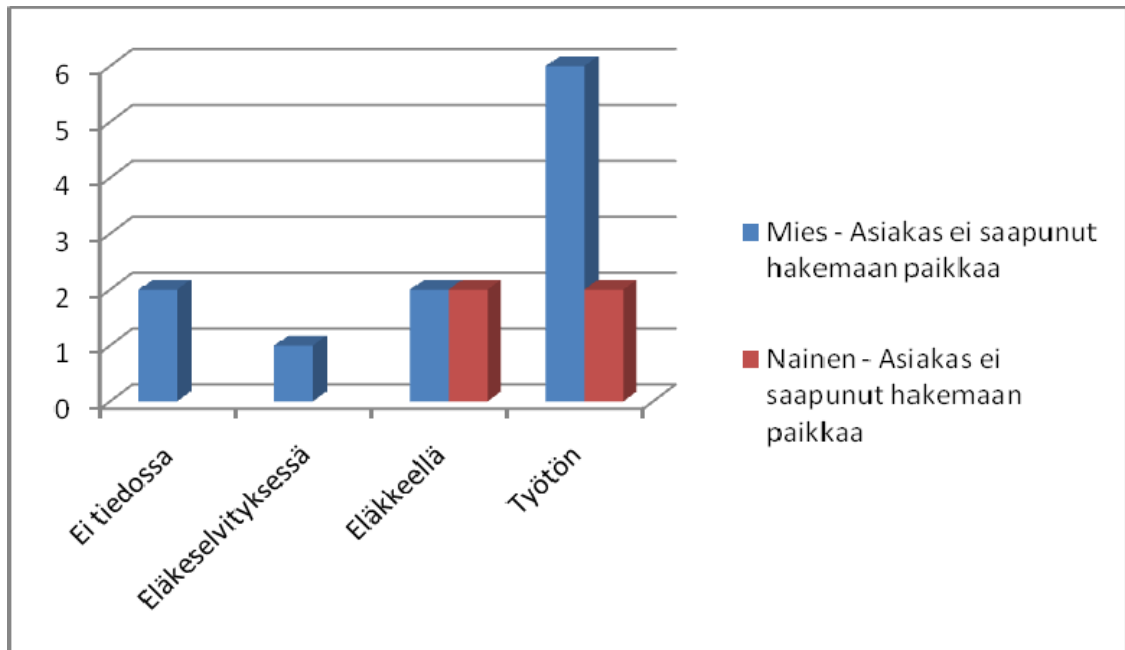
TAULUKKO 3. Katkaisuhoidojen aloittamiset



Katkaisuhoitopaikkojen välillä on vain vähän eroa hoitojen aloitusten suhteen. Selviämishoitoasemalta Hangonkadun katkaisuasemalle ohjatuista asiakkaista noin 57 % aloitti hoidon, Läntiselle A-klinikalle ohjatuista noin 63 %.

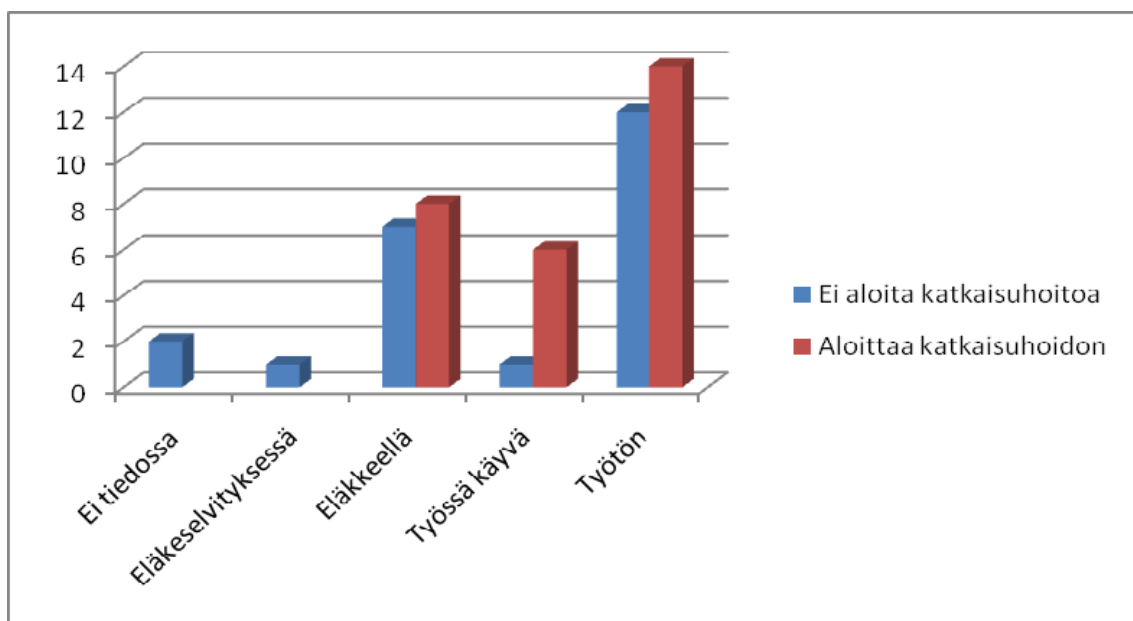
Kuten taulukosta 4 nähdään, yhteensä 45:stä katkaisuhoidoon ohjatusta potilaasta 33 % (15) ei koskaan saapunut katkaisuhoidoon. Heistä neljä oli naisia. Kahdeksan asiakasta oli työttömiä, neljä eläkkeellä.

TAULUKKO 4. Potilaat, jotka eivät aloittaneet katkaisuhuitoa, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan



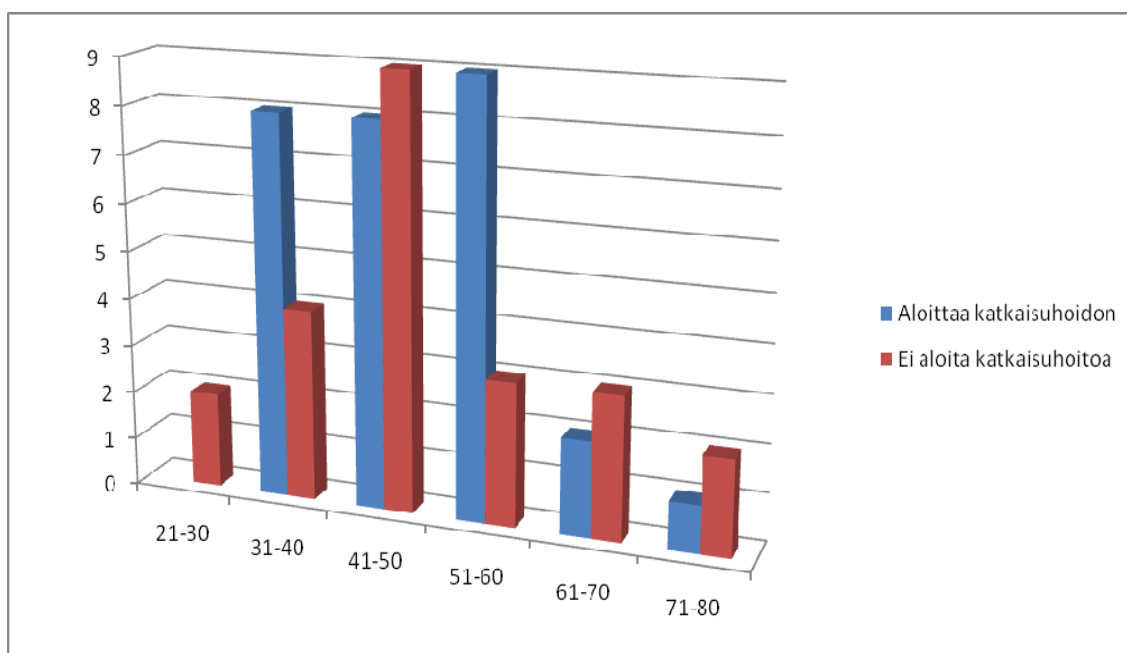
Tutkimukseen osallistuneista 7 oli työssäkäyviä ja heistä 6 aloitti katkaisuhoidon. Työttömistä katkaisuhoidon aloitti noin puolet (14/26). Myös eläkkeellä olevista noin puolet (8/15) aloittivat hoidon. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Katkaisuhoidojen aloittamiset sosioekonomisen aseman mukaan



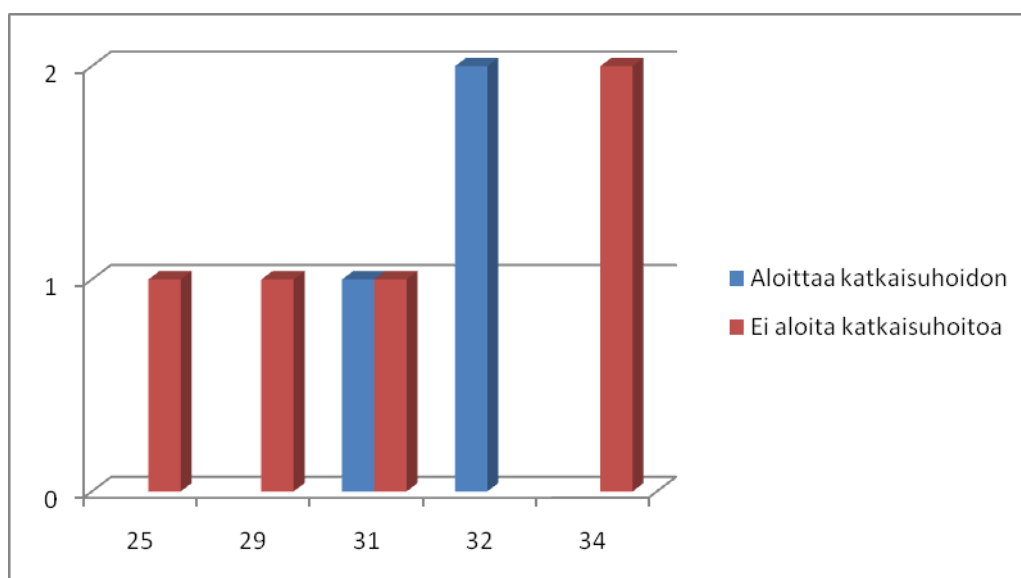
Taulukosta 6 nähdään että katkaisuhoidon aloittaneita oli enemmän kuin aloittamatta jättäneitä vain ikäryhmissä 31–40 ja 51–60. Katkaisuhoidon aloitti 31–40 vuotiaista 67 %, 33 % prosenttia ei. 51–60 vuotiaista 75 % aloitti katkaisuhoidon.

TAULUKKO 6. Katkaisuhoidojen aloittamiset potilaiden iän mukaan



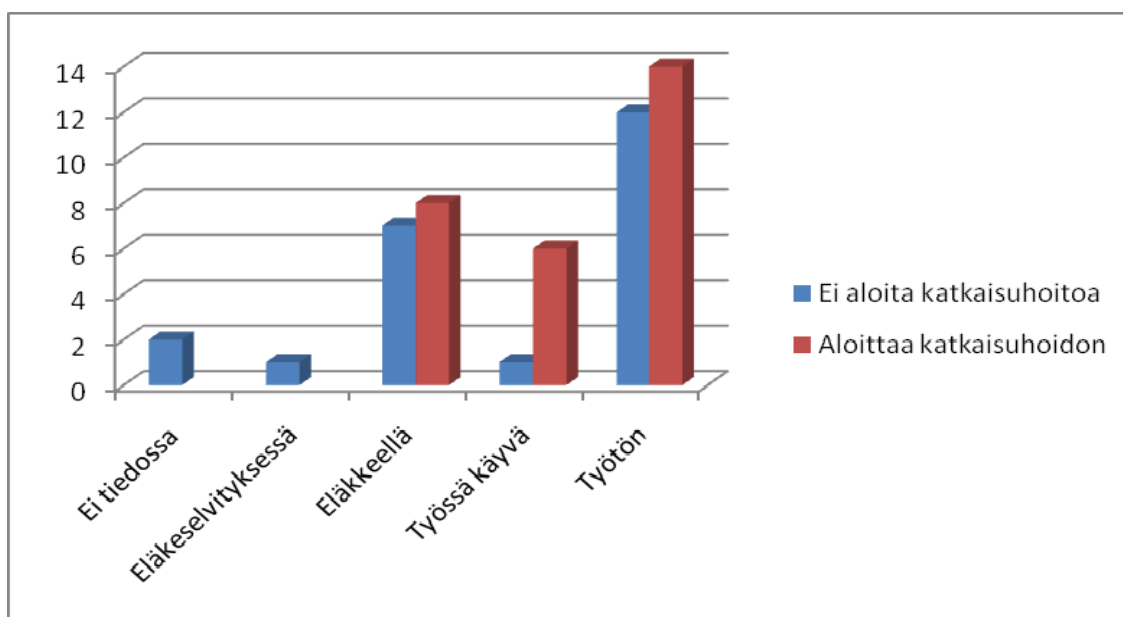
Alla olevassa taulukossa 7 on havainnollistettu erikseen tutkimukseen osallistuneista nuorimpien, alle 35-vuotiaiden katkaisuhoidojen käynnistymiset.

TAULUKKO 7. Alle 35-vuotiaiden potilaiden katkaisuhoidojen käynnistymiset



Vailla vakinaista asuntoa olevista potilaista hieman alle puolet aloittivat katkaisuhoidon, vuokra-asunnossa asuvista 40 %. Asiakkailla, jotka omistivat oman asuntonsa oli suhteessa suurin katkaisuhoidon aloitusprosentti, heistä 89 % käynnisti oman hoitonsa. Asuntoloissa tai yhteismajoituksissa asuvista 71% aloitti katkaisuhoidon. (Taulukko 8.)

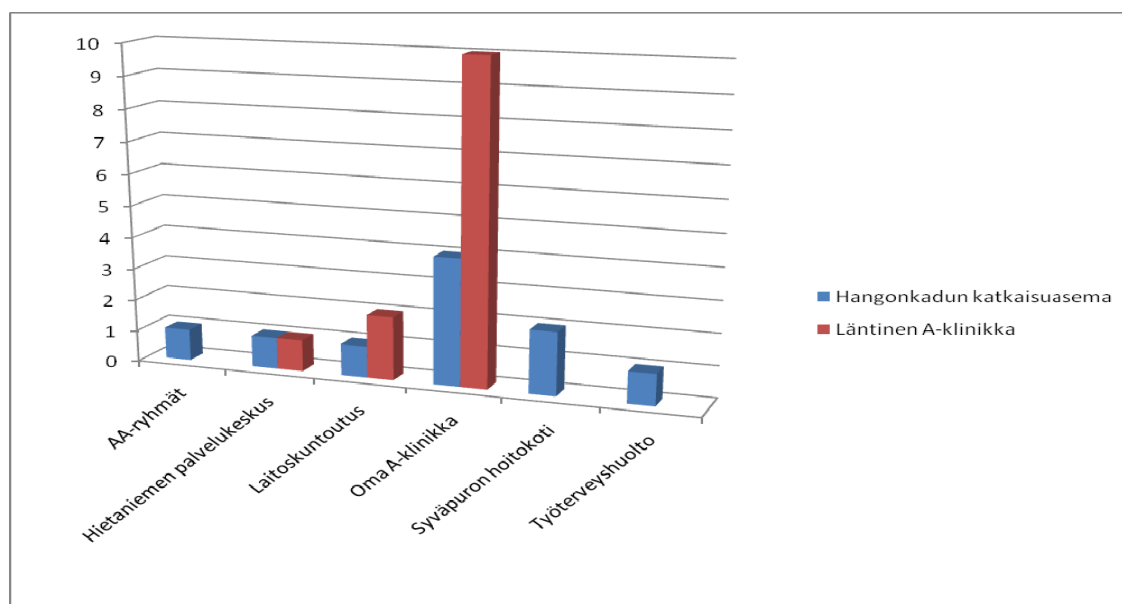
TAULUKKO 8. Potilaiden katkaisuhoidojen käynnistymiset ja asumismuodot



Katkaisuhoidon aloitti yhteensä 28 asiakasta ja heistä 86% (24) kävi hoidon loppuun asti. Kaksi hoidon aloittanutta keskeytti hoidon, yksi poistui luvatta ja yksi asiakas jouduttiin lähettämään sairaalaan deliriumin vuoksi. Kaikki hoidon keskeyttäneet olivat miehiä, iältään 41–60 vuotta. Kaksi keskeyttänyttä oli eläkkeellä, kaksi työttömiä. Asumismuodot vaihtelivat jokaisen keskeyttäneen välillä. Kaksi keskeyttänyttä oli hoidossa Hanganonkadun kuntoutuskeskuksessa, kaksi Läntisellä A-klinikalla.

Kaikille hoidon loppuun asti käyneille asiakkaille järjestetään myös jatkohoito. Jatkohoitopaikkoja olivat A-klinikat, laitospalvelusjakso, Syväpuron hoitokoti, Hietaniemen palvelukeskus, AA-ryhmät sekä työterveyshuolto. Taulukosta 9 käy ilmi, kuinka jatkohoitopaikkojen valinta jakautui katkaisuhoitopaikkojen välillä.

Taulukko 9. Potilaiden katkaisuhuhoitopaikat ja suunnitellut jatkohoitopaikat



Läntisen A-klinikan asiakkaita noin 67 % (10) ohjattiin jatkohoitoon omien alueidensa A-klinikoille. Hangonkadun asiakkaiden jatkohoitopaikat vaihtelivat tasaisemmin.

6.3 Johtopäätökset

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston päihdehuollon palvelujen ulkoisen arvioinnin raportin mukaan vuonna 2003 Hangonkadun kuntoutuskeskuksen katkaisuhuolto-osastolle pääsi kahden vuorokauden sisällä pyrkimisestä ja Läntisen A-klinikan katkaisuhuolto-osastolle 1–2 vuorokauden kuluessa (Törmä, Huotari & Inkeroinen 2003, 106). Opinnäytetyöni osoittaisi tilanteen parantuneen. Katkaisuhuoltoon halunneista potilaista 88 %:lle (45) voitiin varata paikka välittömästi.

Oman asuntonsa itse omistavista 86 % saapui katkaisuhuoltoon. Työssäkäyvistä potilaista myös 86 % aloitti hoidon. Nämä prosentit ovat huomattavasti suuremmat kuin muissa asumismuodoissa tai työtilanteissa olevilla. Tuloksesta voi päätellä, että vielä toimintakykyisille potilaille, joiden alkoholin käyttö ei ole

vielä pitkälle kroonistunutta, selviämishoitoasemalle päätyminen on toiminut herättelevänä kokemuksena. Tutkimuksen perusteella ei voida päätellä, mikä tämän potilasryhmän saa motivoitumaan hoitoon. Yksi oman asuntonsa omistava potilas keskeytti katkaisuhoidon. Kaikki työssäkäyvät potilaat kävivät katkaisuhoidon loppuun saakka.

Asunnottomuus kertoo usein alkoholiongelmaisen kohdalla pitkälle edenneestä syrjäytymisestä ja moniongelmaisuudesta (Holopainen 2003, 265). Tutkimukseen osallistui 11 vailla vakinaista asuntoa olevaa. He olivat 25–63-vuotiaita, keski-ikä oli 44 vuotta. Asunnottomista 45 % aloitti katkaisuhoidon. Neljä potilasta kävi hoidon loppuun. Hoidon loppuun asti käyneistä kaksi ohjattiin jatkohoitoon oman alueen A-klinikalle, yksi AA-ryhmään ja yksi Hietaniemen palvelukeskukseen. Kaikista vailla vakituista asuntoa olevista siis 36 % kävi katkaisuhoidon loppuun. Verrattuna oman asuntonsa omistaviin tämä ei ole kovin korkea prosentti. Tämä tulos tukee Holopaisen (2003, 265) teoriaa, jonka mukaan syrjäytyneiden päihdeongelmaisten tavoittaminen ja hoitoon motivoiminen on haasteellista, sillä taudinkuva vaihtelee rajusti.

Kuudelle katkaisuhoidon halunneelle asiakkaalle ei löytynyt vapaata paikkaa katkaisuhoidon suoraan selviämishoitoasemalta. Heistä vain yksi toimi ohjauksen mukaan ja pyrki myöhemmin hoitoon itsenäisesti. Vaikuttaisi siltä, että selviämishoitoasemalla käydyillä motivoivilla haastatteluilla ja hoitoonohjauksella sekä katkaisuhoidon välittömällä toteutumisella on suuri merkitys katkaisuhoidon käynnistymiseen. Tämän johtopäätöksen puolesta puhuu myös Halosen toteuttama laadullinen tutkimus, jonka mukaan päihdepalveluiden pitäisi olla oikea-aikaisia asiakkaan elämäntilanne huomioiden, palveluiden saatavuus ja aloitus olisi tärkeää silloin, kun asiakas on motivoitunut hoitoon (Halonen 2005, 42). Päihdepalvelujen laatusuositukset ottavat kantaa tähän aiheeseen; suositusten mukaan asiakkailla on oikeus tarpeenmukaiseen ja tasokkaaseen, oikeaan aikaan toteutettuun päihdehoitoon (Lehto & Parjanne 2002, 15).

Alkoholin käyttöön pitäisi erityisesti puuttua ja käyttökierre katkaista, kun alkoholiongelmainen on vielä nuori. Tällöin riippuvuus ja sen haittavaikutukset

eivät ole vielä kehittyneet täyteen mittaansa. (Niemelä 2009, 49.) Tämä opinnäytetyö osoittaa, että nuorten riskirajoilla olevien alkoholin ongelmakäyttäjien tavoittaminen on haastavaa. Tutkimukseen osallistuneista nuorimmat oli kahdeksan alle 35-vuotiaista. Heistä viisi eli 63 % ei aloittanut katkaisuhoidon. Näistä viidestä neljä ei saapunut katkaisuhoidon, yksi oli kykenemätön antamaan huumesuositusta eikä täten voinut aloittaa hoitoa. Kolmesta katkaisuhoidon aloittaneesta yksi keskeytti poistamalla hoidosta luvatta. Muut kaksi jatkoivat hoidon loppuun saakka.

Halosen (2005, 37) mukaan päihteitä käyttävät pitivät päihdepalvelujen järjestämisessä tärkeänä palveluiden ketjuttamista ja hoidon jatkumista laitoshoidojaksojen jälkeen. Hoidon jatkuvuus luo turvallisuutta ja sitouttaa asiakkaan hoitoon, jolloin myös motivaatio pysyä raittiina jatkuu. Sosiaaliviraston raportissa nousi esiin sama teema. Erityisesti laitoshoidon jälkeen asiakkaat jäivät herkästi ”tyhjän päälle”, ilman tukevaa ja tarpeeksi pitkälle suunniteltua jatkohoitoa. (Törmä, Huotari & Inkeroinen 2003, 64.) Tämä opinnäytetyö vahvistaa hoidon ketjuttamisen toimivan Helsingissä tutkitussa muodossa. Ainoakaan tutkimukseen osallistuneista asiakkaista ei ollut ilman jatkohoitopaikkaa päättäessään katkaisuhoidon. Toisaalta jatkohoitomuotona oli useimmiten polikliininen hoito, harvemmin tuetumpi ympärivuorokautinen tuki.

7 POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelua ja jatkotutkimusaiheita

Tutkimustulokset ovat työelämään sovellettavissa. Tulokset osoittavat, että selviämishoitoasemalla on hyvä mahdollisuus päästä vaikuttamaan potilaiden alkoholin käyttöön. Yhteensä 62 % katkaisuhoidoihin ohjatuista potilaista saapui paikalle ja aloitti hoidon. Voidaan siis sanoa, että selviämishoitoasemalta katkaisuhoidon lähteneistä lähes kaksi kolmesta pääsee perille.

Yllättävänä tuloksena voidaan pitää hyvin toimeentulevien potilaiden voimakasta hoitoon sitoutumista. Nuoret ja asunnottomat muodostavat kaksi vaikeasti tavoitettavaa ryhmää, joiden motivointi hoitoon on haasteellista. Olisikin ollut mielenkiintoista tietää, kuinka moni heistä on katkaisuhoidoissa ensikertalaisia ja kuinka moni on käynyt hoidon jo useampaan kertaan.

Selviämishoitoasema on vielä suhteellisen uusi hoitomuoto, eikä sen toimintaa tai työn tuloksellisuutta ole paljoa tutkittu. Selviämishoitoaseman työntekijät toivoivat saavansa tutkimuksen avulla näyttöä työnsä tuloksista. Tuloksia voidaan pitää motivoivina ja aseman työn tärkeyttä korostavina.

Hangonkadun katkaisuhoidon henkilökunta toi ennen aineiston keruun käynnistämistä esille ajatuksen, että tutkimuksen toteuttaminen voisi parantaa selviämishoitoaseman ja katkaisuhoidon jatkuvaa yhteistyötä. Yhteistyön laadusta ei voi tämän tutkimuksen perusteella vetää johtopäätöksiä. Tärkeänä huomiona on pidettävä sitä, kuinka suuri toteutumisosuus katkaisuhoidoilla on, kun hoitopaikka on etukäteen selviämishoitoasemalta varattu. Potilasryhmällä jolle varausta ei onnistuttu tekemään, katkaisuhoidon toteutuminen oli huomattavasti epätodennäköisempää.

Jatkotutkimusaiheena voitaisiin esittää saman tutkimuksen toteuttamista eri maantieteellisillä alueilla. Laajempi ja pidempiaikainen seuranta olisi myös

hyödyllinen. Olisi kiinnostavaa ja työelämää hyödyttävää saada nähdä myös jatkohoitojen todellisen toteutumisen laajuus.

7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen aineiston ovat keränneet selviämishoitoaseman ja katkaisuhuito-osastojen henkilökunta. Potilaat eivät ole osallistuneet aktiivisesti tutkimuksen toteutukseen. Tällä haluttiin suojella sekä potilasta kunnioittavaa tutkimusotetta että tutkimuksen luotettavuutta. Selviämishoitoasemalta lähtiessään potilaat ovat useimmiten edelleen alkoholin vaikutuksen alaisina. Katkaisuhuitoasemalle pyrkimiseen ei ole nykyään käytössä promillerajoja, mutta arvojen täytyy olla laskevassa suunnassa, eikä potilaan humalutila voi estää toimimasta. Potilaan ollessa päihtyneenä päädyttiin siihen, että heiltä kyseleminen olisi ollut epäeettistä ja erityisesti kvantitatiivisen tutkimuksen ollessa kyseessä myös tutkimuksen luotettavuus olisi kärsinyt.

Jokainen tutkimukseen osallistunut potilas allekirjoitti luvan tietojensa käyttöön ja siirtoon (Liite 2) tarvittavien yksiköiden välillä. Lupapyyntö sisälsi kuvauksen tutkimuksen toteutuksesta ja tarkoituksesta. Ennen aineistonkeruun käynnistämistä selviämishoitoaseman henkilökunnan kanssa sovittiin, että henkilökunta pyytää potilaiden osallistumista aina henkilökohtaisesti. Hoitajat kertoivat potilaille tutkimuksesta ja antoivat potilaille kirjeen luettavaksi. Näin pyrittiin varmistamaan, että jokainen potilas saa tiedon tutkimuksen kulusta ja tavoitteista, vaikka ei itse selostusta jaksaisikaan lukea.

Tutkimus pidettiin anonyymina. Potilaiden tunnistetiedot (nimi) kulkivat aineiston mukana selviämishoitoasemalta katkaisuhuitoyksiköihin. Ennen aineiston luovutusta minulle katkaisuhoidojen henkilökunta poisti lomakkeista nimitiedot.

Kvantitatiivinen tutkimusmuoto valittiin käytännön syistä. Seurantatutkimus potilaan hoitoketjua koskien ja tutkimuskysymykset vaativat määrällisen menetelmän valinnan. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta parantaa aina

kattava ja suuri aineisto. Vastauksia tuli 51. Näistä sai analyysin avulla luotua suuntaa antavia tuloksia. Suuremmalla aineistolla olisi saatu kattavampi otanta.

Pyrin luomaan kyselylomakkeen (Liite 1) kysymykset niin, että ne ovat selkeitä ja helposti ymmärrettävissä. Kysymys selviämishoitoasemalle joutumisen syystä saattaa olla tulkittavissa oleva. Kyselylomakkeessa ei ole erikseen mainittu, että vastaukseen voi valita useamman vaihtoehdon, joten jokaisen potilaan kohdalla niitä oli valittu vain yksi. Luotettavuutta tämän kysymyksen kohdalla olisi voitu parantaa selkeämmällä ohjeistuksella. Vaihtoehtona vahva päihtymys saattaa kuvastaa enemmän vastaajan mielipidettä kuin potilaan todellista syytä tulla hoitoon. Suurimmalla osalla potilaista selviämishoitoasemalle tulossyynä oli päihtymys. Tämä ei välttämättä anna kuvaa todellisuudesta, sillä selviämishoitoasemalle pääsemisen kriteerinä on päihtymyksen lisäksi seurantaa vaativa vamma tai sairaus. Myös korkeat promillet, vahva päihtymystila jolloin henkilö ei kykene huolehtimaan itsestään, voi olla syy päätyä selviämishoitoasemalle.

Päihdeongelmat herättävät ihmisissä monenlaisia tunteita ja reaktioita. Tutkimuksen tulosten analysoinnissa olisi mahdollista, että tutkijan omat ennakkoluulot ja asenteet vaikuttavat tulosten tulkintaan. Tämän opinnäytetyön kohdalla on pyritty pitämään tulosten analysointi tiukasti perusteltavissa olevissa johtopäätöksissä. Minä olen painottanut koulutukseni aikaiset käytännön harjoittelut sekä työkokemukseni mielenterveys- ja päihdetyöhön. Tästä on ollut hyötyä tutkimuksen teossa, sillä omia asenteitaan ja arvojaan on joutunut pohtimaan ja työstämään jo aiemmin.

LÄHTEET

- Aalto, Mauri; Seppänen, Kati & Seppä, Kaija-Liisa. 2008. Alkoholin suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Kaija-Liisa Seppä (toim.) Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 16-20.
- A-klinikkasäätiö 2006. A-klinikkasäätiön hoitopalvelut. Esite.
- Alin, Sonja & Matilainen, Laura. 2006. Selviytymisasemalla päihtynyt nähdään todellisen avun tarvitsijana. Sairaanhoidaja-lehti 3/2006. Viitattu 7.8.2010. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/> > Ammatilliset urapalvelut > Julkaisut > Sairaanhoidaja-lehti > Arkisto > 3/2006 > Muut artikkelit > Selviytymisasemalla päihtynyt nähdään todellisen avun tarvitsijana.
- Babor, Thomas & Higgins-Biddle, John. 2001. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
- Back, Marianne 2008. Perustason päihde- ja mielenterveystyö selviämishoitoasemalla. Töölön selviämishoitoaseman materiaaleja.
- Halme, Merja 2007. Hangonkadun Kuntoutuskeskus/ Katkaisuhuito-osastot, Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.8.2010. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi> > Hoitopaikat, strategiat, tilastot > Hoitopaikat > Hoitopaikkatietokanta > Katkaisuhoidolaitokset > Hangonkadun Kuntoutuskeskus/ Katkaisuhuito-osastot, Helsinki.
- Halme, Merja 2009. Läntinen A-klinikka ja katkaisuhuitoasema, Helsinki. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.8.2010. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi> > Hoitopaikat, strategiat, tilastot > Hoitopaikat > Hoitopaikkatietokanta > Katkaisuhoidolaitokset > Läntinen A-klinikka ja katkaisuhuitoasema, Helsinki.

- Halmesmäki, Erja 2003. Raskaus ja alkoholi. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 404–412.
- Halonen, Merja 2005. Päihdepalvelujen saatavuus, vaikuttavuus ja palveluun ohjautuminen asiakkaiden kuvaamina. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -työ.
- Hillbom, Matti 2003. Aivot ja alkoholi. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 315–329.
- Holmberg, Nils 2003. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 212–219.
- Holopainen, Antti 2003. Päihdeongelma ja sosiaalinen syrjäytyminen. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 265–272.
- Huttunen, Matti 2008. Alkoholinkäytön vieroitusoireet. Terveyskirjasto Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 3.7.2010. <http://www.terveyskirjasto.fi> > Haku: Alkoholinkäytön vieroitusoireet.
- Huttunen, Matti 2009. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Terveyskirjasto Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 4.7.2010. <http://www.terveyskirjasto.fi> > Haku: Alkoholiriippuvuus
- Inkinen, Maria 2004. Päihdehuollon sairaanhoitajan työn sisältö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ.
- Järvinen, Anna & Varamäki, Ritva 2010. Suomalaisten alkoholiasenteet 2010. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 5/2010. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Kiiänmaa, Kalervo 2003. Alkoholi. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 120–131.
- Kylmänen, Petri 2008. Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö hoitotyön punaisena lankana. Teoksessa Jan Holmberg, Tanja Hirschovits, Petri Kylmänen & Eva Agge (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoitaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Suomen Sairaanhoitajaliitto, 49–60.

- Käypä hoito 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 1.7.2010. <http://www.kaypahoito.fi> > artikkelitunnus hoi50028.
- Laitinen, Kalevi & Mäkelä, Rauno 2003. Katkaisuhuolto. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 203–211.
- Lehto, Markku & Parjanne, Risto (toim.) 2002. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto. Helsinki.
- Liikenneturva 2010. Henkilövahingot rattijuopumustapauksissa. Tilastokatsaus. Liikenneturva ja tilastokeskus. Viitattu 8.10.2010. <http://www.liikenneturva.fi> > Tilastot > Tilastokatsaukset > Rattijuopumustilastoja.
- Lindroos, Lolan; Rokka, Arja-Maarit & Lehmusvaara, Lotta 2008. Motivoiva haastattelu. Kokoelmassa Alkoholineuvonnan opas. A-klinikkasäätiö ja Raha-automaattiyhdistys. Viitattu 18.10.2010. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas>.
- Miettinen, Jaana 2009. Päihdehoidossa käytettyjä hoitomenetelmiä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.8.2010. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/> > Päihdetyö > Hoitomenetelmät.
- Mäkelä, Pia & Mustonen, Heli 2010. Koskevatko juomisen riskit vain pientä vähemmistöä? Teoksessa Suomi juo. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 195–206.
- Mäkelä, Pia; Mustonen, Heli & Huhtanen, Petri 2010. Miten Suomi juo? Alkoholinkäyttötapojen muutokset 1968–2008. Teoksessa Suomi juo. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 39–54.
- Mäkelä, Rauno 2003. Alkoholiriippuvuus ja muu psyykkinen sairastavuus. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 183–191.

- Mättö, Ville. 2009. Kuntien säästöt ajavat kansalaisjärjestöjä päihdetyöstä lastensuojeluun. Yleisradio Oy, Yle Helsinki. Viitattu 10.1.2010. Saatavissa <http://yle.fi/uutiset/>
- Neuvonen, Pertti 2003. Alkoholimyrkytys. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 287–292.
- Niemelä, Solja 2009. Nuorten päihdeongelmien ehkäisy ja hoito. Teoksessa Tuukka Tammi, Mauri Aalto & Anja Koski-Jännes (toim.) Irti päihdeongelmista. 1. painos. Helsinki: Edita, 49–73.
- Poikolainen, Kari 2003a. Päihderiippuvuuden ja haitallisen käytön diagnostiikka. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 76–82.
- Poikolainen, Kari 2003b. Päihteet ja kansanterveys. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 42–46.
- Päihdehuoltolaki 41/1986, 17.1.1986.
- Päihdelinkki 2006. Alkoholii. A-klinikkasäätiön, Tiimi -lehden sekä Apua -info portaali. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2009. Alkoholii ja huumeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sosiaaliturva 2009.
- Repo, Päivi 2010. Teini-ikäisten huostaanotot lisääntyvät nopeasti. Helsingin Sanomat 24.1.2010. Viitattu 30.10.2010. <http://www.hs.fi> > Arkisto > Haku: Teini-ikäisten huostaanotot.
- Rintala, Jukka 2002. Kroonisen alkoholialtistuksen vaikutukset aivoihin. Kansanterveys-lehti 3/2002. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Viitattu 20.10.2010. <http://www.ktl.fi/portal/1798>.
- Roine, Mira & Ilva, Minna 2009. Joka neljännessä suomalaisperheessä käytetään lasten näkökulmasta liikaa päihteitä. Teoksessa Mira Roine, Minna Ilva ja Janne Takala (toim.) Lapsuus päihteiden varjossa, vanhempien päihteiden käytöstä kärsivät lapset tutkimuksessa ja käytännön työssä. A-klinikkasäätiön raporttisarja nro 57. Helsinki: A-klinikkasäätiö, 26–38.

- Salaspuro, Mikko 2003a. Alkoholi ja ravitseminen. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 293–298.
- Salaspuro, Mikko 2003b. Alkoholimaksasairaus. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 336–345.
- Salaspuro, Mikko i.a. Alkoholi. Therapia Fennica. Kandidaattikustannus Oy. Viitattu 8.1.2010. <http://therapiafennica.fi> > Haku: Alkoholi.
- Savolainen, Seija & Heino, Petteri 2009. Päihdepalvelujen kehittäminen Länsi- ja Keski-Uudellamaalla. Ehyet seudulliset päihdepalvelut – hankkeen tuotos. Sosiaalitaito. Viitattu 23.10.2010. Saatavissa <http://www.socialkompetens.fi/>.
- Seppä, Kaija 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 57–63.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito – sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. Helsinki.
- Sosiaalivirasto 2009. Läntinen A-klinikka ja katkaisuhuoltoasema. Helsingin kaupunki, sosiaalivirasto. Viitattu 7.1.2010. <http://www.hel.fi/hki/Sosv/fi/Paihdetyo>.
- Särkelä, Riitta & Eronen, Anne 2010. 20-vuotias Sosiaalibarometri. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. Tiedote 19.4.2010. Helsinki. Viitattu 26.10.2010. http://www.stkl.fi/tiedote_19.4.2010.html.
- Teirilä, Juha 2003. Päihteet ja työelämä. Teoksessa Mikko Salaspuro, Kalervo Kiiänmaa & Kaija Seppä (toim.) Päihdelääketiede. 2. painos. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Duodecim, 257–264.
- Terveyskeskus 2009. Päihdehoidon palvelut. Helsingin kaupunki, terveyskeskus. Viitattu 8.1.2010. <http://www.hel.fi/wps/portal/Terveyskeskus/Artikkeli>.
- Törmä, Sinikka; Huotari, Kari & Inkeroinen, Tiia 2003. Koordinointia ja kumppanuuksia! Helsingin päihdehuollon ulkoinen arviointi.

Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, 2003:4. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopalvelu.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Österberg, Esa & Mäkelä, Pia 2009. Alkoholin käyttö Suomessa. A-klinikkasäätiön, Tiimi -lehden sekä Apua -info portaali, Päihdelinkki. Viitattu 5.9.2010. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/?c=110>.

LIITE 1. Kyselylomake

Selviämishoitoasema täyttää:

1. SUKUPUOLI:

- Nainen
 Mies

2. IKÄ: _____

3. ONKO POTILAS:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Työtön | <input type="checkbox"/> Työssä käyvä |
| <input type="checkbox"/> Opiskelija | <input type="checkbox"/> Eläkkeellä |
| <input type="checkbox"/> Ei tiedossa | <input type="checkbox"/> Muu, mikä? _____ |

4. ASUMISMUOTO:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Oma asunto | <input type="checkbox"/> Asuntola tai yhteismajoitus |
| <input type="checkbox"/> Vuokra-asunto | <input type="checkbox"/> Vailla vakinaista asuntoa |
| <input type="checkbox"/> Alivuokralainen | <input type="checkbox"/> Asuu vanhempien luona |
| <input type="checkbox"/> Tukiasunto | <input type="checkbox"/> Muu/ei tietoa |

5. SELVIÄMISHOITOASEMALLE TULON SYY:

- Päihtymys
 Fyysinen sairaus tai vamma
 Psykkinen epätasapaino
 Vahva päihtymystila
 Muu syy

6. MINNE OHJATAAN
KATKAISUHOITOON?:

- Hangonkadun katkaisuasema
 Läntinen A-klinikka
 Ei vapaita paikkoja katkaisuhoitoon

Katkaisuhoito täyttää:

7. ALOITTAAKO POTILAS KATKAISUHOIDON/ SAAKO OSASTOPAIKAN?:

- Kyllä
 Ei, miksi: _____

8. JOS POTILAS EI SAANUT KATKAISUHOITOPAIKKAA, MINNE OHJATAAN SEN
SIJAAN?

9. KÄYKÖ POTILAS HOIDON LOPPUUN ASTI?

- Kyllä
 Ei, miksi: _____

10. MINNE POTILAS OHJATAAN KATKAISUHOIDON PÄÄTTYTTYÄ?

LIITE 2. Tiedonkulkulupa

Hei,

Teen opinnäytetyön tutkimusta sairaanhoitajan opintoja varten Helsingin Diakonia-ammattikorkeakoulussa. Tarkoituksena on seurata potilaiden kulkua Töölön selviämishoitoasemalta katkaisuhoidon, ja sen avulla saada tietoa hoitopaikkojen riittävydestä ja hoitoketjuun vaikuttavista tekijöistä.

Tutkimusta varten selviämishoitoaseman hoitajat faksaavat katkolle lomakkeen josta ilmenee potilaan nimi, syy selviämishoitoasemalle tuloon, ikä, sukupuoli, asumismuoto ja työssäolo, sekä mille katkolle potilas on ohjattu.

Katkaisuhoidon hoitajat täyttävät samaan lomakkeeseen tiedon onko potilas saanut katkaisuhoidopaikan, käykö tämä hoidon loppuun asti ja minne potilas ohjataan katkaisuhoidon päätyttyä.

Kun potilas on lähtenyt katkolta, hoitajat poistavat lomakkeista nimitiedot ennen niiden luovuttamista minulle. Henkilötiedot eivät siis poistu terveydenhuollon piiristä, vaan tutkimus toteutetaan anonyymisti.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Allekirjoittamalla tämän lomakkeen annat suostumuksesi tietojesi käyttämiseen tutkimuksessa. Allekirjoitukset jäävät selviämishoitoaseman haltuun.

Ystävällisin terveisin,
Iiris Mikkilä

Annan luvan potilastietojeni käyttöön yllä esiteltyä opinnäytetyötä varten. Tietojani saa luovuttaa Töölön selviämishoitoasemalta

Hangonkadun tai Lätisen A-klinikan katkaisuhuitoon, sekä
anonymisti opinnäytetyöntekijälle.

Päivämäärä:

Allekirjoitus:

Nimen selvennys: