

Panu Rätty 0900489, Alex Nyman 1000873, SHS10S1B

# Asunnottoman päihteidenkäyttäjän terveysongelmat

Terveyspalvelujen tarve ja saatavuus

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Ohjaaja Marjatta Luukkanen

26.04.2013

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Panu Rätty, Alex Nyman Asunnottoman päihdeidenkäyttäjän terveysongelmat Terveyspalvelujen tarve ja saatavuus</p> <p>43 sivua + 3 liitettä 26 Huhtikuuta 2013</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Sairaanhoidtaja (AMK)</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Hoitotyön koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Sairaanhoidtaja</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>Marjatta Luukkanen, lehtori</p>
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli teemahaastattelun avulla selvittää asunnottoman päihdeidenkäyttäjän terveysongelmia sekä kartoittaa terveyspalvelujen tarvetta ja saatavuutta Vantaalla. Opinnäytetyön tavoitteena on asiakaspalvelun laadun parantaminen kehittämällä Koisorannan asumispäivystyksen toimintaa antamalla tulokset heidän käyttöönsä. Opinnäytetyö kuului Kliinisen osaamisen vahvistaminen hoitotyössä hankkeeseen.</p> <p>Opinnäytetyön aineistonkeruu menetelmänä käytettiin teemahaastattelua, jossa haastatettiin asumispäivystyksen kolmea sairaanhoitajaa. Haastattelut toteutettiin maaliskuussa 2013 yksilöhaastatteluina. Aineisto analysoitiin induktiivisena sisällönanalyysina. Haastatteluiden teemat liittyivät hoitamattomiin terveystarpeisiin sekä terveyspalveluiden saatavuuteen.</p> <p>Tulosten mukaan asumispäivystyksen asiakkailla ilmenee tyypillisiä kansantauteja sekä alidiagnosoituja psykiatrisia sairauksia. Vantaalla terveyspalvelujen saatavuus koetaan hyvänä. Asiakkaat ovat tietoisia perusterveyspalveluista sekä osaavat hakeutua hoitoon halutessaan. Haastateltujen sairaanhoitajien mukaan asiakkaan hoitoon sitoutumattomuus ja hoidon -laiminlyönti vaikeuttavat eniten hoitoon hakeutumista ja sen toteutumista. Sosiaalisella asemalla ei nähdä olevan merkitystä palveluiden saatavuuteen.</p> <p>Opinnäytetyön kautta koisorannan asumispäivystyksessä huomattiin kehittämistarpeena sisäänottokriteerien muuttamista sekä aukioloaikojen pidentämistä enemmän päivystysluonteiseksi. Suunhoidon tehostamisessa nähtiin parantamisen varaa, lisäämällä suuhygienisti toimintaympäristöön. Kriisityön osaamista toivottiin enemmän asumispäivystykseen.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>asunnottomuus, päihdeongelma, päihdepalvelut, päihdesairaudet, toteutumattomat tarpeet, hoitoon sitoutumattomuus</p>

Authors Title	Panu Rätty, Alex Nyman Homeless Drug Users Health Problems The Need for and the Availability of Health Services
Number of Pages Date	43 pages + 3 appendices 26 April 2013
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Marjatta Luukkanen, Senior Lecturer
<p>The purpose of this study was to find out the health problems of homeless substance abuse users and to identify the need for and the availability of health care services in Vantaa. The aim of this study was to improve the quality of customer service by developing the Koisoranta 24 Hour Shelter, Vantaa, Finland by providing the study results of their use. This final study was part of a evidence-based nursing project which fortified clinical knowledge.</p> <p>Research data was using collected using theme interviews, where three nurses of the shelter were interviewed. The interviews were conducted in March 2013. The data were analyzed using the methods of inductive content analysis. The topics of the theme interviews were untreated health problems and access to health services.</p> <p>The results showed that the clients of the shelter had typical endemic diseases as well as underdiagnosed psychiatric disorders. In Vantaa, the availability of health services were considered to be good. Substance abuse users were aware the basic health services in Vantaa and were able to seek treatment if needed. According to the interviewed nurses, uncommitment to treatment and neglect were obstacles to seek and implement treatment. However, social status was not relevant to the availability of services.</p> <p>The study showed that there were development needs in the Koisoranta 24 Hour Shelter. Firstly the intake criteria as well as opening hours should be changed into a more customer friendly. The oral health care should be improved and a dental hygienist should be recruited to the health care team. Finally the interviewed shelter nurses hoped for further training in competence of crisis management.</p> <p>.</p>	
Keywords	homelessness, substance abuse, substance abuse services, substance use disorder, unfulfilled needs, uncommitment to treatment

## Sisällys

1	Johdanto	3
2	Asunnottomuus	4
2.1	Syrjäytyminen	5
2.2	Hoitoon sitoutuminen	6
3	Päihdepalvelut	9
3.1	Lainsäädäntö ja päihdehuollon järjestämisvastuu	9
3.2	Päihdehuollon hoitopolut	10
3.3	Päihdehoidon peruspalvelut	10
3.4	Terveyspalvelut Vantaalla	11
3.5	Päihdehoidon erityispalvelut	13
3.6	Koisorannan asumispäivystys	14
4	Asunnottoman päihdeongelmaisen terveysongelmat	15
4.1	Huumeiden aiheuttamat terveydelliset haitat	16
4.1.1	Somaattiset sairaudet	16
4.1.2	Psykkiset sairaudet	17
4.2	Alkoholin aiheuttamat terveydelliset haitat	18
4.2.1	Somaattiset sairaudet	18
4.2.2	Psykkiset sairaudet ja alkoholi	20
5	Tiedonhaun kuvaus	21
6	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	22
7	Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät	23
7.1	Tutkimusmenetelmä	23
7.2	Tutkimuksen kohderyhmän kuvaus	23
7.3	Aineiston keruu	24
7.4	Aineiston analyysi	25
8	Opinnäytetyön tulokset	26
8.1	Päihdeongelmaisen toteutumattomat terveystarpeet	26
8.1.1	Asumispäivystyksessä kohdattuja sairauksia	27

8.1.2	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä	27
8.2	Päihdeongelman palveluiden saatavuus	29
8.2.1	Asumispäivystyksen toiminnan kehittäminen	31
9	Pohdinta	32
9.1	Tulosten tarkastelu	32
9.2	Opinnäytetyön luotettavuus	37
9.3	Opinnäytetyön eettisyys	38
9.4	Opinnäytetyön hyödynnettävyys	38
	Lähteet	39
	Liitteet	
	Liite 1. Saatekirje	
	Liite 2. Haastattelukysymykset	
	Liite 3. Aineiston analysointitaulukko	

## 1 Johdanto

Terveydenhuoltolaki 1325/2010 ja sosiaalihuoltolain asiakaslaki 812/2000 painottavat asiakkaan ja potilaan oikeutta laadultaan hyvään ja oikeudenmukaiseen hoitoon sekä palveluun. Päihdeongelmaista tulee kohdella tasa-arvoisesti muihin kansalaisiin nähden, hänen ihmisarvoaan loukkaamatta sekä tahtoaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Päihdeongelmaisilla on usein myös muita terveysongelmia, kuten somaattisia sairauksia, mielenterveysongelmia sekä erinäisiä elämänhallintaan liittyviä ongelmia. (Seppä – Alho – Kiiänmaa 2010: 44.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää asunnottoman päihdeidenkäyttäjän terveysongelmia ja kartoittaa terveyspalvelujen tarvetta sekä saatavuutta. Opinnäytetyö tähtää asiakaspalvelun laadun parantamiseen päihdehoitotyössä. Opinnäytetyössä saatuja tietoja voidaan hyödyntää Vantaan Koisorannan asumispäivystyksessä. Koisorannan hallinto ja työryhmä päättävät itse kuinka hyödyntävät tutkitun tiedon. Opinnäytetyössä selvitetään teemahaastattelun avulla Vantaalaisen asunnottoman päihdeidenkäyttäjän terveysongelmia sekä terveyspalvelujen saatavuutta.

Tämä opinnäytetyö kuuluu Metropolia ammattikorkeakoulun kliinisen osaamisen vahvistaminen hoitotyössä hankkeeseen. Aineiston keruuta varten käytetään teemahaastattelua, jossa teemat on päätetty etukäteen. Haastattelut tapahtuvat yksilöhaastatteluina, joissa haastatellaan asumispäivystyksen kolmea sairaanhoitajaa. Tutkimusaineisto analysoidaan aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Aikaisempi kokemus Koisorannan asumispäivystyksestä Mielenterveys- ja päihdehoitotyön harjoittelujaksolta sekä alkupalaverit hoitohenkilökunnan kanssa selkeyttivät opinnäytetyön aiheen valintaa. Tutkimusaiheeksi valikoitui asunnottoman päihdeongelmaisen terveysongelmat, koska aikaisempaa tutkimusta aiheesta ei ole tehty Koisorannassa.

## 2 Asunnottomuus

Asunnottomuus ilmiönä on hyvin moninainen käsite eikä sitä voida määritellä yksiselitteisesti. Asunnottomuuden käsite on vaihdellut valtioittain, ajan ja paikan mukaan. Asunnottomalla tarkoitetaan vailla vakituista tai tilapäistä asuntoa olevaa henkilöä. Asunnottomuuteen ei ole yksiselitteistä syytä, vaan se on monien tekijöiden summa, joka toisinaan johtuu sosio-ekonomisista syistä, nopeasta kaupungistumisesta sekä asuntopulasta. Usein taustalla on myös päihdeongelma ja tämän lisäksi mielenterveysproblematiikkaa. Nuorilla asunnottomilla ongelmien taustalla ovat usein huumeet ja sekakäyttö, kun taas vanhemmilla asunnottomilla ongelmia muodostavat alkoholi ja niiden korvikkeet. Nykyisin narkomaanien keskuudessa on yleistynyt opiaattiriippuvaisien vieroitushoidossa käytettävä Buprenorfiini sekä muiden päihteiden sekakäyttö. (Hirvilampi – Laatu 2008: 57.)

Suomen perustuslaissa (1999/731) todetaan yleisellä tasolla, että julkisen vallan tehtävänä on edistää kansalaisen oikeutta asuntoon ja pyrkiä tukemaan tätä prosessia. Myös vuodelta 1984 peräisin oleva sosiaalihuoltolaki määrää sosiaaliviranomaistahon huolehtimaan ihmisistä jotka eivät syystä tai toisesta kykene saamaan asuntoa (Hassi-Nuorluoto 2000: 43–44.) Vantaan kaupunki tavoittelee asunnottomuuden minimoimista rakentamalla kolme asuntolakokonaisuutta eripuolille Vantaata pitkäaikaisasunnottomia varten. (Marttinen 2012).

Asunnottomuus on yksi kasvavista ongelmista hyvinvointivaltiossamme, vaikka asunnottomien vähentämiseksi on laadittu kansallisia sekä paikallisia ohjelmia. Vantaa osallistui Nimi ovesa – hankkeella yhteistyössä muiden kuntien kanssa pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelmaan vuosina 2008–2011. Asunnottomilla esiintyy normaaliväestöön verrattuna enemmän sairastavuutta erinäisiin terveysongelmiin liittyen. Päihde- ja mielenterveysongelmia sekä niistä johtuvia sairauksia esiintyy enemmän asunnottomien keskuudessa. Tämän marginaaliryhmän terveydestä ja hyvinvoinnista huolehtiminen on alentunut. Tällöin heidän on vaikea hakea ja saada yleisiä terveydenhuollon palveluja. Tämän vuoksi hoitamattomat sairaudet etenevät ja vaikeutuvat hoidoltaan, jolloin henkilö joutuu usein yhteiskunnalle kallisarvoiseen päivystysluonteiseen hoitoon. (Luntamo 2012: 1-2.)

Asunnottomuus oli Euroopan Unionin tärkeimmistä teemoista köyhyyden ja syrjäytymisen teemavuonna 2010. Asunnottomuutta esiintyy jokaisessa Euroopan maassa, jossa

tyypillinen asunnoton keski-ikäinen, naimaton, ilman kotia elävä mies on vaihtunut nuoriin, ulkomaalaisiin, perhe tilanteiden takia kodittomiksi jääneisiin henkilöihin. (Employment, social affairs & inclusion 2010.)

Suomessa asunnottomia vuoden 2011 lopussa oli Aran asuntomarkkinakyselyn perusteella noin 7 570. Vuonna 2011 Vantaalla oli 545 asunnotonta. Pitkäaikaisasunnottomia oli 148, alle 25-vuotiaita 100 sekä asunnottomia perheitä 65. Asunnottomien määrä Vantaalla on maan kolmanneksi suurin, vaikka Vantaa on mukana pitkäaikaisasunnottomuuden poistamiseen vuoteen 2015 mennessä tarkoitetussa ohjelmassa. Ohjelma ei ole kuitenkaan toiminut tarpeeksi tehokkaasti Vantaalla kuin valtakunnallisestikaan. (Nyssölä – Ahola 2012.)

Osa asunnottomien toimeentulosta muodostuu erinäisistä tuista, kuten työmarkkinatuesta ja toimeentulotuesta. Täysin tulottomat eivät kuitenkaan saa minkäänlaista avustusta tai tukea. Tällöin yleistä elämistä ja selviytymistä joudutaan rahoittamaan rikollisin tai hyvin epämukavin keinoin, kuten ruoanjätteitä tonkimalla ja syömällä niitä. (Hirvilampi – Laatu. 2008: 58.)

Asunnottomuuteen liittyy usein muutakin problematiikkaa kuin pelkästään itse asunnottomuus. Mielenterveysongelmat, päihteiden käyttö, vähävaraisuus sekä niistä johtuvat ihmissuhdeongelmat, eristäytyneisyys sekä syrjäytyminen yhteiskunnasta ovat taustatekijöinä asunnottomuudessa. Kyvyttömyys elää normaalisti aiheuttamatta häiriöitä sekä vuokrien maksamattomuus johtavat usein vuokrasopimuksen purkuun ja häätöön. Asunnottomien tilanteen helpottamisessa tulee keskittyä myös juuri taustaongelmiin sekä niiden ehkäisyyn ja hoitoon. Keskittyminen vain asunnottomuuden ratkaisuun, päihdeongelman jäädessä hoitamattomana taustalle, ei asiakasta saada autettua kokonaisvaltaisesti. Tämä taas voi johtaa asiakkaan lyhytaikaiseen asumiseen ja vuokrasopimuksen irtisanomiseen häiriökäyttäytymisen ja taloudellisten vaikeuksien, maksukyvyttömyyden vuoksi. (Erkkilä – Stenius – Ayoade 2009: 10–11.)

## 2.1 Syrjäytyminen

Syrjäytyminen käsitetään lähes aina negatiivisena asiana. Syrjäytyminen ei ainoastaan kosketa yksilöitä vaan voi vaikuttaa kokonaiseen ryhmään. Se tarkoittaa poisjääntiä sosiaalisista suhteista, työttömyyttä, kykyä vaikuttaa ympäröivään yhteisöön ja rajallista vallan käyttöä. Syrjäytymistä harjoitetaan myös mielipiteiden ja kansalaisuuden vuoksi.



Syrjäytymiseen ajaudutaan vähitellen tai äkisti, jolloin luovutaan välttämättömistä elämänehdoista. Kun tilanne jatkuu pitkään, voidaan puhua syrjäytymisestä. (Laine 2010: 11–13.)

Syrjäytymiseen vaikuttavia tekijöitä erityisesti nuorilla huono on koulumenestys. Koulu- ja käymätön ja opiskelupaikkaa vaille jäävä nuori on todellinen uhka syrjäytymiselle. Syrjäytymiseen johtavia syitä on myös ulkomaalainen tausta, köyhyyden aiheuttama eriarvoisuuden tunne, kasvatus ja mielenterveys- tai päihderiippuvuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Syrjäytyminen on jäänyt elämään puheisiimme muistuttamaan yhteiskunnan ongelmista ja epäoikeudenmukaisuuksista. Siitä pyritäänkin kuitenkin tietoisesti eroon, koska se antaa liian synkän kuvan todellisuudesta. Syrjäytymis-käsitettä käytetään yleisimmin sosiaalipolitiikassa, sosiaalityössä mutta myös terveysalalla tutkimus- ja kehittämissä. (Laine 2010: 11–13.)

Syrjäytymistä tutkittaessa käytetään usein valmiita malleja, joilla kyetään tunnistamaan riskitekijät. Stereotypiat vaikuttavat vahvasti ihmisten mielikuviin siitä millainen ihminen on syrjäytynyt. Syrjäytyneet kykenevät tunnistamaan ihmiset jotka ovat hyväosaisia ja valtaväestö kykenee tunnistamaan ne ihmiset jotka eivät täytä yhteiskunnan normi vaatimuksia. Leimaantuminen syrjäytyneeksi on monesti suurempi haaste ihmisille ja se vaikuttaa heihin syvemmin kuin esimerkiksi mielenterveysongelmat. (Laine 2010: 11–13.)

## 2.2 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutuminen on 1950- luvulta peräisin oleva ilmaisu, joka Suomessa otettiin käyttöön kansanvälisesti mitattuna paljon myöhemmin. Hoitoon sitoutuminen sisältää asiakkaan vastuun omasta hoidosta ja sen toteutuksesta. 1980- luvulta asti se on myös korostanut asiakkaan ja terveydenhuoltohenkilökunnan vuorovaikutusta sekä yhteistyötä suhteessa hoidon sitoutumiseen. ”Hoitoon sitoutuminen on asiakkaan aktiivista ja vastuullista toimintaa terveyden edellyttämällä tavalla yhteistyössä ja vuorovaikutuksessa terveydenhuoltohenkilöstön kanssa.”. Hoitoon sitoutuminen sisältää henkilökoh- taisten tavoitteiden asettamisen, suunnitelmallisuuden hoidossa, ratkaisujen löytämisen ongelmiin ja vastuunottamista omasta hoidosta. Kunnioitus hoitohenkilökunnan sekä asiakkaiden puolelta tulee olla molemminpuolista. Rehellisyys ja luottamus vahvistavat

yhteistyötä ja hoitoon sitoutuminen tulee tapahtua terveyden edellyttämällä tavalla. (Kyngäs – Hentinen 2009: 16–17.)

Hoitoon sitoutuminen mielletään nykyään moniulotteiseksi. Aikaisemmin asiakas nähtiin kantavan päävastuun koko hoidon onnistumisesta. Hoitomyönteisyys nähtiin kuu-  
liaisuutena hoitohenkilökuntaa kohtaan ja ohjeiden tarkkana noudattamisena. Vastuuta on kuitenkin jaettu asiakkaan hoidon onnistumisesta asiakkaalle kuin myös koko ter-  
veydenhuollolle. (Kyngäs – Hentinen 2009: 20.) Asiakas kantaa päävastuun omasta  
hoidostaan. Autonomia hoitotyössä on tärkeimpiä käsitteitä, ajatellessa eettisyyttä hoi-  
totyön näkökulmasta. Itsenäisyys ja itsemääräämisoikeus ovat jokaisen ihmisen perus-  
arvo länsimaissa ja sitä voidaan pitää lähtökohtana ihmisenä olemiselle. Itsemäärää-  
misoikeutta suojelee Suomen laki (785/1992 § 3), joka on asetettu potilaan asemasta  
ja hänen oikeuksista. Potilaan autonomia on myös sidottu hoidon toteutukseen, joka  
määrittelee jokaiselle vapauden valita ja päättää omasta hoidosta. (Leino–Kilpi, Väli-  
mäki 2010: 137–138).

”Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen  
terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon, niiden voimavarojen ra-  
joissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä” (Laki potilaan asemasta ja  
oikeuksista 785/1992.)

Asiakkaiden osallistumista mielenterveyden avo- ja osastohoidossa on tarkasteltu kan-  
sainvälisestikin edellisinä vuosina. Mielenterveyspotilaiden asemaa pidetään yleisesti  
huonona, jonka pohjalta Mieli 2009 -työryhmä pyrkii parantamaan asiakkaiden asemaa  
vuoteen 2015 mennessä. Informaation saannilla ja tarjonnalla uskotaan olevan merkit-  
tävä rooli hoidon toteutuksessa. Asiakkaan tietoisuudella pyritään parantamaan asiak-  
kaan itsemääräämisoikeutta sekä osallistumista hoidon toteutukseen. Informaation  
tulisi olla selkeätä, helposti ymmärrettävää, eikä tiedonsaanti tulisi rajoittua vain yhteen  
kertaan. Asiakkaat kokevat tarvitsevansa tietoa sairaudestaan, lääkkeiden käytöstä  
sekä muusta hoidosta. Hoitajan roolia pidetään oleellisena psykiatrisessa hoitotyössä  
tiedon välittämisessä potilaalle. Suullisten ohjeiden lisäksi kirjallisia ohjeita pidetään  
ensiarvoisen tärkeänä alentuneen keskittymisen ja muistin vuoksi. (Pitkänen – Mäki –  
Salminen – Kaunonen 2012: 14- 15.)

Asiakkaan tukeminen mielenterveys- ja päihdehoitotyössä on tärkeää hoitoon sitoutu-  
misen kannalta. Asiakkaalla on oikeus olla mukana hoitoaan koskevassa päätöksente-

ossa, jolloin mukana olo vaikuttaa terapeuttisesti sekä voimaannuttavasti. Hoitoon osallistuminen vähentää syrjäytymisen ja leimaantumisen riskiä. Ennakkoluulot ja leimaantuminen heikentävät osallistumista oman hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja sitä kautta hoitoon sitoutumiseen. Asiakkaan hoitoon osallistumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten yhteiskunnan, organisaation, työntekijöiden toiminta sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaat. (Laitila – Pietilä 2012: 22–23.)

Fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat vaikuttavat asiakkaan itsehoitoon. Masentuneilla asiakkailla mielialan lasku heikentää hoitoon sitoutumista ja hoitotasapainoa. Hyvä motivaatio on keskeinen hoidon onnistumisen tekijä. Asiakkaan tiedonpuute ja puutteelliset ongelmanratkaisutaidot voivat olla suuri esteellinen tekijä hoidon onnistumiselle. Sairaudet ja siihen liittyvä kipu, väsymys ja pelko kuluttavat asiakkaan voimavaroja. Aikaisemmat kokemukset vaikuttavat asiakkaan suhtautumiseen tulevaan hoitoon. Hoitohenkilökunnan asenteet, ammattitaito sekä toiminta voivat olla ratkaisevia tekijöitä asiakkaan osallisuuden toteutumiseen. Oma perhe, läheiset ja vertaistuki edistävät hoitoon sitoutumista. (Kyngäs – Hentinen 2009: 26–34.)

Hoitoon sitoutumattomuus on tiedostamatonta tai tarkoituksellista. Tietoisien valinnan taustalla voi olla monia tekijöitä, jotka merkitsevät enemmän kuin oma terveys. Esimerkiksi alkoholin tuottama mielihyvä päihdeongelmalliselle merkitsee enemmän kuin huonontunut toimintakyky. Tarkoitukseton toiminta voi taas johtua ymmärtämättömyydestä omaa hoitoa kohtaan sekä tietämättömyydestä toimia oikein. Psykiatriset sairaudet voivat vaikuttaa muistiin, kuten sen heikentymiseen, joka taas heikentää lääkehoidon toteutumista. Tällöin määrätty lääke voi jäädä ottamatta tai määrättyjä annoksia ei noudateta. Aistien heikentyminen vaikuttaa osaltaan hoitoon sitoutumiseen. (Kyngäs – Hentinen 2008: 43-44.)

Päihdepotilaan hoidossa ratkaisevaa on potilaan hoitoon motivoituminen ja sitoutuminen. Potilasta tulee informoida hänen terveydentilastaan, sairaudesta, oireista, hoidosta sekä hoitoon liittyvistä asioista. Tietoisuus auttaa asiakasta vaikuttamaan hoitoonsa sekä tekemään päätöksiä. Huonoon hoitomyöntyvyyteen vaikuttaa asiakkaan päihdeidenkäyttö, lääkkeiden sivuvaikutukset, sekä kielteiset asenteet hoitoa ja lääkitystä kohtaan (Kampman 2005: 1288.) Sairaudentunnottomuus, erityisesti kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivillä asiakkailla on haaste, sillä he usein kieltävät hoidon tarpeen ja ovat passiivisesti hoidossa mukana.

### 3 Päihdepalvelut

#### 3.1 Lainsäädäntö ja päihdehuollon järjestämisvastuu

Kunnilla on päihdehuoltolain (41/1986) mukainen lakisääteinen velvollisuus huolehtia päihdehuollon järjestämisestä ja organisoinnista kuntalaisille. Vastuu jakautuu sosiaali- ja terveydenhuollolle, mutta päävastuu päihdepalveluista on sosiaalipalveluilla, josta asiakkaita ohjataan päihdehuollon erityispalveluiden piiriin. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) määrittää kunnallisten palveluiden tehtäväksi sairauksien, mukaan lukien päihdesairauksien ehkäisyn, tutkimuksen, hoidon sekä kuntoutuksen. Lain pykälä 28 velvoittaa kunnan päihdetyön varmistamaan yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä riskien vähentämistä. (Seppä – Aalto – Alho – Kiianmaa 2012: 79.)

Päihdeongelmaisten hoidon perustana on sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki. Palvelujen tulee olla helposti lähestyttäviä ja mahdollisuuksien mukaan järjestää avo- huollon toimenpitein. Päihderiippuvuudesta kärsivälle sekä hänen läheisille tulee tarjota palveluja kaikkina vuorokaudenaikoina, myös päivystysluonteisesti. Kunnat voivat järjestää päihdehoidon palvelut joko itse tai ostopalvelun, esimerkiksi valtiolta tai muulta julkisen tai yksityisen alan palveluntarjoajalta. Myös kolmannen sektorin yhdistyksien ja järjestöjen tarjoamilla palveluilla on tärkeä tehtävä palveluiden tuottajina. Päihdeongelmaisen hoitojatkumon turvaaminen edellyttää moniammatillista ja hyvin koordinoitua yhteistyötä eri hoitotahojen kesken. Päihdepotilaan hoitopolku voi katketa siirryttäessä yksiköstä tai palvelusta toiseen sekä asiakkaan muuttaessa. Uuden terveydenhuoltolain ja tulevan sosiaalihuoltolain rinnalla päihdetyölle avautuu uusia mahdollisuuksia. (Lappalainen ym. 2008: 130–132, 260.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuodelta 2009 painottaa peruspalveluissa annettavaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden kehittämistä. Tarkoituksena on keskittää tarvittavat mielenterveys- ja päihdepalvelut saman katon alle, asiakaspalvelun laadun ja hoitoon hakeutumisen kynnyksen alentamiseksi. (Partanen 2009: 13–14.)

### 3.2 Päihdehuollon hoitopolut

Kuntien päihdehuollon tavoitteena on ongelmien varhainen ehkäisy sekä tunnistaminen. Hoitopolku jatkuu hoitoonohjauksena usealla eri palvelujärjestelmän tasolla, kuten työterveyshuollossa, terveyskeskuksessa, päihdehuollon erityispalveluissa tai erikoissairaanhoidossa. Päihderiippuvuuden havaitseminen voi tapahtua myös sosiaalihuollon palveluissa, josta asiakas ohjataan eteenpäin hoitoon. Poikkeuksena ovat kiireellistä hoitoa vaativat, jotka hoidetaan päivystyspalveluissa. Hoito on pääasiassa vapaaehtoista, mutta poikkeustapauksissa tahdonvastainen hoito tapahtuu Mielenterveyslain, Päihdehuoltolain tai Lastensuojelulain nojalla. (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 80–81.)

Päihdepotilas on lähes aina moniongelmainen, joka vaatii laaja-alaista tukemista eri osa alueilla. (Ojanen, Soila 2012: 45.) Uuden haasteen päihdepalveluihin tuovat kaksoisdiagnoosipotilaat. Kaksoisdiagnoosipotilailla on sekä päihderiippuvuus että mielen-terveydenhäiriö. Potilaalle hoitoon hakeutumisen kynnyks voi olla korkea leimatuksi tulemisen pelossa, sillä mielen-terveysongelmiin liittyy usein häpeää. Voidaan pelätä leimaantumisen merkkiä, eli stigman saamista. Sektorikeskeinen palvelumalli ei palvele kaksoisdiagnoosipotilaita, kuten ei muitakaan päihderiippuvaisia. Kehitysasteella oleva integroitu palvelumalli sisältää moniammatillisen ja ongelmakeskeisen lähestymistavan, jossa päihderiippuvuus ja psykiatrinen hoito integroidaan yhdeksi kokonaisuudeksi. (Lappalainen ym. 2008: 124–125).

### 3.3 Päihdehoidon peruspalvelut

Peruspalvelut kattaa kaikki julkisen sektorin tuottamat terveys- ja sosiaalialan palvelut, joissa hoidetaan terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, mukaan lukien päihdeongelmat. Perusterveydenhuolto terveyskeskuksineen ja matalan kynnyksen neuvontapisteineen, opiskelu- ja työterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoidon palvelut kuuluvat peruspalveluihin kaikkine toimintamuotoineen. Yksityiset palveluntarjoajat täydentävät julkisen sektorin tarjoamia palveluita. Sosiaalitoimi, tarkemmin sosiaalitoimisto, auttaa erinäisiin toimeentuloihin, asumiseen ja työhön liittyvissä asioissa. Peruspalveluiksi luetaan myös erikoissairaanhoidon yksiköt, joissa vaativampaa hoitoa tarvitsevat potilaat hoidetaan. (Holmberg 2010: 24.)

### 3.4 Terveyspalvelut Vantaalla

Vantaan kaupunki tarjoaa kattavasti erinäisiä sosiaali- ja terveyspalveluita kaupunkilaisille. Terveysasemat, suun terveydenhuolto, sairaalat, sairaankuljetus, ensiapu ja päivystys, röntgen ja laboratoriot, mielenterveys, kuntoutus ja terapiat, ympäristöterveys, työterveys ja eResepti -palvelut tarjotaan samantasoisena toimipaikasta riippumatta. Terveyspalveluita tarjotaan niin lähi- että keskitettynä palveluna. Suomen neljänneksi suurin kunta sisältää kahdeksan terveysasemaa, 38 hammashoitolaa ja kattavat kuntoutus- sekä terapiapalvelut. (Vantaan kaupunki 2013.)

Päihdeongelmaiset on huomioitu Vantaalla tarjoamalla kaupunkilaisille hoito- ja kuntoutuspalveluja päihdeongelman ehkäisemiksi ja vähentämiseksi. Kaupungissa tarjotaan huumeiden käyttäjille uusi H-klinikka, joka on keskittynyt huumeongelmaan ja sen hoitoon. H-klinikoiden läheisyyteen on sijoitettu sosiaali- ja terveysneuvopisteitä, nuorisojätkäsuasema sekä asumispalveluita. Vantaalla alkoholiriippuvuudesta kärsiviä ihmisiä palvelevat A-klinikat. Vuonna 2009 Vantaalla oli kirjattu 1 949 päihde-asiakasta, jossa sukupuolijakauma oli 65 prosenttia miehiä ja 35 prosenttia naisia. 2000-luvusta lähtien avohoidon merkitys päihdeongelmaisten hoitamisessa on kasvanut laitoksessa tapahtuvien kuntoutusjaksojen vähentämisen vuoksi. Samalla asumispalveluiden tasoa on nostettu merkittävästi. (Vantaan kaupunki 2013.)

Vantaalla palvelee yli 18 vuotta täyttäneitä päihdeongelmaisia H-klinikka, A-klinikka, laituskuntoutus, katkaisuhuolto ja kuntouttava asumispalvelu. H-klinikan asiakasryhmä koostuu huumeiden ja korvaushoitoa käyttävistä asiakkaista. H-klinikka sisältää päivystyspalvelun, hoidontarpeenarvioimisen, avohoitopalveluja, sosiaali- ja terveysneuvontaa ja asumisohjausta. H-klinikan päivystys kykenee tarjoamaan apua asiakkaille, joilla on akuutti avuntarve tai jotka ovat kiinnostuneita H-klinikan toiminnasta. Klinikka suorittaa alustavan arvion asiakkaan hoitotarpeesta, jonka jälkeen päihdepsykiatria tekee lopullisen päätöksen lääkkeellisen korvaushoidon tarvitsevista asiakkaista. H-klinikan tekemän asiakaspalautekyselyn mukaan vuoden 2009–2010 asiakaspalautteista nousi avun saaminen ja ongelmista puhuminen tärkeimmiksi palvelumuodoiksi klinikalla. Klinikan kuntouttava hoito sisältää yksilökeskusteluita asiakkaan tilanteesta ja hoidosta, perhe- ja verkostotyötä sekä ryhmäkäyntejä ja päivätoimintaa. Perheitä pyritään tukemaan, joka näkyy asiakkaita haastateltaessa ja päivätoiminnoissa, jonne on mahdollista ottaa lapset mukaan. Ehkäisevä päihdehoitotyö kuuluu osana Vantaan kaupungin

päihdehoitostrategiaan ennaltaehkäisevänä toimintana päihdeongelman syntymiseen. (Vantaan kaupunki 2013.)

A-klinikka tarjoaa palveluita yli 18- vuotta täyttäneille henkilöille. Klinikkan toiminta on kohdistettu alkoholi ja päihdeongelmista kärsiville henkilöille. Hoidon tarve selvitetään päivystyksen sekä puhelinpäivystyksen avulla. Nopean arvion jälkeen suoritetaan kokonaisvaltainen avuntarpeen kartoitus asiakkaan tullessa neljän tai viidennen kerran A-klinikan vastaanotolle. Katkaisuhuolto järjestetään avohoidossa tai laitoshoidossa riippuen katkaisuaseman ja lähetteen tehneen sosiaali- tai terveydenhuollon toimipisteen arviosta. Asiakkaan hoidon lisäksi keskitytään henkilön sosiaaliseen ympäristöön sekä perhe- ja ihmissuhteisiin. Näiden korjaantumisen merkittävä osuus päihdeongelmasta toipumiseen. Klinikkan toimintaan kuuluu opastus vanhemmuuteen teemaryhmien kautta ja alkoholin vaikutuksesta perheen ja lasten hyvinvointiin. Laitoskuntoutus palvelee lähetteen omaavia asiakkaita, jotka vaativat avohoidon lisäksi enemmän tukea antavaa hoitoympäristöä. (Salaspuro – Kiianmaa – Seppä 2003: 195.)

Vantaalla laitoskuntoutuksesta päättää SAS-työryhmä, joka tekee arvion asiakkaan tarpeesta kuntoutukselle ja etsii hoidontarpeita vastaavan kuntoutuslaitoksen. Työryhmä koostuu lääkäristä, sairaanhoitajista, sosiaalityöntekijöistä ja sosionomeista, jotka muodostavat SAS-ryhmän. Mikäli kyseessä on alaikäinen asiakas, päätöksenteon tulokseen vaikuttaa myös lastensuojeluvirasto. (Vantaan kaupunki 2013.)

Katkaisuhuolto on osa Vantaan tarjoamista laitoskuntoutusmuodoista, joka tarjoaa vieritushoitoa päihteistä. Katkaisuhuoltoon tullaan A- tai H-klinikan kautta, kuntouttavasta asumispalvelusta, terveysaseman tai työterveyshoidon kautta. Katkaisuhuoltoon pääsy edellyttää aiempaa hoitokontaktia johonkin kyseisistä palveluista, josta varataan kuntoutuspaikka. Katkaisuhuolto tarjoaa asiakkaalle terveys- ja sosiaalipalveluita. Asiakkaan taloudelliset ongelmat pyritään selvittämään ja löytämään keinoja ongelmien hoitoon. Päihderiippuvuuden hoitoon käytetään yksilö- ja yhteisö keskeisiä hoitomuotoja, jota tuetaan lääkehoidollisesti. Hoidon jatkuvuus pyritään turvaamaan katkaisuhoidon jälkeen tekemällä jatkohoitosuunnitelma asiakkaille. (Lappalainen ym. 2008: 136–137.)

Kotikatkaisuhuolto sekä jälkikuntoutus mahdollisuus päihdetyössä on aloitettu vuonna 2010. Se pyrkii tarjoamaan turvallisen ja vieritusoireettoman tavan päihdeongelman hoitamisessa. Päihdehoitotapa otettiin käyttöön liikuntarajoitteisten ja erinäisten syiden

vuoksi taatakseen mahdollisuuden vieroitushoitoon. Yhteistyössä on mukana avo- ja sairaalapalveluita, aikuissosiaalityö ja SiniVida Oy. (Vantaan kaupunki 2013.)

### 3.5 Päihdehoidon erityispalvelut

Erityispalveluja ovat mm. A-klinikkatoiminta erityisine ensiaputyyppeine ja psykososiaalisine toimintamuotoineen. Nuorisoasemat tarjoavat päihdekysymyksiin liittyviä palveluja pääasiassa alle 25-vuotiaille. Hoitoonpääsy riippuu kotipaikkakunnasta, ajanvarauksen tai lähetteen ollessa suotavaa, mutta päivystysaikoina sisään voi kirjautua ilman lähetettä. Katkaisuhoitoyksiköt ovat erikoistuneet vaikeiden päihteistä johtuvien vieroitusoireiden hoitoon. Potilaan hoitoaika vaihtelee vieroitusoireiden sekä käytettyjen päihteiden mukaan. Päihdeongelman lisäksi hoidetaan myös potilaan psyykkisiä ja somaattisia ongelmia. Perushoidon ja turvallisuuden varmistamisen lisäksi usein tarvitaan lääkehoitoa vieroitusoireiden lopettamiseksi. Kuntoutusyksiköissä annetaan psykososiaalista voimavaralähtöistä kuntoutusta yhteisömuotoisesti. Tavoitteena on päihteidenkäytön lopettaminen tai sen säätely. Järvenpään sosiaalisairaala on kuntoutusyksikkönä ainoa erinäisiin päihdeongelmiin erikoistunut sairaala johon asiakas voi saapua perus- ja erityispalvelun lähetteellä. Asumispalveluissa esim. ensisuojuissa asiakas saa perusturvan, lämpimän tilan ja valvontaa. Osassa palveluista on mahdollisuus viettää päihteetöntä päivää ja saada neuvoja elämäntilanteisiin sekä päihdekysymyksiin liittyvissä asioissa. Toimipaikasta riippuen palveluihin voi saapua myös päihtyneenä. (Seppä – Alho – Kiianmaa 2010: 48–50.)

Päihteidenkäytön lopettaminen vaatii suurta päättäväisyyttä sekä rohkeutta. Läheisten mukaan ottaminen hoitoon tarjoaa tiettyä turvaa päihdeongelmalliselle. Vertaistuesta voi olla hyötyä, joskin kaikki eivät sitä kykene ottamaan vastaan erinäisistä syistä johtuen. Nimettömien alkoholistien eli AA-ryhmän tarkoitus on vertaistukijärjestelmän avulla auttaa henkilöä saavuttamaan täysi raittius. Ryhmässä pyritään jakamaan kokemus yhteisestä ongelman aiheuttajasta sekä siitä selviytymisestä, toveria tukien. Myös NA-ryhmä eli Nimettömät Narkomaanit toimivat samalla periaatteella. A-killat ovat yhdistyksiä joissa tavoitteena on päihteetön elämäntapa erinäisine vapaa-ajan tapahtumineen ja toimintoineen. (Salaspuro – Kiianmaa – Seppä 2003: 220.)

Terveysturvalaki 1325/2010 ja sosiaalihuoltolain asiakaslaki 812/2000 painottavat asiakkaan ja potilaan oikeutta laadultaan hyvään ja oikeudenmukaiseen hoitoon sekä palveluun. Päihdeongelmaista tulee kohdella tasa-arvoisesti muihin kansalaisiin näh-



den, hänen ihmisarvoaan loukkaamatta sekä tahtoaan ja yksityisyyttään kunnioittaen. Päihdeongelmaisilla on usein myös muita terveysongelmia, kuten somaattisia sairauksia, mielenterveysongelmia sekä erinäisiä elämänhallintaan liittyviä ongelmia. (Seppä – Alho – Kiiänmaa 2010: 44.)

### 3.6 Koisorannan asumispäivystys

Tutkimusympäristönä toimiva Koisoranta on Vantaan kaupungin päihdepalvelujen tuottama ainoa 20-paikkainen ensisuojaan verrattava matalan kynnyksen asumispäivystys vantaalaisille asunnottomille päihdeongelmaisille. Päivystys on auki joka päivä klo 12.00–24.00, päihtyneenä voi saapua klo 16.00–24.00. Koisoranta on toiminut vuodesta 2007 työllistään 23 vakituista työntekijää. Palvelukeskuksessa työskentelee sairaanhoitajia, ohjaajia, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti sekä sosionomeja. Syksyllä 2012 palvelukeskuksessa toimintansa aloitti lääkäri osa-aikaisena työntekijänä, joka on paikalla yhden arkipäivän viikossa. Asumispäivystyksessä on myös mahdollisuus aloittaa katkaisuhuolto ilman että asiakkaan tarvitsee lähteä muualle. Asumispäivystyksen lisäksi palvelukeskus kattaa palvelutarpeen selvittämiseen ja lyhytaikaiseen asumiseen tarkoitettua 11-paikkaisen Arvi-asunnot sekä kahdeksan Koisoskotiä. Koisoskodit ovat pienyksiöitä henkilöille joilla on pitkä asunnottomuushistoria. (Erkkilä – Stenius–Ayoade 2009: 12.)

Asumispäivystys on tarkoitettu pääasiassa lyhytaikaiseen majoittumiseen, josta voidaan kuitenkin hakeutua jonotusperiaatteella Arvi- ja Koisoskotiin. Arvi-asunnot ja Koisoskodit ovat asunnottomille päihdekuntoutujille tarkoitettuja eräänlaisia arviointiasuntoja, joissa asiakasta arvioidaan ja tuetaan päivittäisen elämisen ohella. Päivystyksessä pyritään tarjoamaan asiakkaalle mahdollisimman turvallinen ja läsnäoleva ympäristö. Asiakkaan vastaanottotilanteessa tarjotaan aluksi katto päälle ja lämmin sänky. Ohjausta, neuvontaa sekä tukea tarjotaan yksilöllisesti kun asiakas ei ole päihteiden vaikutuksen alaisena. Asiakkaan tulohaastattelussa selvitetään fyysiset ja psyykkiset ongelmat, somaattiset sairaudet sekä perhetilanne. Asiakkaalle tehdään hoito- ja palvelutarpeen kartoitus ja ohjataan eteenpäin tarkoituksenmukaisiin palveluihin päihdekuntoutuksen aloittamiseksi, sekä ehdotetaan erinäisiä vaihtoehtoja päihteettömyyteen. Näitä vaihtoehtoja ovat esimerkiksi; selvän päivän viettäminen asumispäivystyksessä, katkaisuhuolto, erinäiset hoito- ja kuntoutuslaitokset sekä avohuollon sektorin tarjoamat palvelut. Koisorannan asumispäivystyksessä asiakkaiden käytettävissä ovat päivittäisen hygienian ylläpitoon tarvittavat tilat sekä välineet, vaatehuoltoon tarkoitettu pesu-

kone sekä saunomismahdollisuus. Asiakkaat saavat mahdollisuuden ansaita ilmaisen lounaan osallistumalla talon päivittäisiin askareisiin ja toimintoihin, esimerkiksi siivouksella tai vaatehuollolla. (Nousiainen – Sunikka 2009: 78.)

Suurin osa asiakkaista hakeutuu Koisorannan asumispäivystykseen itsenäisesti, vähemmän jonkin yhteistyökumppanin ohjaamana. Osa asiakkaista on työkäisiä, työttömiä ja perheellisiä. Syitä asumispäivystykseen hakeutumiseen ovat asunnon menetys erinäisistä syistä, parisuhdekriisi, tukiasuntoon evätty pääsy päihtymystilan vuoksi ym. Vielä 1980-luvulla tyypillinen asiakas oli alkoholia tai korvikkeita käyttävä työhistorian omaava mies. Nykyään tavataan yleistymässä määrin lääkkeitä ja huumeita käyttäviä asiakkaita. Myös diagnosoidut mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet. Koisorannalla on keskeinen rooli kartoittavana, erinäisiin päihde- ja asumispalveluihin lähettävänä tahona, asunnottomien päihteidenkäyttäjien tukipisteenä ja kuntouttavana asumispalveluiden järjestäjänä. Koisorannan vakituisia yhteistyökumppaneita ovat aikuissosiaalityö, sairaalat, kriisikeskus, asumis- ja päihdepalvelut. (Nousiainen – Sunikka 2009: 78.)

#### **4 Asunnottoman päihdeongelmaisen terveysongelmat**

Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita, jotka aiheuttavat humalatilan tai päihtymystunteen. Siihen kuinka päihteet vaikuttavat ihmiseen, vaikuttaa ympäristö, tavat, määrä, kesto ja itse aine. Päihteidenkäyttö ei rajoitu ainoastaan suun kautta otettaviin, vaan suonensisäiset, lihakseen pistettävät, nuuskaamalla, imppaamalla ja limakalvoilla käytettävät aineet tuovat varsin monipuolisia tapoja päihteiden käyttöön. Suomen laki sallii joitakin päihteitä käytettäväksi. Alkoholin ja tupakan myyminen ja käyttäminen, vaikka ovatkin päihtymystä aiheuttavia nautintoaineita, ovat sallittuja yli 18 -vuotiaille aikuisille. (Dahl – Hirschovits 2002: 5.)

Päihteistä alkoholi muodostaa suurimman yhteiskuntaa kuormittavan tekijän kansanterveydessä. Suurin osa valtaväestöstä käyttää alkoholia säännöllisesti. Tutkimusten mukaan miehet käyttävät jopa 75 % kaikesta käytetystä alkoholista (Dahl – Hirschovits 2002: 456.) Alkoholin liikakäyttö aiheuttaa vakavia ongelmia ihmisen terveydelle. Yleisimmät sairaudet alkoholiin liittyen ovat alkoholimyrkytykset, ylipaino, haimatulehdukset, maksasairaudet, aivovammat, dementia ja kohonnut verenpaine. (Alkoholiongelmaisten hoito. Käypähoito. 2011.) Alkoholilla on myös vaikutusta psyykkisten sairauk-

sien synnylle. Pelkotilat ja masennus ovat vahvasti sidoksissa alkoholiongelmiin. (Poi-kolainen 2005).

#### 4.1 Huumeiden aiheuttamat terveydelliset haitat

Huumeet ovat fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta aiheuttavia aineita. Riippuvuus määri-tellään pakonomaisena haluna saada keskushermostoon vaikuttavia aineita. Käytön pidentyessä on tyypillistä toleranssin kehittyminen ainetta kohtaan ja käytön lopettami-sesta seuraavat tyypilliset fyysiset ja psyykkiset vieroitusoireet. Aineen käyttö alkaa hallita koko elämää ja kyky säännöstellä käyttömääriä ja sen lopettamista vaikeutuu terveyden heikkenemisestä huolimatta. (Koulu 2012: 153.) Pakonomainen fyysinen tarve kehittyä elimistön totuttua vieraaseen aineeseen. Riippuvuus koostuu myös sosi-aalisista ja henkisistä tekijöistä, jossa ympäristön vaikutus ja läsnäolo on ratkaiseva riippuvuuden lisääjä. (Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri 2006) Huumeiden ai-heuttamat terveyshaitat, kuten infektiosairaudet, myrkytystilat ja psyykkiset sairaudet, ovat vakava uhka käyttäjän terveydentilalle. (Seppä – Aalto – Alho – Kiiänmaa 2012: 10).

Huumeaineeksi lasketaan sellaiset päihdyttävät aineet, jotka ovat terveydelle vaaralli-sia. Suomen laissa on lueteltu pykälässä 373/2008 huumausaineet, joiden käyttö on kielletty Suomessa. (Koulu 2012: 439.) Suomen huumausaineiden luokittelu perustuu lähinnä yhteisiin kansanvälisiin sopimuksiin. YK:n huumausaineyleissopimus luokittelee kaikki aineista, valmisteista ja kasveista tehdyt päihdyttävät aineet huumausaineeksi. (Forsell 2010: 15).

##### 4.1.1 Somaattiset sairaudet

Infektioiden yleisyys huumeidenkäyttäjien keskuudessa on huomattavaa. Samojen käyttövälineiden kierrättäminen, hygienian puute sekä elimistön vastustuskyvyn heik-keneminen aiheuttavat vakavia terveyshaittoja aineiden käyttäjille. Suojaamaton suku-puolielämän harjoittaminen, hidas hoitoon hakeutuminen tai hoitokielteisyys levittää infektioita tehokkaasti eteenpäin. Infektiot luokitellaan bakteeri-, sieni- ja virusinfektioi-hin. Virustulehdukset ovat yleistyneet huumeiden käyttäjien keskuudessa ja virusperäi-set tulehdukset ovatkin yleisimpiä kaikista infektioitaudeista. Näitä ovat esimerkiksi he-patiitit ja HIV. (Salaspuro – Kiiänmaa – Seppä 2003: 513–514.)

Hepatiitit tunnetaan maksatulehduksina, jotka tarttuvat eritteiden kautta. Veri, ulosteet, ruoka ja juoma ovat hepatiittien tarttumisväyliä ihmiseen. C-hepatiitti on yleisin huumeiden käyttäjien keskuudessa, joka tarttuu käytettyjen ruiskujen ja neulojen kautta. Hepatiitti ilmenee altistuksen saaneessa ihmisessä 2-20 viikon kuluttua, yleistilanlaskuna. Kuume, pahoinvointi ja oksentelu ovat tyypillisiä oireita C- hepatiitin kantajalla. Virus voi olla myös oireeton, joka ei vaikuta kantajan terveyteen heikentävästi. C – hepatiitti voi myös kroonistua aktiiviseksi, jonka seurauksena ilmenee maksakirroosia ja maksasyöpää. Muita hepatiitteja ovat A, B, D ja E – hepatiitti. (Salaspuro – Kiianmaa – Seppä 2003: 513–516.)

Myös HIV eli ihmisen immuunikatovirus tunnetaan laajalti maailmassa. Virus tarttuu ihmisestä toiseen eritteiden kautta limakalvon, verisuonen tai haavan kautta. HIV -virus tunkeutuu isäntäsoluun lisääntyen solun sisällä ja lopulta tuhoten sen. Ihmisen oma immuunijärjestelmä ei kykene tuhoamaan virusta vaan kuolee viruksen aktivoitua mikrobirtuntojen aikana. Puolustusjärjestelmän puuttumisen vuoksi infektiot ja kasvaimet pääsevät valtaamaan elimistön, josta seuraa ennen pitkään kuolema. (Salaspuro – Kiianmaa – Seppä 2003: 515–519.)

#### 4.1.2 Psykkiset sairaudet

Huumeiden aiheuttamat mielenterveysongelmat näkyvät selvästi psyykkisinä oireina. Huumaantuminen ja aineiden lopettaminen aiheuttavat psyykkisiä häiriöitä, jotka kestävät pari viikkoa käytön lopettamisesta. Mielenterveysongelmaa ei kuitenkaan voida yksiselitteisesti yhdistää runsaaseen päihteidenkäyttöön. Päihteitä voidaan käyttää psykiatrisen sairauden vuoksi tai psyykkiset sairaudet voivat tulla päihteiden käytöstä. Mielenterveysongelmista kärsivillä ihmisillä on suurempi riski päihteiden väärinkäytölle, joka näkyy hoitoon hakeutuissa asiakkaissa. Psykoosit ovat tyypillisiä huumeiden aiheuttamia mielenterveysongelmia. Näitä ilmenee erityisesti kannabiksen ja stimulanttien käyttäjillä. Psykoosit ja kaksoisdiagnoosit kuuluvat tyypillisiin mielenterveysongelmiin päihteiden käyttäjien keskuudessa. (Seppä – Aalto – Alho – Kiianmaa 2012: 163–167.)

## 4.2 Alkoholin aiheuttamat terveydelliset haitat

Päihteistä alkoholi muodostaa suurimman yhteiskuntaa kuormittavan tekijän kansanterveydessä (Kiianmaa 2012: 72.) Suurin osa valtaväestöstä käyttää alkoholia säännöllisesti. Tutkimusten mukaan miehet käyttävät jopa 75 % kaikesta käytetystä alkoholista. Liiallinen alkoholinkäyttö on lähes ainoa syy alkoholisairauksien synnylle. Alkoholin käytöllä on myös suoraan yhteys mielenterveyshäiriöiden synnylle, itsemurhille, kehitysvammalle, tapaturmille ja elinsairauksille. (Dahl 2002: 456).

### 4.2.1 Somaattiset sairaudet

Alkoholin liikakäyttö aivovaurioiden synnylle on todellinen. Wernicken tauti, pikkuaivorappeuma, aivoatrofia ja dementia ovat seurausta alkoholin liikakäytöstä joiden syntyminen ja kehittyminen vie vuosia. Wernicken tauti syntyy ihmiselle, joka kärsii tiamiinin eli B1- vitamiinin puutteesta. B1- vitamiinin puute ei aina ole suoraan yhteydessä alkoholin käyttöön, vaan siitä voi kärsiä ihminen, jolla on B1- vitamiinin imeytymisessä häiriötä. Tiamiinia tarvitaan aineenvaihdunnan yhteydessä ja sen puuttuminen aiheuttaa hermostollisia oireita. Taudinkuvaan kuuluu asioiden kahtena näkeminen, horjuva kävely, alilämpö ja uneliaisuus. Sairauden tunnistaminen on kuitenkin vaikeata, vaikka pohjoismaissa 90-prosenttia taudin sairastajista on alkoholin suurkuluttajia. Pitkäaikainen tiamiinin puutostila synnyttää Korsakoffin oireyhtymän, jolle tyypillistä on vaikean muistihäiriön syntyminen. Muistamattomuus ja uusien asioiden oppimiskyvyn puute johtaa työkyvyttömyyteen ja ennen pitkään ihminen tarvitsee hoitopalveluita ja tehostetua tukea elämässä selviytymiseen. (Hillbom – Marttila 2010: 2132-8.)

Pikkuaivorappeumassa on tyypillisesti samankaltaisia oireita kuin humalatilassa olevalla ihmisellä. Kävely on horjuvaa ja laaja-alaista, jota esiintyy juomisen loputtua ja krampun aikana. Taudin edetessä oireet pahenevat ja muuttuvat pysyväksi. Tyypillisesti pikkuaivorappeumasta kärsivä ihminen joutuu taudin takia käyttämään kävelykeppiä tai pyörätuolia. Nimensä mukaisesti aivoissa pikkuaivojen etuyläosa rappeutuu, jossa solutuho on pysyvää. Rappeuman synty vaatii monien vuosien alkoholin väärinkäyttöä. (Rinne 2012.)

Aivoatrofialle eli aivokudoskadolle on tyypillistä sen korjautuminen pitkän raittiina olon aikana. Vertailussa, jossa on punnittu alkoholin suurkuluttajien, satunnaisten käyttäjien ja raittiiden ihmisten aivoja on selvinnyt että aivoatrofiaa esiintyy huomattavalla osalla

alkoholin suurkuluttajista. Vaikka alkoholisteilla esiintyy enemmän älyllisten toimintojen heikkenemistä, on se kuitenkin lievää verrattuna pääväestöön. Havainnointi, motoriset taidot ja kielellinen osaaminen säilyvät hyvin juomisesta huolimatta. Aivoatrofia todetaan neuropsykologisissa testeissä, joissa mitataan opitun aineiston muistamista ja avaruudellista hahmottamista. Yli kymmenen vuotta juoneista alkoholin suurkuluttajista 2/3 kärsii aivojenrappeumasta ja dementiasta. (Bode – Karttunen – Karttunen 2006: 315-23.)

Aivoihin kohdistuvat vammat ovat ihmisen terveydelle haitallisimpia. Usein kuolemaan johtavat vauriot aiheuttavat myös halvauksia, aistien heikkenemistä, puheen muodostamisen vaikeutta, keskittymiskyvyn puuttumista, luonteenpiirteiden muutoksia ja jopa tajuttomuutta. Noin joka toinen päivystyspotilaista, jolla on aivovamma, on alkoholin vaikutuksen alainen. Kaatumiset, tappelut ja liikenneonnettomuudet ovat tyypillisiä tapaturmia, joihin juovuksissa oleva ihminen joutuu. Syntyneet aivovammat johtuvat äkillisestä iskusta päänalueelle, jossa syntynyt aivoverenvuoto tuhoaa aivoja verenkiertohäiriöiden ja hapenpuutteen vuoksi. Tämä lisää huomattavasti aivokudoskadon sekä dementian syntyä. Alkoholin suurkuluttajat joutuvat kolme kertaa useammin päänalueelle kohdistuvaan tapaturmaan, kuin valtaväestö. Tyypillinen jälkioire aivovammapotilailla on epilepsia. Alkoholin suurkuluttajat sairastavat epilepsiaa kolme kertaa enemmän kuin muu kansa. Alkoholinkäyttö myös lisää epilepsia-kohtauksia. (Bode – Karttunen – Karttunen 2006: 315–316.)

Alkoholilla on suora vaikutus maksaan, haimaan ja niiden toimintaan. Moninaisten vaikutusten vuoksi hormonituotanto häiriintyy. Kroonisessa haimatulehduksessa haima arpeutuu ja tuhoutuu vähitellen. Tällöin esiintyy rasvojen imeytymishäiriöitä. Yleisin maksasairaus tunnetaan maksakirroosina eli maksan kovettumisena. Suomessa sairauden ja alkoholin yhteys on kiistaton. Yli 90 prosenttia kaikista maksakirrooseista on alkoholilla aiheutettuja. Alkoholin runsas päivittäinen käyttö kasvattaa riskiä maksan vaurioitumiselle. Tautiin kuolee vuosittain yli 500 ihmistä. (Salaspuro – Kiianmaa – Seppä 2003: 336–337.) Maksakirroosin yleisyyttä on tutkinut Euroopan maksatutkijoiden seura Easl toimesta. Vuoden 2013 raportin mukaan Suomessa maksakirroosiin kuolee eniten ihmisiä verrattuna pohjoismaihin ja Eu:n muihin jäsenvaltioihin. Alkoholin aiheuttamat maksasairaudet ovat yleistyneet 2000-luvun aikana niin miehillä kuin naisillakin. (Repo 2013: A8).

Maksakirroosia on vaikea tunnistaa ennen oireilua. Pitkälle edennyt sairaus aiheuttaa ihon keltaisuutta, koska maksa ei kykene poistamaan punasolujen hajoamistuotetta bilirubiinia. Samalla valkuaisaineiden ja hyytymistekijöiden määrä veressä vähenee. Tästä seuraa tajunnantason vaihtelua, väsymystä, turvotusta ja vuototaipumusta. Ainoa tapa todeta varmasti sairaus ovat laboratoriset tutkimukset maksasta otetuista koepaloista. Hengenvaarallisia tiloja jotka uhkaavat ihmisen henkeä ovat askites eli nesteen kertyminen vatsaonteloon ja maksakooma. Maksakirroosia voidaan hoitaa lääkeyksen avulla, punktiolla tai kirurgisella operaatiolla. Juomisen lopettaminen on kuitenkin välttämätöntä pitkälle edenneen maksakirroosin pysäyttäjänä. (Salaspuro – Kiianmaa – Seppä 2003: 338.)

Pitkään jatkunut alkoholinkäyttö altistaa monille ruoansulatuselimistön haitoille. Yleisimpinä voidaan mainita närästys, jossa hapan mahaneste nousee ruokatorveen joka voi pitkään jatkuneena aiheuttaa limakalvon tulehdustilan. Ravintoaineiden imeytymishäiriöt, sekä näistä johtuvat erinäiset puutostilat vitamiinien, valkuaisaineiden sekä kivennäisaineiden saannissa ovat yleisiä alkoholin suurkuluttajilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Sydän- ja verenkiertosairauksia on pidetty yleisesti elämäntavoista johtuvina sairauksina. Runsas alkoholinkäyttö lisää sydäninfarktin ja sydänperäisten kuolemien riskiä sydänlihaskaurioiden vuoksi. Toistuvat rytmihäiriöt yleistyvät sympaattisen hermoston kiihtymisen johdosta, aiheuttaen sydämen eteisvärinää ja kammionlisälyönnejä. Oireita voidaan hoitaa levon lisäksi lääkehoidolla. Alkoholi nostaa verenpainetta etenkin liikkäyttäjillä, altistaen sepelvaltimotaudille ja verenkiertohäiriöille aivoissa. Juomisen lopettaminen onkin helpoin tapa hillitä verenpainetta. (Huttunen 2012.)

#### 4.2.2 Psyykkiset sairaudet ja alkoholi

Tyypillisiä alkoholin aiheuttamia mielenterveysongelmia ovat alkoholipsykoosi, alkoholihallusinoosi, harhaluulot, Delirium tremens ja patologinen humala. Alkoholin suoraa vaikutusta kaikkiin psyykkisiin sairauksiin ei ole todistettu. On kuitenkin varmaa että alkoholi altistaa psyykkisten sairauksien synnylle. Alkoholipsykoosia hoidettiin kieltolain alussa 1930-luvulla yleisesti, koska väestön alkoholinkäyttö oli hyvin runsasta. Sairautta saatiin hillittyä, mutta 1960-luvun lopussa alkoholipsykoosit yleistyivät alkoholinkulutuksen kasvettua. Alkoholipsykoosin syntyä on tutkittu vertaamalla biologisia ja psykologisia tekijöitä yhdessä elimistön ja keskushermoston toimintakykyyn. Alkoholipsykoo-

sit ovat yleisimpiä miehillä kuin naisilla. (Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Delirium tremens eli juoppohulluus kehittyy pitkään jatkuneen juomisen loputtua esiintyen aivosolujen ja hermoston toimintahäiriönä. Tyypillisiä oireita sairaudelle on pelkotiilat, unettomuus ja kouristuskohtaukset. Ihminen joka kärsii Delirium tremensista, muuttuu sekavaksi ja ajan sekä paikan hahmottaminen vääristyy. Kuulo-, näkö- ja tuntoaisti ovat hämärtyneet synnyttäen harhoja ihmiselle. Näkyviä oireita ovat usein runsas hikoihu, sydämen tykyttely, levottomuus ja vapina. Juoppohulluus jatkuu muutamia päiviä sen puhkeamisesta. Sairauden ennuste on hyvä, vaati kuitenkin sairaalahoitoa. Psykelääkkeet, somaattinen ympäristö ja tarkkailu ovat tyypillisimpiä hoitomuotoja. (Mäkelä 2010.)

Runsas juomisen lopettaminen johtaa usein alkoholihallusinoosiin, joka on yleisin psykoosimuoto alkoholisairauksista. Ihmisen perustoiminnot eivät juuri kärsi, vaan alkoholisteilla esiintyy yleisimmin kuuloharhoja. Äänet ovat tyypillisesti ihmistä vastaan syyttäneitä ja uhaten tätä. Taudilla on samankaltaisia piirteitä kuin skitsofreniassa ja pahimmillaan se voi kroonistua vaivaten loppuelämän. Erittely alkoholipsykoosien välillä on haastavaa samankaltaisten oireiden vuoksi. (Mäkelä 2010.)

## **5 Tiedonhaun kuvaus**

Opinnäytetyöhön kerättiin monipuolisesti lähteitä asunnottoman päihdeongelman terveysongelmista. Opinnäytetyössä aineistoa on haettu Nelli-portaalista sekä Medic-tietokannoista. Tiedonhaussa käytettiin sanoja: asunnoton, alkoholisairaudet, homeless, mielenterveys ja päihteet. Haku rajattiin vuosiin 2002 – 2012. Aineistosta suurin osa sijoittuu viimeisen kolmen vuoden ajalle. Tietoa haettiin myös Metropolian kirjastosta, Metcatista sekä pääkaupunkiseudun Helmet kirjastosta. Vantaan ja Helsingin kaupungin kirjastoista löytyi eniten aineistoa opinnäytetyöhön. Lähteitä onkin saatu enimmäkseen käsihakuna.



Tietokanta	Hakusana	Osu- mat	Hyväksyty otsikon perusteella	Hyväksyty abstraktin perusteella	Hyväksyty koko tekstin perusteella	Hyväksyt- ty aineisto
Medic	Asunnoton	4	1	1	1	1
	Alkoholi AND sairaudet	101	10	1	1	1
	Alkoholi AND sikiö	1	1	1	1	1
	Homeless*	17	6	0	0	0
Nelliportaali	Alkoholisairau- det	114	10	4	4	4
	Mielenterveys ja päihde	10	3	1	1	1

## 6 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää asunnottoman päihteidenkäyttäjän terveysongelmia ja kartoittaa terveystalvelujen tarvetta sekä saatavuutta Vantaalla. Tavoitteena on tutkimuksessa saatujen tietojen avulla kehittää ennestään Vantaan Koisorannan toimintaa antamalla tutkimustulokset heidän käyttöön. Koisorannan hallinto ja työryhmä päättävät itse kuinka hyödyntävät tutkitun tiedon. Optimaalista olisi, jos tutkimustulokset hyödynnettäisiin konkreettiseen käyttöön asiakkaille tarjotun palvelun laadun parantamiseksi.

Tutkimuskysymykset:

1. Mitä terveydenhoidollisia toteutumattomia tarpeita on kohdattu asumispäivystyksessä?
2. Minkälaisia terveystalveluja asumispäivystyksen asiakas tarvitsee?

## 7 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmät

### 7.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus sen tarjotessa kokemuksiin ja näkemyksiin perustuvia asioita. Laadullisella tutkimuksella saadaan tietoa ihmisten asenteista ja uskomuksista sekä käyttäytymisen muutoksista, joita taas määrällinen tutkimustapa ei olisi tarjonnut. Tutkimustapa lisää tietoa tutkittavasta ilmiöstä haastateltavien antamien kuvausten kautta. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009: 49.) Laadullisella tutkimuksella pyritään tutkimaan kohdetta kokonaisvaltaisesti sekä löytämään tosiasioita väittämien sijaan. Haastattelu on luonnollinen tapa laadulliselle tutkimukselle, jolloin haastateltavien näkemykset, kokemukset ja mielipiteet tulevat esille. Laadullinen tutkimus mahdollisti myös yksilohaastattelujen nauhoitukset ja osallistujien mielipiteiden esittämisen tuloksissa. Tutkimustapa antaa joustavuutta suunnitelmiin, jos olosuhteet muuttuvat. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 16).

### 7.2 Tutkimuksen kohderyhmän kuvaus

Tutkimuksen tiedonantajina olivat Koisorannan asumispäivystyksen kolme sairaanhoitajaa. Sairaanhoitajien monipuolinen tietotaito ja vankka kokemus asunnottomien päihdeongelmaisten parissa antoivat ensisijaista tietoa tutkimukseen (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009: 85.) Pitäytyminen henkilökunnan haastattelemisessa ehkäisi myös tutkimusaineiston rönsyilemistä ja auttoi täten säilyttämään tutkimuksen fokuksen.

Päivystyksen asiakkaat eivät välttämättä ole oman terveydentilansa ja hoitonsa asiantuntijoita. Useimmat terveydentilaan ja hoitamattomuuteen liittyvät kysymykset ovat paremmin henkilökunnan kuin asiakkaiden tiedossa. Tyypillisesti asiakkaista on kartoitustyö jo jossain mitassa tehty, kuten tulohaastattelun avulla ja aikaisempien käyntien perusteella.

### 7.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineiston keruu toteutettiin puolistrukturoidulla haastattelulla eli teemahaastattelulla. Haastattelu tapahtui suullisesti, jossa haastateltavia olivat Koisorannan asumispäivystyksen kolme sairaanhoitajaa. Haastateltaville esitettiin ennalta määriteltyjä avoimia kysymyksiä, joihin he saivat tutustua saatekirjeen kautta ennen haastattelua. Kysymyksiä lisäksi käytössä oli apukysymyksiä selventämään pääteemaa. Haastattelu toteutettiin yksilöhaastatteluina virka-ajalla Koisorannan asumispäivystyksen tiloissa. Haastattelutila valittiin yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimuksen kannalta rauhallinen ja haastateltavalle tuttu ja turvallinen ympäristö edesauttoi tutkimuksen onnistumista. Samoin haastattelun aloitus neutraalilla keskustelulla, laskee jännitettä haastattelijan ja haastateltavan välillä. Haastattelu tapahtui johdonmukaisesti haastattelijan ohjatessa keskustelua ennalta määriteltyjen kysymysten mukaan. (Aaltola – Valli 2007: 27-30.)

Haastattelua varten tarvittiin Vantaan kaupungilta tutkimuslupa opinnäytetyötä varten. Tutkimuslupa-anomus täytettiin kirjallisena lomakkeena, joka lähetettiin sekä sähköisesti että postitse Sosiaali- ja terveystoimen Tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinaatio ryhmälle (TUTKE). Haastattelut toteutettiin Koisorannassa kahtena päivänä, jotta kaikkia sairaanhoitajia päästiin haastattelemaan. Haastattelut kestivät noin 20 minuuttia kerralla. Ennen haastattelua oli mietitty apukysymyksiä kahteen haastattelukysymykseen. Haastattelutilana toimi sairaanhoitajien työhuone.

Teemahaastattelu eli puolistrukturoitu haastattelu on yksi tapa kerätä kvalitatiivista eli laadullista tutkimusaineistoa ja se soveltuu hyvin tutkimuksen aihepiiriin. Puolistrukturoitu haastattelu on vuorovaikutuksellista keskustelua, jossa haastateltavalta yksinkertaisuudessaan pyritään saamaan tietoa ja ajatuksia teeman mukaisiin kysymyksiin. Kysymyksiä esittämällä saadaan tietää osallistujan näkemyksiä ja ajatuksia. Kysymykset ovat kaikille osallistujille samat. Kysymykset voidaan esittää eri järjestyksessä, joihin haastateltavat vastaavat omin sanoin. Teemahaastattelu etenee etukäteen määriteltyjen teemojen varassa. Teemarungon eli apukysymysten avulla varmistetaan, että teema-alueet tulee käytyä läpi. Teemahaastattelun etuna on vuorovaikutus, jolloin ihmisten tulkinnat asioista ja merkityksistä korostuvat. Teemahaastattelu on perinteiseen lomakehaastatteluun verrattuna kallis sekä aikaa vievä ja työllistävä menetelmä. Haastatteluissa tulee usein esille paljon myös irrelevanttia materiaalia, jota pitää karsia pois analyysivaiheessa. (Hirsjärvi – Hurme 2008: 34–36, 47–48.)

Yksilöhaastattelun valinta aineiston keruussa antoi tutkijoille enemmän mahdollisuuksia johdatella haastateltavia halutun teeman ympärille. Samalla haastattelun eteneminen ja organisointi pysyi helpommin tutkijan hallittavissa. Haastattelun sisältö koostui työntekijän henkilökohtaisista kokemuksista ja mielipiteistä, eikä vallitsevasta ajattelutavasta. Teemahaastatteluun kuitenkin sisältyi vuorovaikutus haastattelijan ja haastateltavan välillä, vaikka haastattelussa tietynlainen hierarkia vallitseekin. (Ruusuvuori – Nikander – Hyvärinen 2010: 215.) Vastauksien taltiointiin käytettiin sanelukonetta, jolla kaikki haastattelut nauhoitettiin. Äänitteistä saadut vastaukset litteroitiin eli puhtaaksikirjoitettiin kirjalliseen muotoon.

Teemahaastattelussa esitettävät kysymykset olivat:

Hoitamattomuuteen liittyvät terveystarpeet

- Mitä terveydenhoidollisia toteutumattomia tarpeita on kohdattu asumispäivystyksessä?

Terveyspalveluiden tarpeen kartoitus

- Minkälaisia terveyspalveluja asumispäivystyksen asiakas tarvitsee?

#### 7.4 Aineiston analyysi

Tutkimuksen analyysimenetelmänä käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia, jossa kerätty aineisto pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan. Sisällönanalyysi menetelmä sopii niin laadulliseen tutkimukseen kuin myös muihinkin tutkintamalleihin. Sen kautta voidaan tarkastella aineistoa yhden lähtökohdan mukaisesti tai pääpiirteittäin, jolloin selkeää rajausta ei tehdä. Aineiston purkamisen eli litterointi tapahtuu puhtaaksi kirjoittamisena, jossa aineisto jäsennetään. Tutkimusaineisto käydään läpi, josta nostetaan esille tutkimustehtävän kannalta olennaisia asioita. Tätä tarkastellaan monelta eri näkökulmalta ja laaja-alaisesti. Tutkimustuloksien tulisi vastata opinnäytetyön tarkoitukseen sekä tutkimustehtävään.

Aineiston keruun jälkeen haastatteluaineisto litteroitiin eli muutettiin äänitteistä sanatar- kasti kirjalliseen muotoon. Aineiston analysointi tapahtui aineiston teemoittelulla. Haas- tatteluaineiston kuuntelemisen ja puhtaaksi kirjoittamisen eli litteroinnin jälkeen pelkis- tettiin alkuperäisilmaukset, alleviivaamalla tutkimusongelman mukaisia ilmauksia. Tar- koituksena oli löytää tutkimustehtävän mukaisia vastauksia tutkimusongelman kysy- myksiin. Pelkistetyt ilmaukset teemoiteltiin ryhmittäin erilaisten aihepiirien mukaan sa- mankaltaisuuksien löytämiseksi, esimerkiksi erinäisiin terveysongelmiin liittyvät aiheet. Synonyymi ilmaukset yhdistettiin samaan kategoriaan ja nimetään sisällön mukaan. Ilmauksista muodostettiin alaluokkia, jotka yhdistettiin ja niistä taas muodostettiin ylä- luokkia. Teemahaastattelu muodosti valmiin jäsennyksen analysoitavaan aineistoon. Tärkeää oli muistaa päättää kuinka pitkälle tutkija ryhmittelee aineistoa, jotta informaa- tioarvo ei kärsi. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91.)

Puolistrukturoidussa teemahaastattelussa aineiston jäsentäminen tapahtui haastattelu- teemojen mukaisesti. Jokaiselle teemalle etsittiin yhteisiä tekijöitä, jotka nousivat esille kunkin teeman pohjalta. Haastatteluryhmänä toimivat Koisorannan sairaanhoitajat, jolloin aineistoa ryhmitellään ammattiedustajien mukaisesti ennen varsinaista teemoit- telua. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 91.)

## **8 Opinnäytetyön tulokset**

Opinnäytetyön haastatteluaineistosta nousi esiin kaksi yläluokkaa, päihdeongelmanaisen toteutumattomat terveystarpeet ja päihdeongelmanaisen palveluiden saatavuus. Yläluo- kat koostuivat seitsemästä alaluokasta. Tuloksissa esitetään yksilöhaastattelussa saa- tuja tuloksia sekä alkuperäisilmauksia.

### **8.1 Päihdeongelmanaisen toteutumattomat terveystarpeet**

Koisorannan asumispäivystyksen asiakkaat ovat yleensä vaikeasti sairaita. Asiakkaan hoitoa vaativat sairaudet paljastuvat usein vasta asumispäivystyksessä tulotilanteen yhteydessä. Aikuistyyppin diabetes ja verenpainetauti ovat suhteellisen pitkään oireet- tomia. Niiden selvittäminen edellyttää säännöllisiä terveystarkastuksia, jos asiakas on

kykenemätön tunnistamaan sairauden aiheuttamia oireita. Lisäksi runsas alkoholinkäyttö altistaa sairauksille, joka myös osaltaan estää sairauksien havaitsemista. On vaikea yleistää tuleeko psyykinen vai somaattinen sairaus ensin, esimerkiksi masennus vai alkoholiongelma.

”Sitä on mahdoton mennä sanomaan, että mikä on muna ja mikä on kana että tuleeko masennus ensin vai juominen ensiksi, ne liittyy niin oleellisesti toisiinsa.”

#### 8.1.1 Asumispäivystyksessä kohdattuja sairauksia

Koisorannan asumispäivystyksessä asiakkailla tavataan päihdeongelmien lisäksi lukuisia erilaisia psyykkisiä ja somaattisia sairauksia. Tyypillisimmät esille tulleet hoitamattomat somaattiset sairaudet ovat kansantauteja, kuten aikuistyyppin diabetes, korkea verenpaine sekä erinäiset sydän- ja verenpainesairaudet. Myös alkoholinkäytön mukana tuomia liitännäisairauksia esiintyy, kuten neuropatia oireita. Psyykkisistä sairauksista eniten tavataan masennusta, skitsofreniaa, kaksoisdiagnoosia sekä maanis-depressiivisyyttä sairastavia asiakkaita. Skitsofrenia-asiakkaat ovat asumispäivystyksessä yliedustettuina.

”Jos se on kaksi prosenttia koko kansasta ja meillä on 20 paikkaa meidän asumispäivystyksessä yhteensä, niin meillä voi samanaikaisesti asiakkaina neljä skitsofreniaa sairastavaa henkilöä.”

Sairaanhoitajat kohtaavat myös alidiagnosointia psykiatrian puolelta psykiatrisissa sairauksissa, erityisesti alidiagnosoitua masennusta sekä diagnosoitua skitsofreniaa, joka on kuitenkin täysin hoitoa vailla. Asiakkailla on lähes aina jonkinasteinen persoonallisuushäiriö yhdessä päihdeongelman kanssa. Myös erinäisiä mielenterveysongelmia tavataan laajakirjoisesti.

#### 8.1.2 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä

Päihteidenkäytön takia itsestään huolehtiminen on madaltunut, jonka seurauksena erinäiset sairaudet ja niiden aiheuttamat oireet jäävät huomiotta. Päihteidenkäyttö ja mielenterveysongelma, yhdistettynä somaattiseen perussairauteen, aiheuttavat itsestään huolehtimisen kynnyksen madaltumisen.

”Aktiivinen juominen estää sairauksien huomaamisen, eikä tule hakeuduttua terveystalveluiden piiriin”

”Alkoholinkäyttö altistaa sairauksille ja kun juodaan ahkerasti, niin sairauksia ei olla aikaisemmin havaittu”

Asumispäivystyksen asiakkailla on usein sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä ongelmia tai mielenterveysongelma, joka vaikeuttaa vuorovaikutuksellista kommunikointia asiakkaan kanssa. Lapsuus tai nuoruusiässä alkanut mielenterveys- tai päihdeongelma on voinut johtaa syrjäytymiseen, jolloin kukaan ei ole pystynyt puuttumaan ongelmiin ajoissa, esimerkiksi kymmenen vuotta sitten. Asumispäivystyksessä nähdään mihin asiakkaan ongelmaan olisi pitänyt puuttua ajoissa tai on puututtu, mutta tuloksetta.

”Asumispäivystykseen tulee asiakkaita, joilla ongelmat ovat alkaneet jo aikoja sitten, kenties lapsuus- tai nuoruusiästä asti. Jos asiakas ei ole päässyt elämän syrjään kiinni ja siitä on seurannut syrjäytyminen, niin päivystyksessä nähdään mitä se käytännössä tarkoittaa”

Päihteinen elämäntapa estää kunnollisen hoitopolun tai suunnitelman laatimisen ja vaikuttaa hoidon saantiin ja toteutukseen. Tällöin sovitut tapaamiset eivät toteudu, ei mennä sovituille vastaanotoille ja varatuille ajoille, lääkehoito keskeytyy tai jää kokonaan toteutumatta. Asiakkaan hoitoon sitoutumattomuus nähdään kaikkein suurimpana hoitoa estävänä ja vaikeuttavana tekijänä. Asumispäivystyksessä tavataan myös terveydestään huolehtineita asiakkaita, jotka ovat hoitaneet itseään hyvin.

”Jos ihminen on huonosti hoitanut sairautta, johtuu juomisesta ja alkoholinkäytöstä, koska ei hoida itseään. Esimerkiksi antibioottikuuri ja hoito jää kesken kun lähtee ryyppäämään”

”Ihmisestä itsestään on kiinni miten pystyy sitoutua vai pystyykö ollenkaan”

Asumispäivystyksen kaikkein huonoimmin hoidon tavoiteltavissa oleva ryhmä ovat aktiivista katuelämää viettävät asiakkaat, jotka säännöllisesti tai epäsäännöllisesti viettävät yönsä Koisorannassa. Suuri osa asiakkaista tulee ja menee, eivätkä he asetu tai tartu asumispäivystykseen kunnolla, jolloin on vaikea ohjata hoidon ja palveluiden piiriin perusterveydenhoitoon tai erikoissairaanhoidon. Asiakkailla tavataan diagnosoitua skitsofreniaa mutta joka on kuitenkin hoitoa vailla.

”Monta hyvää suunnitelmaa tehty, mutta sitten ihminen on häipynyt”

## 8.2 Päihdeongelmaisen palveluiden saatavuus

Asumispäivystyksen sairaanhoitajien mukaan vahva ammattitaito on edellytys asiakkaan palvelun- ja hoidonarvioinnissa. Laaja osaaminen auttaa terveydenkartoituksessa ja sairauksien tunnistamisessa. Asumispäivystys ohjaa asiakkaan eteenpäin hoidon piiriin, jos ongelmaa ei saada ratkaistuksi Koisorannassa. Sairanhoitajien tehtävänä onkin enemmän ohjata ihminen tarvitsemansa avun piiriin, kuin toteuttaa sitä paikan päällä. Asiakas kykenee saamaan tarjottavia palveluita mihin vuorokauden aikaan tahansa, koska paikalla on aina terveydenhuollon ammattilainen. Haastatteluissa korostui tämän hetkiset hyvät resurssit ja asiakkaan mahdollisuus saada tarvittavaa apua. Asiakkaiden kanssa on aikaa tehdä työtä ja vastata asiakkaiden esittämiin kysymyksiin ja terveystarpeisiin.

”Asumispäivystyksen työntekijä voi etsiä ja tarjota hoitoa, mutta asiakkaalla on itsemääräämisoikeus ottaako apua vastaan”

Sairanhoitajien mukaan asiakkaat ovat hakeutuneet peruspalveluiden piiriin. Vantaalla kadulla asuvalla, syrjäytyneellä, asunnottomalla ihmisellä, asumispäivystyksen asiakkaalla on jonkinlainen kontakti terveyskeskukseen, eli palveluita on käytetty. Vantaalla asunnottomat päihteidenkäyttäjät saavat tarvitsemiaan palveluita. Usein asiakkaat joutuvat esimerkiksi tapaturman vuoksi sairaalan päivystykseen ja sieltä hoidon piiriin. Epänormaali käyttäytyminen osaltaan vaikuttaa hoidon piiriin ajautumiseen. Asiakkaat ovat usein myös tietoisia terveyspalveluista. Asiakkaita on eri sosiaaliluokista, mutta päihteidenkäytöllä ei ole yhteyttä sosiaaliseen asemaan tai statukseen eikä palveluiden tai hoidon saantiin.



”Jos päihteitä käyttää liikaa niin on ihan sama onko sitten insinööri tai joku ojankaivuumies”

”Sosiaalinen status sinällään ei vaikuta siihen, että saako hoitoa vai ei”

Kunnat, kaupungit ja työntekijöiden työskentelytavat, asenteet sekä vuorovaikutustaidot vaikuttavat siihen minkälaista hoitoa ihminen saa eli palvelun laatuun. Erilaiset muuttajat vaikuttavat tilanteeseen. Resurssipula vaikuttaa tarjottavaan palveluun, jonka vuoksi suurissa kunnissa tai kaupungeissa ei pystytä tarjoamaan palvelua riittävän hyvin. Vantaalla asunnottomuus on kuitenkin pienemmässä mittakaavassa, jonka vuoksi palveluita pystytään tarjoamaan paremmin.

Sairaanhoitajat eivät ole huomanneet, että vantaalaisella asunnottomalla päihdeongelmallisella olisi vaikeuksia saada tarvitsemiaan terveyspalveluita Vantaalla. Harvoin asiakas jää ilman palveluita, jos niitä itse haluaa. Hyvin harvoin asumispäivystyksen työntekijät joutuvat puuttumaan kaltoinkohteluun tai syrjintään asiakkaiden puolesta. Avokatkaisuhoito on mahdollista aloittaa ja järjestää asumispäivystyksessä, jolloin asiakkaiden ei tarvitse lähteä A-klinikalle tai muuhun katkaisuhuhoitopaikkaan. Asiakas voidaan ohjata Espooseen katkaisuhuhoitoon jos Vantaalla ei ole katkaisuhuhoitopaikkoja vapaana.

”Vantaalla saa ja pääsee hoitoon, jos ihminen sitä vain itse haluaa. Ei ole palvelusta vaan itsestä kiinni. Asiakas osaa hakeutua itse hoitoon, jos haluaa. Osa joutuu sitten huonon kunnan vuoksi sairaalaan, jonka kautta menee sitten hoitoon”

”Tai sitten käyttäydytään silmiin pistävän omituisesti niin psykiatria kaappaa ja pääsee sen kautta hoidon piiriin.

Ulkopuolisten toimijoiden kuten terveyskeskussairaaloiden, psykiatrisen päivystyksen ja poliklinikan, A-klinikan, H-klinikan sekä katkaisuhoidon kanssa on käyty paljon yhteistyöneuvotteluja. Terveyskeskuksen kanssa ei ole neuvoteltu, koska yhteistyö heidän kanssa on hyvin sujuvaa ja toimivaa. Yhteistyö muiden tahojen ja toimijoiden kanssa on sujuvaa ja sairaanhoitajat kokevatkin saavansa apua sitä kysyttäessä. Sosiaalipuolen kanssa on hyvää yhteistyötä. Tällä hetkellä on myös hyvät konsultaa-

tiokanavat psykiatria. Nykyinen hyvä yhteistyö on pitkän aikavälin tulos, joka on saavutettu yhteisillä neuvotteluilla. Asumispäivystyksen nykyinen tila on vaatinut perusteluja toiminnan kehittämiseksi.

Haastattelussa ilmeni, että päihdeongelmaisen asiakkaan tulisi olla raitis ennen psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsyä. Jos asiakkaalla on samanaikainen alkoholiongelma sekä mielenterveysongelma, niin psykiatrisen puolelle hoitoon pääsy vaikeutuu. Esimerkkinä mainittiin, kuinka alkoholiongelmainen on lähetetty psykiatriseen erikoissairaanhoidon, mutta hoidon esteeksi on muodostunut asiakkaan päihdeongelma. Tämän vuoksi asiakas on lähetetty takaisin lähettävälle taholle. Kyseiset asiakkaat ovat väliinputoajia terveydenhuollon järjestelmässä. Asiakkaat tarvitsisivat hoitoa, mutta eivät sitä saa.

Sairaanhoitajien mukaan päihdeongelmaisen hoidossa tärkeitä on lähteä perusterveydenhuollosta liikkeelle, eli käytännössä säilyttää kontakti asiakkaan omaan terveysasemaan. Erikoissairaanhoidosta psykiatria on tärkein hoitokontakti. Hoitokontaktin luominen, ohjaaminen sekä aikojen varaaminen terveysasemaan ja erikoissairaanhoidon koetaan helpoksi. Asumispäivystyksen työntekijä voi etsiä ja tarjota hoitoa, mutta asiakkaalla on itsemääräämisoikeus ottaako apua vastaan vai ei.

### 8.2.1 Asumispäivystyksen toiminnan kehittäminen

Haastatteluissa korostui asumispäivystyksen nykyinen hyvä tilanne sekä hyvät resurssit. Asumispäivystyksen toimintaympäristöön ei ehdotettu mitään radikaaleja uusia toimenpiteitä tai palveluita lisättäväksi, koska suoranaisia palvelupuutteita ei ole. Yhteistyö on kehittynyt eri palveluiden ja toimijoiden kanssa ja vaatii että sitä tehdään edelleen ja pidetään yllä. Haastateltavat olivat yhtä mieltä siitä, että asumispäivystyksen tehtävä on enemmänkin ohjata asiakkaita palveluiden ääreen kuin toteuttaa sitä paikan päällä, koska harva asiakas kykenee raittiuteen tai raitistuisi asumispäivystyksessä. Asiakas tarvitsee avustavan henkilön, terveydenhuollon ammattilaisen ohjaamaan ja tukemaan palveluiden ja hoidon piiriin.

Osan sairaanhoitajien mielestä asumispäivystyksen toimintaa voisi kehittää pidentämällä aukioloaikoja asiakkaille. Kellonaikoja ja rajoituksia voisi muokata ja asumispäivystys voisi olla nimensä mukaisesti auki läpi yön eli ympärivuorokautisesti.

Haastateltavat sairaanhoitajat toivoivat enemmän kriisityön osaamista asumispäivystykseen. Asumispäivystyksen toimintaa voisi laajentaa enemmän kriisiasiakkaiden vastaanottoon laajemmassa mittakaavassa. Erinäisten sosiaalisten pakkotilanteiden kuten perheväkivallan kohdalla sisäänottokriteerejä voitaisiin muuttaa. Ehdotettiin että kriisityöntekijä voisi päivystää Koisorannassa vastaamassa asiakkaiden tarpeisiin ja niiden jotka eivät muuten ole palvelukeskuksen asiakkaita vaan kriisin vuoksi asumispäivystyksessä olevia.

Suunhoidon tehostaminen tuli myös esille. Asiakkailla, etenkin huumeiden korvaushoitolisilla lääkkeet vaikuttavat negatiivisella tavalla hampaisiin. Asumispäivystyksessä voisi olla esimerkiksi suuhygienisti paikalla määrätyn ajoin ja tehdä säännöllisiä suun ja hampaiden terveystarkastuksia.

## **9 Pohdinta**

Opinnäytetyössä saatuja tuloksia verrataan aikaisempaan tutkittuun tietoon. Pohdinnassa tarkastellaan myös opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. Teemahaastattelun tuloksista saatiin vastauksia tutkimustehtäviin asunnottoman päihdeidenkäyttäjän terveysongelmiin sekä terveyspalvelujen saatavuuteen. Opinnäytetyö tähtää asiakaspalvelun laadun parantamiseen päihdehoitotyössä.

### **9.1 Tulosten tarkastelu**

Opinnäytetyön tulosten mukaan asunnottomuuteen liittyy usein nuoruuden ongelmat, joihin kuuluu mm. sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyviä ongelmia. Päihde- ja mielen-terveysongelmat ovat usein syynä asunnottomuuden taustalla. (Hirvilammi, Laatu 2008: 57.) Luntamo (2012) toteaa asunnottomien hakeutuvan huonommin perusterveydenhuollon palveluihin Helsingissä. Palveluihin hakeutumisesta sekä saatavuudesta heikentää mielen-terveysongelmat sekä alentunut toimintakyky. Tulosten mukaan Vantaalla asumispäivystyksen asiakas on hakeutunut peruspalveluiden piiriin ja heiltä löytyy jonkinlainen kontakti terveyskeskukseen. Asiakkaat ovat myös yleisesti tietoisia vantaalla tarjottavista terveydenhuollon palveluista ja saavat palveluita halutessaan.

Luntamon (2012) mukaan asunnottomilla tavataan yleisesti enemmän eri psyykkisiä sekä somaattisia sairauksia kuin valtaväestöllä. Päihteiden käytöllä on tunnetusti vaikutusta psyykkisten sairauksien synnylle, skitsofrenia, persoonallisuushäiriö, kaksoisdiagnoosit sekä masennus ovat hyvin tyypillisiä psyykkisiä sairauksia. (Dahl 2002: 456) Tämä tulee esille myös opinnäytetyön tuloksissa. Haastattelun perusteella ei voida suoraan verrata, johtuvatko mielenterveysongelmat päihteidenkäytöstä vaikka ne liittyvät olennaisesti toisiinsa.

Asumispäivystyksessä tavataan asiakkaila laajalti eri kansansairauksia. Yleisimpiä sairauksia ovat sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, masennus ja skitsofrenia. Sydän- ja verenkiertosairauksia eli tyypillisiä kansantauteja esiintyy normaaliväestön ohella myös asumispäivystyksen asiakkaila. Sydän- ja verenkiertosairaudet on yhdistetty perinteisesti elämäntapoihin, esimerkiksi alkoholin liikakäyttäjillä verenpaineen kohoaminen altistaa sepelvaltimotaudille ja verenkiertohäiriöille aivoissa. (Duodecim. Terveyskirjasto 2012.) Haastatteluissa kuitenkin ilmeni että päihteettömyys ei estä sairauksien puhkeamista johtuen niiden yleisyydestä mutta lisää sairastumisen riskiä. Runsaan alkoholinkäytön nähtiin olevan yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen, masennukseen, erinäisiin elinsairauksiin sekä tapaturmien syntyyn. Alkoholin aiheuttamien tapaturmien vuoksi joudutaan yhteiskunnalle kalliiseen päivystysluonteiseen hoitoon. Tulosten mukaan päihdeongelmaiset pääsevät hoidon piiriin sairaalan päivystyksen kautta tai silmiin pistävän epänormaalin käyttäytymisen vuoksi.

Koisorannassa hoitoon sitoutumattomuus nähdään olevan suurin yksittäinen tekijä, joka estää hoidon etenemisen asiakkaila. Kyngäs (2009) tiivistää hoitoon sitoutumisen olevan henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista, suunnitelmallisuuden sekä ratkaisujen toteuttamista hoidossa ja vastuun ottamista omasta hoidosta. Opinnäytetyön tulosten mukaan, asiakkaila on pystytty laatimaan moniammatillisessa yhteistyössä hoitosuunnitelma. Hoito on kuitenkin joissain tapauksissa jäänyt toteutumatta asiakkaiden lähdettyä asumispäivystyksestä. Leino-Kilpi (2010) korostaa asiakkaan itsenäisyyttä sekä itsemääräämisoikeutta, joka on perusarvo länsimaissa. Tuloksissa selviää sairaanhoitajien tiedostavan asiakkaan autonomian hyvin selkeästi. Asiakkaiden kanssa tehdään työtä heidän avuntarpeen mukaan, mutta hoidon toteutuminen riippuu täysin asiakkaasta itsestään.

Pitkänen (2012) tuo esille mielenterveyspotilaiden aseman olevan huono yleisesti mitattuna. Mielenterveyspotilaiden hyväksi laadittu Mieli 2009 –työryhmän tarkoitus on

tuoda informaatiota esille ja samalla parantaa mielenterveysasiakkaiden tietoisuutta hoidon toteutuksesta sekä itsemääräämisoikeuksista. Opinnäytetyön tulosten perusteella asumispäivystyksen asiakkaat ovat tietoisia Vantaalla tarjottavista palveluista. Syynä oman terveyden laiminlyönnille on lähes poikkeuksetta päihteen käyttö, hoitamaton sairaus tai sairauden tunnottomuus.

Laitila (2012) tuo esille hoitohenkilökunnan asenteiden sekä ammattitaidon merkityksen kohdatessa asiakkaita. Tuloksissa nousi esille asiakkaiden sekä henkilökunnan yhteistyöhön liittyviä inhimillisiä piirteitä. Ihmisten vuorovaikutukseen työelämässä vaikuttaa henkilökemiat, joka toisinaan vaikuttaa hoitokontaktin syntymiseen. Tuloksissa nähdään koisorannan asumispäivystyksessä työntekijöiden ammattitaidon olevan kuitenkin hyvää.

Asunnottomalla päihdeongelmallisella ilmenneet hoitamattomat terveystarpeet eivät ole yhteydessä terveydenhuollon saatavuuteen Vantaalla. Sairaanhoidajien mielestä asumispäivystyksen asiakkaat saavat tarvittavia terveydenhuollon palveluja ja osaavat hakeutua perusterveydenhuollon pariin halutessaan. Hoidon saatavuuteen ja laatuun ei sairaanhoidajien mielestä vaikuta ihmisen sosiaalinen asema. Terveyskeskuksen roolia asiakkaiden terveydenhoitamisessa pidetään hyvin tärkeänä. Perustarpeena pidetäänkin kontaktia omaan terveystakeskukseen.

Lappalainen (2008) selventää, että kaupunkien ja kuntien on kyettävä tarjoamaan päihderiippuvuutta kärsiville palveluita ympärivuorokautisesti. Tulosten perusteella Vantaan kaupunki pystyy tarjoamaan ympärivuorokautista hoitoa asiakkaille. Tuloksissa selviää, että päihdehoitotyöhön on olemassa hyvät resurssit asumispäivystyksessä. Työyhteisön kiireettömyys antaa mahdollisuuden paneutua kunkin avuntarvitsijan ongelmaan.

Nousiainen (2009) tuo esille asumispäivystyksen tarkoituksen selvittää mahdollisia fyysisiä ongelmia, luoda hoitotarpeen kartoitus sekä mahdollistaa päihteettömän päivän viettämistä asumispäivystyksessä. Koisorannan tehtävä on tuloksien mukaan ohjata asiakas tarvitsemansa avunpiiriin, eikä niinkään hoitaa asiakasta paikanpäällä. Opinnäytetyössä nousi esille asumispäivystyksen mahdollisuus aloittaa katkaisuhoidon Koisorannassa. Päihdeasiakkaan hoitopolun katkeaminen on mahdollista, kun asiakas siirtyy yksiköstä tai palvelusta toiseen (Lappalainen – Lehto ym. 2008: 130–132, 260). A-klinikkaa voidaan kuitenkin käyttää katkaisuhoidossa ja tuloksissa ilmeni mahdollisuus

järjestää katkaisuhuolto Espoossa Vantaan asiakkaille, jos Vantaalla ei ole katkaisuhuoltopaikkoja vapaana.

Opinnäytetyön mukaan asiakkaat ovat käyttäneet peruspalveluita Vantaalla ennen asumispäivystykseen tuloa. Holmberg (2010) pitää peruspalveluina terveyskeskusta, matalan kynnyksen neuvontapisteestä aina erikoissairaanhoidon asti. Peruspalvelut näin ollen kattavat kaikki julkisen sektorin tarjoamat terveys- ja sosiaalialan palvelut. Tuloksissa esiintyi, kuinka kaksoisdiagnoosiasiakkaat ovat hoidon saannissa väliinpuoltoajia, koska psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsy edellyttää määrätyn ajan kestävyyttä päihdeettömyyttä. Kaksoisdiagnoosiasiakkaalla on samanaikainen päihdehäiriö ja vähintään yksi mielenterveyden häiriö. Mielenterveys- ja päihdeasiakkailla on ollut yleensä erilliset hoitopaikat, joka voi heikentää hoidon toteutusta. Tämän vuoksi samanaikaiset mielenterveys- ja päihdeongelmat olisi hyvä hoitaa integroidusti samassa yksikössä, koska päihdeongelmaisella on usein myös elämänhallintaan ja mielenterveyteen liittyviä ongelmia joiden hoito vaatii erityisosaamista ja moniammatillista työryhmää. Hoidon lisäksi tarjottavat asumispalvelut, tukitoimet ja palveluohjaus myötävaikuttavat kokonaisuhoitoon.

Suojasalmi (2009) toteaa kuinka erilaiset hoitokäytännöt ja mielenterveys- ja päihdehoitopaikkojen toimintakulttuurit muodostavat esteen palveluihin pääsemiselle. Psykiatriseen erikoissairaanhoidon pääsyyn vaaditaan yleensä lääkärin kirjoittama lähete sekä diagnosoitu mielenterveyden häiriö. Päihdepalveluihin voidaan usein taas hakeutua ilman lähetettä ja oma-aloitteisesti matalan kynnyksen periaatteella. Palvelujärjestelmää tulisi kehittää integroidun hoitomallin suuntaan jossa asiakkaat saisivat samanaikaista apua mielenterveys ja päihdeongelmaan samassa yksikössä.

Olivat terveydenhoidolliset puutteet mitä tahansa, ensimmäinen asia on pureutua päihdeongelmaan ja vasta sitten mahdollistuu asiakkaan kokonaisvaltainen hoitaminen. Asumispäivystyksessä lähdetäänkin perusterveydenhuollon kontaktista liikkeelle asiakkaiden kanssa. Päihdeongelmaisellakin asiakkaalla on oikeus terveydenhuollon palveluihin. Päihdeongelmaisella tavatut terveysongelmat ovat suurimmalla osalla seurausta runsaasta päihdeiden käytöstä. Päihdeiden täyttämä elämäntapa altistaa oman terveyden laiminlyömiselle. Sovitut tapaamiset eivät toteudu hoitohenkilökunnan kanssa, lääkahoito on katkonaista lääkekuurien keskeytyessä tai lääkkeiden käyttö on satunnaista tai olematonta. Sairaudet olisi voitu huomata aikaisemmin mahdollisilla terveystarkastuksilla, mutta mitään sairautta ei välttämättä kokonaan olisi voitu estää, sillä kansan-

tautien sairastavuus on yleistä päihdeettömänkin väestön keskuudessa. Mahdollinen oireiden huomioiminen on sivuutettu, eikä hoitoon ole hakeuduttu ajoissa.

Koisorannan asumispäivystys kykenee järjestämään tarvittavia palveluita apua hakeville asiakkaille. Yhteistyö psykiatrian palveluiden sekä terveyskeskuksen kanssa on hyvää tällä hetkellä. Moniammatillinen yhteistyö eri tahojen kanssa mahdollistaa asiakkaiden hoitopolun suunnittelemisen ja toteuttamisen. Koisoranta on osa Vantaalla järjestettävää päihdehoitopalvelua, joka profiloituu matalankynnyksen asumispäivystykseenä. Asumispäivystyksen tehtävä on kuitenkin enemmän ohjata asiakas hoidon piiriin kuin hoitaa asiakasta itse.

Koisorannan asumispäivystyksessä nähtiin kehitettävää vastaanoton pidentämistä ympärivuorokautiseksi, jolloin asiakas pääsisi päivystykseen kellonajasta riippumatta. Perheiden tai yksittäisten henkilöiden vastaanottamista kriisiyöksi haluttaisiin lisätä. Sisäänpääsykriteerit asunnoton, päihdeongelmainen sekä vantaalainen, haluttaisiin sivuttaa kriisitilanteissa, jolloin asumispäivystyksen toiminta laajenisi. Suunhoidon lisääminen palvelu ympäristöön nousi myös esille kehittämiseksi. Ojanen (2012) tuo esille päihdeasiakkaiden moniongelmaisuuksien, joka näkyy asiakasryhmässä myös suuhygienian laiminlyöntinä.

Opinnäytetyön tuloksissa ilmeni vähemmän päihdeongelmaisen sairauksia, kuin mitä opinnäytetyön teoriaosassa tulee ilmi. Haastateltavat mainitsivat päihdeongelmaisella esiintyvän lukuisia erinäisiä sairauksia. Haastateltavat eivät esimerkiksi tuoneet ilmi infektiosairauksia, jotka Sallaspuro (2003) mainitsee olevan kasvussa huumeiden käyttäjien keskuudessa. Erinäiset sisäelinvammat, maksakirroosi sekä ruuansulatus ongelmat eivät haastatteluissa nousseet esille.

Tuloksien keräämistä olisi voitu haastattelussa tehostaa rajaamalla tutkimustehtäviä tarkemmin. Lisäkysymysten kohdentaminen olisi myös voinut tuoda paremmin terveysongelmia esille sekä palveluiden tarvetta. Teemahaastattelun järjestäminen ryhmähaastatteluna olisi voinut tuoda enemmän näkökulmia asunnottoman päihdeongelmaisen terveyspalveluiden saatavuuteen. Ryhmähaastattelu olisi voinut saada sairaanhoitajia pohtimaan ja keskustelemaan haastattelu-teemoista, joka olisi lisännyt saatuja tuloksia. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2009: 95.)

## 9.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyötä on tehnyt kaksi henkilöä, jossa on työskennelty sekä yksitellen että yhdessä. Yhdessä työskenteleminen on estänyt sokeutumisen tutkimukselle. Analyysi-prosessi ja tulokset on pyritty kuvaamaan selkeästi ja ymmärrettävästi tutkimusmenetelmissä. Tulokset on puhtaaksi kirjoitettu sekä tutkimustuloksiin on lisätty havainnointikuva analyysimenetelmästä. (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2009: 159–160.) Tuloksissa esitetyt alkuperäisilmaukset vahvistavat tulosten luotettavuutta.

Haastatteluun osallistui vapaaehtoisesti kolme sairaanhoitajaa, jotka olivat työskennelleet Koisorannassa eripituisen ajan. Pisin työkokemus Koisorannasta oli sen perustamisesta lähtien eli kuusi vuotta. Toinen haastateltavista oli työskennellyt neljä vuotta ja kolmas henkilö kaksi kuukautta. Jokaisella haastateltavalla oli mielenterveys- ja päihdehoitotyöstä yli kymmenen vuoden työkokemus. Sisäistä validiteettia tapahtui valikoitumisena, koska tutkimusryhmänä toimivat ainoastaan sairaanhoitajat ja opinnäytetyössä tuodaan esille vain heidän näkemyksensä. (Kankkunen - Vehviläinen- Julkunen 2009: 158.)

Tutkimuksessa käytettiin teemahaastattelua ja jokaiselle haastateltavalle esitettiin kaksi samaa kysymystä, joita täydennettiin apukysymyksillä haastattelun aikana. Jokaiselle haastateltavalle lähetettiin etukäteen sähköisesti opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Näin haastateltavat pystyivät valmistautumaan tutkimukseen joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 73.) Teemahaastattelun tekeminen antoi enemmän liikkumavaraa haastattelutilanteessa, toisinkuin kirjallinen kysely. Ennen haastattelua apukysymykset oli mietitty valmiiksi ohjaamaan tarvittaessa keskustelun etenemistä ja täsmentämään kysymyksiä. Haastatteluroolit oli sovittu etukäteen perehtymällä omaan haastatteluteemaan syvemmin.

Haastattelu tapahtui anonymisti, jonka alussa kerrattiin haastateltaville tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet. Haastattelu suoritettiin yksilöhaastatteluna. Näin jokainen haastateltava sai kertoa mielipiteensä ja näkemyksensä ilman ulkoisia paineita. Haastattelutilaksi valikoitui sairaanhoitajien oma työhuone. Haastattelussa täytyi selventää kysymyksiä paikoitellen, mutta suoraa ohjaamista haluttuun vastaukseen ei tehty. (Kankkunen - Vehviläinen 2009: 176.) Haastattelussa ilmeni sairaanhoitajien yksilölliset näkemykset ja kokemukset päihdehoitotyössä ilmenevistä terveystarpeista (Alasuutari 2011: 95).



### 9.3 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimus vaatii Vantaan Kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen Tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinaatio ryhmän (TUTKE) myöntämän tutkimuslupan. Tutkimuslupa myönnetään vain kyseistä tutkimusta varten. Tutkimukseen osallistuvat henkilöt saavat vapaasti valita osallistumisesta haastatteluun. Haastateltavilla on myös vapaus keskeyttää haastattelu haastattelutilanteen aikana ja kieltää heidän antaman aineiston käytön tutkimusta varten. Näin haastateltavien itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan. (Tuomi 2007: 145–146.)

Laadullisessa tutkimuksessa korostuu eettisyyden merkitys. Haastattelutilanne on lähellä normaalia vuorovaikutus tilannetta, joka korostaa tutkijan vastuuta tutkimusmateriaalin käytöstä. Haastattelun käyttäminen tutkimuksessa helpottaa aineiston keräämistä ja samalla antaa mahdollisuuden esittää lisäkysymyksiä haastateltavilta. Haastattelu suoritetaan anonyyminä jolloin haastateltavien henkilöllisyys ei tule selville ja näin osallistujan yksityisyyttä kunnioitetaan. Puolistrukturoitu teemahaastattelu rajaa haastattelun sisällön, jolloin haastattelun eettisyys selkiytyy. Haastateltavat kertovat asiakkaista ainoastaan haastatteluteemaan liittyviä asioita, jolloin materiaali vastaa tutkimuskysymyksiin ja tukee koko opinnäytetyötä. Tutkimuksen luotettavuus nojaa hoitohenkilökunnan antamiin tietoihin ja aikaisempaan tutkittuun materiaaliin. Tutkimushaastattelu sisältää eettisiä kysymyksiä, vaikka tutkimuksessa ei olla suoraan kontaktissa tutkimuksen kohderyhmään. Haastateltavina ovat Koisorannan henkilökunta, joita sitoo vaitiolovelvollisuus asiakkaiden henkilötiedoista. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 125–129.)

Saatekirjeessä kerrotaan tulevasta tutkimuksesta, jossa mainitaan tutkimuksen aihe ja tarkoitus. Saatekirjeen kautta haastateltavat tietävät tutkimuksesta, tutkimuksen tarkoituksesta, haastattelujen äänittämisestä sekä äänitteiden asianmukaisesta hävittämisestä tutkimuksen jälkeen. Perustietojen ollessa saatavilla haastateltavat voivat vapaaehtoisesti päättää osallistuvatko he tutkimukseen. (Kuula 2006: 61–64) Haastateltaville esitetään valmiit aiheet etukäteen, jolloin he saavat riittävästi tietoa ja aikaa valmistautua. Haastatteluaineisto on tällöin monipuolista ja kattavaa. (Tuomi - Sarajärvi 2009: 73.)

### 9.4 Opinnäytetyön hyödynnettävyys

Tulokset antavat tietoa vantaan päihdeasiakkaiden terveystarpeista ja palveluiden saatavuudesta. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää asiakaspalvelun laadun parantamisessa päihde- ja mielenterveyshoitotyössä. Opinnäytetyö luovutetaan Koisorannan käyttöön jolloin saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Vantaan Koisorannan asumispäivystyksen toiminnassa ja palveluiden suunnittelussa.

Lähteet

Alasuutari, Pertti 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Riika: Inprint

Alkoholiongelmiaisten hoito. Käypä hoito -suositus. 21.4.2010

Verkkodokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>.

Luettu 9.12.2012

Alkoholisairauksien hoito terveydenhuollossa 2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Verkkodokumentti. [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr01\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr01_11.pdf) Luettu

11.12.2012

Bode, Michaela – Karttunen, Ari – Karttunen, Vesa – Jartti, Pekka 2006. Alkoholinkäyt-  
töön liittyvät aivojen radiologiset löydökset. Verkkodokumentti

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo95522.pdf> Luettu 4.1.2013

Dahl, Päivi – Hirschovits, Tanja 2002. Tästä on kyse - tietoa päihteistä. Helsinki: YAD  
Youth Against Drugs ry.

Employment, social affairs & inclusion 2010: European Consensus Conference on  
Homelessness. Verkkodokumentti

<http://www.ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6355&langId=fi> Luettu 19.12.2012

Erkkilä, Elisabet – Stenius–Ayoade, Agnes 2009. Asunnottomat vastaanottoyksiköissä.  
Helsinki: Socca.

Forsell, Martta – Virtanen, Ari – Jääskeläinen, Marke – Alho, Hannu – Partanen, Airi  
2010. Huuometilanne Suomessa. Helsinki: Yliopistopaino.

Haastattelutavat. Tilastokeskus.

<http://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/>

Hillbom, Matti – Marttila, Maria 2010. Vitamiinipuutosten aiheuttamat enkefalopatit.  
Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 18/2010. 126:2132–8

Hirvilampi, Tuuli – Laatu, Markku 2008. Toinen Vääräkirja. Lähikuvia sosiaalisista  
epäkohdista. Helsinki: Kela.

Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2010. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, Jan 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.

Huttunen, Jussi 2012. Alkoholi ja terveys. Terveyskirjasto 18.9.2012  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01120](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120)

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen–Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY

Kampman, Olli 2005. Hoitomyöntyvyys psyykenlääkkeitä käyttävillä. Suomen lääkäri-lehti 11/2005, 1285 – 1289.

Koulu, Markku – Mervaala, Eero – Tuomisto, Jouko 2012. Farmakologia ja Toksikologia. Porvoo: Bookwell Oy.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Tampere: Vastapaino.

Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo: Wsoy

Laine, Terhi – Hyväri, Susanna – Vuokila–Oikkonen, Päivi 2010. Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi

Laitila, Minna – Pietilä, Anna–Maija 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkiva hoitotyö 1/2012.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Lappalainen – Lehto, Riitta – Romu, Maija – Liisa – Taskinen, Mailis 2007. Haasteena päihdeet – ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.

Leino – Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2006. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Wsoy

Lindqvist, Minna. Vantaa ja päihteet -raportti 2010. Vantaan kaupunki.

Verkkodokumentti.

[http://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/68732\\_Vantaa\\_ja\\_paihteet2010.pdf](http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/68732_Vantaa_ja_paihteet2010.pdf). Luettu 9.11.2012

Luntamo, Mari 2012. Terve asunnoton -hankkeen arviointiraportti. Helsingin kaupunki.

Verkkodokumentti.

<http://www.hel.fi/static/terke/julkaisut/raportit/Terve%20asunnoton%20hankkeen%20arviointiraportti,%20lopullinen.pdf>. Luettu 15.12.2012

Marttinen, Vesa 2012. Vantaa haluaa nollata asunnottomien määrän. Vantaan Sanomat 27.3.2012.

Mustajoki, Pertti 2012. Maksakirroosi. Terveyskirjasto.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00044](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00044)

Mäkelä, Rauno 2010. Juoppohulluus ja muut alkoholipsykoosit. Päihdelinkki.

[www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/236-juoppohulluus-ja-muut-alkoholipsykoosit](http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/236-juoppohulluus-ja-muut-alkoholipsykoosit).

Nousiainen, Kirsi – Sunikka, Sanna 2009. Asunnottomuuskirja 2. Ensisuojasta moniammatilliseksi palvelukeskukseksi. Verkkodokumentti

[http://www.socca.fi/files/70/Asunnottomuuskirja2\\_ensisuojasta\\_moniammatilliseksi\\_palvelukeskukseksi.pdf](http://www.socca.fi/files/70/Asunnottomuuskirja2_ensisuojasta_moniammatilliseksi_palvelukeskukseksi.pdf) Luettu 12.12.2012

Nyyssölä, Saara – Ahola, Hannu 2012. Selvityksiä 1/2012. Asunnottomat 2011. Verkkodokumentti.

<http://www.ara.fi/download/noname/%7B55075225-A178-4FAF-83C5-585ABFDD32E5%7D/22535>. Luettu 16.2.2012

Ojanen, Soila 2012. Päihdeongelma pitää huomata ajoissa. Sairaanhoitaja 4/2012.

Pitkänen, Anneli – Mäki, Katri – Salminen, Anna – Stiina – Kaunonen, Marja 2012.

Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedonsaannin tukena. Tutkiva Hoitotyö 4/2012.

Poikolainen, Kari 2005. Alkoholien terveyshaitat. Päihdelinkki.

<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/233-alkoholin-terveyshaitat>

Repo, Päivi 2013. Suomessa Euroopan eniten maksakirrooseja. Helsingin Sanomat 25.2.2013.

Rinne, Riitta 2003. Ei-perinnöllinen, aikuisiän määrittämätön etenevä ataksiasairaus eli IDCA. MS-Liitto. <http://www.ms-liitto.fi/idca>

Salaspuro, Mikko – Kiianmaa, Kalervo – Seppä, Kaija. 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus

Seppä, Kaija – Aalto, Mauri – Alho, Hannu – Kiianmaa, Kalervo 2012. Huume- ja lääke-riippuvuudet. Helsinki: Duodecim.

THL ja OPH tiedottavat: Nuorten syrjäytyminen voidaan ehkäistä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=30529](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=30529). Luettu 14.1.2013

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Vantaan kaupunki. Verkkodokumentti.

[http://www.vantaa.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/68732\\_Vantaa\\_ja\\_paihteet2010.pdf](http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/68732_Vantaa_ja_paihteet2010.pdf) Luettu 12.02.2013

10.01.2013

## Saatekirje

Hyvä haastatteluun osallistuja

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötä asunnottoman päihteidenkäyttäjän terveysongelmista – terveystarpeiden tarpeesta ja saatavuudesta Koisorannassa. Tavoitteena on kehittää asiakkaille tarjottuja palveluita sekä palveluiden laatua. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää seuraavilla kysymyksillä asukkaiden hoitamattomia terveysongelmia sekä terveystarpeita. Vantaan Kaupungin Sosiaali- ja terveystoimen Tutkimus- ja kehittämistoiminnan koordinaatio ryhmä (TUTKE) on myöntänyt opinnäytetyötä varten tutkimusluvan 30.1.2013.

Haastattelussa esitettävät kysymykset liittyvät

1. Terveystarpeisiin
2. Terveystarpeiden tarpeisiin.

Haastattelut tehdään 2013 Helmikuun aikana, etukäteen ilmoitetulla ajalla. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Tulemme haastattelemaan jokaista sairaanhoitajaa yksitellen. Käytämme haastattelujen taltiointiin sanelukonetta opinnäytetyötä varten. Haastatteluun on varattu 30 minuuttia haastateltavaa kohden. Aineistoa tullaan käsittelemään luottamuksellisesti, siten ettei haastateltavien henkilöllisyys paljastu. Noudattamme salassapitovelvollisuuksia ja tietosuojasäännöksiä emmekä luovuta kerättyjä tietoja muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty. Nauhoitetut haastattelut hävitetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Ystävällisin terveisin,

Alex Nyman  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Alex.Nyman@metropolia.fi

Panu Rätty  
Sairaanhoitajaopiskelija  
Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Panu.Ratty@metropolia.fi

## Haastattelukysymykset

1. Mitä terveydenhoidollisia toteutumattomia tarpeita on kohdattu asumispäivystyksessä?
  - Minkälaisia sairauksia asukkailla on ollut Koisorantaan tullessa?
  - Onko ollut psyykkisiä vai somaattisia sairauksia?
  - Miksi sairauksia on esiintynyt asukkailla?
  - Olisiko sairaudet voitu välttää?
  
2. Minkälaisia terveysten palveluja asumispäivystyksen asiakas tarvitsee?
  - Pystyykö Koisoranta vastaamaan asukkaiden tarpeisiin?
  - Pystyykö asumispäivystys ohjaamaan asukkaat lisäpalveluiden pariin?
  - Huomaako työntekijät avuntarpeet?



Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat	Pääluokka
”Ensimmäisenä tulee mieleen diabetes ja verenpainetauti”	Diabetes	Päihdeongelman sairaudet	Päihdeongelman toteutumattomat terveystarpeet	Asun- not- toman päih- teiden den- käyt- täjän terve- yson- gel- mat
	Verenpainetauti			
”Skitsofreniaa sairastavat ihmiset on niin kuin yli edustettuna”	Skitsofrenia yliedustettuna			
”Erinäiset muut alkoholin käyttö liitännäissairaudet, neuropatia oireet”	Alkoholinkäytön liitännäissairaudet			
	Neuropatia oireet			
”...mutta tällaiset tyypilliset kansantaudit”	Tyypilliset kansansairaudet			
”...alkoholin liikakäyttö, kenties huumeiden liikakäyttö tai muuta vastaavaa niin siinä hän seuraa aina ei välttämättä niin hyviä asioita ”	Alkoholin liikakäyttö			
	Huumeiden liikakäyttö			

"Kaksoisdiagnoosi asiakkaita on"	Kaksoisdiagnoosiasiakkaat			
"Hyvin laajakirjoisesti kaikkia muuta, mitä psykiatrian kentästä löytyy"	Laajakirjoisesti eri mielenveysongelmia			
"kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia on"	Kaksisuuntainen mielialahäiriö			
"...persoonallisuushäiriö, jonkin sorttinen lähes jokaisella asiakkaalla"	Persoonallisuushäiriö			
"...mutta tietenkin alidiagnosoitu masennus on yks kanssa aika tyypillinen"	Alidiagnosoitu masennus			

<p>"Ne ketkä sairastaa hankalia tauteja, kyllä heidän on helpompi ajautua tänne"</p>	<p>Vaikeasti sairaat ajautuvat asumispäivystykseen</p>				
<p>"ongelmat on alkanut aikoja sitten, kenties ihan sieltä nuoruusiästä lähtien"</p>	<p>Nuoruusiän ongelmat</p>	<p>Hoitoon sitoutuminen</p>			
<p>"Ihmisillä on ehkä diagnosoitukin skitsofrenia mutta täysin hoitoa vaille."</p>	<p>Diagnosoitu hoitamaton skitsofrenia</p>				
<p>"...yleensäkin tällaiset sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät ongelmat"</p>	<p>Sosiaalisen kanssakäymisen ongelmat</p>				
<p>"Aktiivinen juominen estää sairauksien huomaamisen, sairauksien huomiointi jää toteutumatta"</p>	<p>Aktiivinen juominen Sairauksien huomiotta jättäminen</p>				
<p>"...juovia ihmisiä on, jotka on hoitanut omaa terveyttään hyvin"</p>	<p>Omasta terveydestä huolehtiminen</p>				

"...ihminen käyttää päihteitä, sovitut tapaamiset ei toteudu, ei huomata mennä varatuille ajoille"	Tapaamisiin menemättä jättäminen			
Lääkehoidot jää kesken tai tyystin toteutumatta"	Lääkehoidon keskeytyminen			
"Katuelämää viettävät ovat kaikkein huonoimmin hoidon tavoitettavissa oleva ryhmä"	Kadulla elävät huonointen tavoitettavissa			
"Tyypillisiä kansantauteja päihteidenkäytön takia jäänyt hoitamatta"	Oman hoidon laiminlyönti			
"Asiakkaan sitoutumattomuus hoitoon on ongelma"	Hoitoon sitoutumattomuus			

"Päihteinen elämäntapa estää hoitopolun tai suunnitelman laatimista"	Päihteinen elämäntapa			
"...vantaalla asuvat henkilöt, ne on pystynyt hakeutumaan näitten peruspalveluiden pariin"	Hakeutuminen peruspalveluiden pariin	Hakeutuminen terveyspalveluiden piiriin	Päihdeongelmaisen palveluiden saattavuus	
"Sosiaalinen status ei sinällään vaikuta saako hoito vai ei"	Sosiaalinen asema			
"Kyse ei ole siitä että palveluita saisi, vaan juova elämäntapaa viettävä ei tule hakeuduttua palveluihin"	Palveluita tarjolla			
	Juova elämäntapa			

"...ei se ole onni eikä autuus että jos joku lähtee hakemaan apua, että sitä sit saa"	Avun hakeminen		
"Yllättävän hyvin asunnottomatkin ihmiset käyttävät ja saavat näitä kaupungin tarjoamia palveluita"	Palveluiden käyttö		
"Tapaturma asiakkaat menevät päivystykseen"	Tapaturmat	Hoitoonohjaus muuta kautta	

<p>"...käyttäytyy silmiinpistävästi omittavasti niin psykiatria kaappaa ja pääsee hoidon piiriin"</p>	<p>Epänormaali käyttäytyminen</p>		
<p>"Yhteistyö päihde- ja psykiatrian toimijoiden kanssa on sujuvaa"</p>	<p>Ammatillinen yhteistyö</p>	<p>Yhteistyön toimivuus mielenterveys- ja päihdetyössä</p>	
<p>"Nyt on hyvät konsultaatio kanavat psykiatriaan"</p>	<p>Konsultaatioyhteys psykiatriaan</p>		
<p>"Erikoissairaanhoidosta psykiatria on tärkein hoitokontakti"</p>	<p>Psykiatria tärkein hoitokontakti</p>		
<p>"Asiakas kykenee saamaan tarjottavia palveluita asumispäivystyksessä mihin vuorokauden aikaan tahansa"</p>	<p>Avunsaaminen asumispäivystyksessä</p>		

<p>"Sosiaalipuolen kanssa yhteistyö toimii"</p>	<p>Yhteistyö sosiaalipuolen kanssa</p>		
<p>"Alkoholi ongelma pitää hoitaa ensin pois ennen kun psykiatrian puolelle pääsee"</p>	<p>Alkoholiongelmaisen psykiatrian puolelle hoitoon pääsy</p>		
<p>"Psykiatrian puolen kanssa voisi kehittää yhteistyötä, asiakkaat saisi sieltä jonkinlaisia henkilökohtaista keskustelu apua"</p>	<p>Keskustelu apu psykiatriasta</p>	<p>Palveluiden kehittäminen</p>	
<p>"Säännöllisiä terveystarkastuksia voisi lisätä"</p>	<p>Terveystarkastusten lisääminen</p>		
<p>"Suunhoitoon voisi parantaa, esimerkiksi korvaushoitolaisilla joilla lääkkeet vaikuttaa hampaisiin"</p>	<p>Suuhygienian lisääminen</p>		



"Voisi laajentaa enemmän kriisi asiakkaille ja joilla kaikki sisäänotto kriteerit eivät täyty"	Kriisiasiakkaiden vastaanotto		
"...myös asunnottomat joilla ei ole päihdetaustaa"	Sisäänottokriteerin muuttaminen		
"Asumispäivystys voisi nimensä mukaisesti olla auki läpi yön eli ympärivuorokautisesti"	Asumispäivystys ympärivuorokautiseksi		
"Kriisityön osaamista enemmän asumispäivystykseen"	Kriisityön osaamisen lisäämistä		
"Perusterveyden huollosta liikkeelle että olisi kontakti omaan terveysasemaan"	Hoitokontaktin luominen terveysasemaan		

"Asumispäivystyksessä on hyvät mahdollisuudet saada apua, hyvät resurssit tällä hetkellä"	Hyvät resurssit asumispäivystyksessä	Päihdeongelman hoitoa edistävät tekijät		
"Laaja osaaminen työssä auttaa terveyden kartoituksessa ja sairauksien tunnistamisessa"	Ammattitaitoinen henkilökunta			
"Avokatkaisuhoito on mahdollista aloittaa ja järjestää asumispäivystyksessä"	Katkaisuhoidon järjestäminen asumispäivystyksessä			



