

Tarja Hakola & Anne Saarinen

# **Katkaisuhoidon kehittäminen potilaiden kokemusten näkökulmasta**

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, Akuuttiosasto

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Hoitotyön Tutkinto- ohjelma

**SeAMK** 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU  
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

## Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma

Suuntautumisvaihtoehto: Sairaanhoidaja (AMK)

Tekijä: Tarja Hakola ja Anne Saarinen

Työn nimi: Katkaisuhoidon kehittäminen potilaiden kokemusten näkökulmasta

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä, Akuuttiosasto

Ohjaaja: Mari Salminen-Tuomaala TtT, Lehtori; Tiina Koskela, TtM, päätoiminen tuntiopettaja

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 68

Liitteiden lukumäärä: 5

---

Päihdepotilaiden katkaisuhoidon järjestäminen on maamme perusterveydenhuoltoon lakisääteisesti sisältyvää toimintaa. Näkyvin päihteidenkäyttäjryhmä terveyskeskusten katkaisuhoidojaksolla on alkoholiriippuvaiset. Terveyskeskusten katkaisuhoidojaksot kestävät vain muutaman päivän, joten laadukkaalla jatkohoidon suunnitelmalla on merkittävä rooli hoitoprosessissa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata päihdekatkaisuhoidossa olleiden potilaiden kokemuksia hoidosta ja hoidon jatkuvuudesta heidän kotiuduttuaan terveyskeskuksen katkaisuhoidojaksolta. Tavoitteena oli, potilaiden subjektiivisia kokemuksia kuvaamalla, tuottaa tietoa, miten jatkohoitoprosessia voisi kehittää terveyskeskuksen akuuttiosastolla.

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä ja se toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna, kyselylomakkeella. Laadullinen tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Tulosten mukaan hoitoon haakeutumisen syitä olivat kykenemättömyys lopettaa juominen, itsetuhoisuus, huoli terveydestä, oma tahto ja oman tilanteen tiedostaminen. Kokemukset katkaisuhoidosta ja henkilökunnan asenteista olivat pääosin myönteisiä. Negatiivisia asioita olivat häpeän tunteen kokeminen ja hoitajien päihteistä puhumisen vieroksuminen. Hoidon koettiin keskittyneen enemmän somaattisten oireiden hoitoon.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää esimerkiksi selvitetessä, miten päihdekatkaisuhoidopotilaan hoitoprosessin ja jatkohoitosuunnitelman kehittäminen, ja hoitavan henkilökunnan vuorovaikutustaitojen syventäminen arkojen aiheiden käsittelyyn vaikuttaisivat alkoholiriippuvuudesta toipumisessa.

Avainsanat: Alkoholiriippuvuus, katkaisuhoido, akuuttiosasto, laadullinen tutkimus

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor Degree Programme in Nursing

Specialisation: District nurse

Author/s: Tarja Hakola and Anne Saarinen

Title of thesis: The development of detoxification from the perspective of patients' experience

Supervisor(s): Mari Salminen-Tuomaala PhD, Senior Lecturer; Tiina Koskela, MNSc, Senior Lecturer

Year: 2017

Number of pages: 68

Number of appendices: 5

---

The organization of detoxification is one of the activities that are legally included in the primary health care. In the medical centre the most prominent group of substance abusers having periods of detoxification are alcoholics. Because detoxification periods take only a few days, high-quality plan of further treatment has a significant role in the treatment process.

The purpose of this thesis was to describe the experience of detoxification and further treatment from patient's point of view after discharged from the ward. The goal was to provide information for developing process of detoxification and further treatment in the acute inpatient ward.

The thesis is based on qualitative research and was carried out in half structured theme interview, using question form.

The data from the interviews were analysed by inductive content analysis. According to the results reasons for seeking treatment were inability to stop drinking, self-destruction, concern for health, own will and awareness of their own situation. Also the results shows, that experiences of detoxification and attitudes of medical personnel were mainly positive. Negative things were experiencing a sense of shame and nurses avoiding talking about drugs. Also the treatment was more focused on treating somatic symptoms.

The results of this thesis can be further used for example in finding out how development of planning further treatment, interaction skills of personnel about discussion of sensitive issues and developing holistic treatment would affect the cycle of substance abuse.

Keywords: alcohol addiction, detoxification, acute inpatient ward, qualitative research

## SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä.....	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
1 JOHDANTO .....	6
2 ONGELMANA ALKOHOLI .....	8
2.1 Alkoholin aiheuttamat terveyshaitat.....	9
2.2 Alkoholiriippuvaisen elämänhallinta .....	13
3 KATKAISUHOITO ELÄMÄNHALLINNAN EDISTÄMISESSÄ .....	14
3.1 Katkaisuhoidon laatuun vaikuttavat tekijät .....	14
3.2 Päihdehuoltoa koskeva lainsäädäntö ja laatusuositukset .....	15
3.2.1 Päihdehuollon lainsäädäntö .....	16
3.2.2 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015.....	18
3.2.3 Käypä hoito-suositus alkoholiongelmaisen hoidosta.....	21
4 SUUPOHJAN PERUSPALVELULIIKELAITOSKUNTAYHTYMÄN (LLKY) PÄIHDESTRATEGIA .....	24
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET .....	30
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	31
6.1 Aineistonkeruu kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa .....	33
6.2 Aineistonkeruu opinnäytetyöhön .....	34
6.3 Toteutus ja analyysi .....	36
7 TULOKSET .....	39
7.1 Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve fyysisen terveyden tukemiseen .....	42
7.1.1 Terveyden edistäminen.....	42
7.1.2 Kokonaisvaltainen ja moniammatillinen hoitotyö.....	43
7.2 Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve psykososiaaliseen tukeen .....	45
7.2.1 Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja etiikka .....	46
7.2.2 Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot.....	47
7.3 Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve jatkohoidon suunnitelmalle ja hoitoonohjaukselle .....	48

7.3.1	Jatkohoidon suunnitelma .....	48
7.3.2	Hoitoonohjaus .....	49
8	POHDINTA .....	50
8.1	Tulosten tarkastelua suhteessa viitekehykseen .....	50
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys .....	55
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	58
	LÄHTEET .....	60
	LIITTEET .....	68

## 1 JOHDANTO

Päihdehuoltolain (L 17.1.1986/41) mukaan terveydenhuollon toimintaan sisältyy la-  
kisääteisesti päihdepotilaiden katkaisuhoidon järjestäminen. Katkaisuhoidolla tar-  
koitetaan lyhytaikaista hoitoa, jonka tarkoituksena saada alkoholin käyttö loppu-  
maan. Hoidon aikana myös pyritään suojaamaan potilasta vakavilta vieroitusoireilta.  
(A-klinikkasäätiö.)

Useimmiten päihdepotilas saapuu terveyskeskuksen katkaisuhoidon humalassa ja  
pitkällisen juomapatken päätteeksi. Potilas saapuu joko itse, läheisen saattamana  
tai läheisen soitettua paikalle ensihoidon. Terveyskeskusosastoilla päihdepotilas  
saa ensiavun vieroitusoireiden ja somaattisten vaivojensa hoitoon. Päihdekatkaisu-  
hoito jää kuitenkin usein kesken tai jatkohoito toteutumatta. Potilas ei pysty sitoutu-  
maan hoitoon, lähtee osastolta vieroitusoirevaiheessa tai jatkaa pian kotiuttami-  
sensa jälkeen päihteen käyttöä. Katkaisuhoidonjaksoja voi yksittäisellä henkilöllä  
olla kymmeniä. Itsemääräämisoikeus on kuitenkin perustuslaillinen ja ehdoton. (L  
11.6.1999/731; Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2015.) Poti-  
laalla on siksi myös lainmukainen oikeus kieltäytyä tarjotusta hoidosta (L  
17.8.1992/785). Tätä on erityisesti epätoivoa kokevan läheisen monesti vaikea ym-  
märtää ja hyväksyä. Päihderiippuvuudesta toipuminen vaatii aina potilaan oman  
motivaation, läheisen toivo ja toivottomuus eivät tätä motivaatiota valitettavasti tuo.

Päihderiippuvuus aiheuttaa monenlaisia haittoja ja kärsimyksiä. Riippuvuus aiheut-  
taa sekä henkilökohtaisen elämän kärsimyksiä että kansantaloudellisia menetyksiä.  
(Alko 2014, 4,9.) Vaikka alkoholiriippuvuusoireyhtymälle (ICD-10-luokitus THL  
2011) on oma, lääketieteellinen sairausluokituksensa, jää potilaan hoitoprosessi  
usein vajaaksi ja tehottomaksi. Tämä johtuu sekä lyhyistä hoitajaksoista että poti-  
laan sairauden kroonisesta, monisyisestä ja itsetuhoisestakin luonteesta. Potilaan  
sairauden vakava ja krooninen luonne vaatii hoitavalta taholta hoidon selkeää suun-  
nitelmallisuutta ja potilaan aitoa halua sitoutua omaan hoitoonsa. Tähän näkökoh-  
taan pyritään tämän opinnäytetyön kautta kiinnittämään huomiota. Aihe on kiinnos-  
tava, sillä perusterveydenhuollon päihdekatkaisuhoidon toteutuu akuuttivaiheessa  
useimmiten terveyskeskusten osastoilla. Terveyskeskusten katkaisuhoidonjaksoilla  
näkyvät myös päihdepotilaiden lyhyiden ja toistuvien hoitosuhteiden ongelmakohtia.

Pyrkimyksenä on tämän opinnäytetyön kautta kehittää, niin omaa, kuin työyhteisönkin hoitotyötä ja päihdekatkaisupotilaan hoitoprosessia vaikuttavampaan suuntaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päihdekatkaisuhoidossa olleiden potilaiden kokemuksia päihdehoidosta ja päihdehoidon jatkuvuudesta heidän kotiutuessaan terveyskeskuksen osastojaksolta. Opinnäytetyön lähtökohtana ovat päihdehoitopotilaiden omat näkemykset päihdepalveluista ja miten niitä heidän kokemustensa mukaan voisi kehittää. Opinnäytetyössä keskitytään terveyskeskuksen akuuttiosastolla tarjottavaan alkoholiriippuvaisen katkaisuhoitoon. Tavoitteena on valita haastateltavaksi potilaita, joilla ei ole diagnosoitu alkoholidementiaa.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa alkoholiriippuvaisen hoitoonohjausmallin kehittämiseksi Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Akuuttiosastolle. Kehittämishaasteena on, että hoitoonohjausmalli jatkohoidon suunnitelman osana sitouttaa päihdepotilaan näkyvämmiin omahoitoonsa ja selkeyttää hoitoprosessia.

Suomalaista, hoitotieteellistä tutkimustietoa päihderiippuvuuden hoidosta potilaan näkökulmasta löytyi, hieman yllättäenkin, äärimmäisen niukasti. Tavoite oli löytää tuoretta ja laadukasta lähdemateriaalia, 5–10 vuoden aikasäteellä, mutta tällä hakumäärällä, suoraan aiheeseen liittyvää materiaalia löytyi ainoastaan kaksi väitöskirjaa. Vastaavasti kotimaista, kirjallista materiaalia riippuvuuksista, päihdehaitoista, eri-ikäisten päihderiippuvuuksista ja päihde- ja mielenterveyspotilaan hoitoprosesseista löytyy kiitettävästi, mutta potilaan oma ääni on näissäkin hyvin kuulumattomissa. Suomen lainsäädäntö ja erilaiset STM ja THL ohjeistukset, hankkeet ja toimintasuunnitelmat, sekä hoitotyötä ohjaavat lainsäädännöt ja eettiset ohjeistukset puhuvat potilaan kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä ja kansanterveydellisestä hyvinvoinnin kehitystyöstä. Kuitenkin tästä kroonisesta sairaudesta kärsivät jäävät usein vaille sellaista kokonaisvaltaista hoitoprosessia, mitä heidän sairautensa luonne vaatisi.

## 2 ONGELMANA ALKOHOLI

Riippuvuuden kulloinenkin määrittelytapa on aina vahvasti sidoksissa omaan aika-kauteensa ja siinä vallitsevaan kulttuuriin. Päihdyttävien aineiden käyttö on nähty historiassa lähinnä käyttäytymisen ongelmana; moraalittomana käytöksenä, syntinä ja huonotapaisuutena. Koska päihteiden käyttöä on pidetty ihmisen omana vapaana valintana, voitiin riippuvuudesta oikeutetusti myös rangaista. Sitä kautta pyrittiin muokkaamaan päihderiippuvaisen ihmisen käytöstä toivottuun ja hyväksytyyn suuntaan. Vielä tänäkin päivänä päihderiippuvaisia ihmisiä paheksutaan yhteiskunnassamme. Nykylääketieteen tutkimukset kuitenkin osoittavat, että päihderiippuvuuden taustalta löytyy geneettinen herkkyys jäädä koukkuun mihin tahansa addiktiota (riippuvuutta) aiheuttavaan aineeseen. Riippuvuus onkin aivojen solutasolla tapahtuvien muutosten aiheuttamaa, ei- tahdonalaista käyttäytymistä. Päihderiippuvuus on vakava krooninen sairaus ja kuten muissakin pitkäaikaissairauksissa, sen hoitokeinoina ovat sekä omahoidon keinot, että lääketieteelliset keinot. (Ruisniemi 2006, 15–16.)

Warpenius, Holmila & Tigerstedt (2013, 5) mukaan päihteiden haittavaikutukset voidaan jakaa kolmeen ryhmään. *Läheisille koituvat haitat* pitävät sisällään yksityiselämän sosiaaliset suhteet. *Muihin ihmisiin kohdistuvilla haitoilla* tarkoitetaan yleisissä tiloissa tai julkisilla paikoilla tapahtuvissa vuorovaikutustilanteissa ilmeneviä päihdehaittoja- ja erityisesti nämä haitat liittyvät päihtyneen käyttäytymiseen ja äänekkyyteen, tai sivullisten henkilöiden kokemaan ärtymykseen tai vaivaantumiseen. *Yhteiskunnalliset haitat* näkyvät vastaavasti sosiaali- ja vakuutusturvan kustannuksina, sekä erilaisten palvelu- ja valvontajärjestelmien kuormittumisena. (Tigerstedt & Huhtanen 2013, 90; Warpenius ym. 2013, 5.)

Ruisniemen (2006, 15) väitöskirjan mukaan suomalainen päihdekäyttö korostuu erityisesti alkoholin käyttötavassa. Alkoholi onkin maassamme yleisimmin käytetty ja ainoa laillinen päihde. Suomessa alkoholinkäyttö on kasvanut jatkuvasti viimeisten 50 vuoden aikana. Käyttö liittyy tyypillisesti sosiaalisiin tilanteisiin, viikonloppujuomiseen, humalajuomiseen ja miesten runsaampaan alkoholin kulutukseen naisiin verrattuna. Suomalaisessa juomiskulttuurissa suurin muutos onkin se, että naisten al-



koholinkäyttö on lähes kuusinkertaistunut 40 vuoden aikana. Alkoholinkäytön lisääntymisestä johtuen alkoholin aiheuttamat vakavat haitatkin ovatkin kasvaneet. (Warpenius ym. 2013, 6.)

Alkoholin runsas käyttö aiheuttaa monenlaisia haittoja ihmiselle itselleen ja hänen läheisilleen. Kertakäyttöön liittyviä yleisiä haittoja ovat mm. erilaiset tapaturmat tai rattijuopumus. Alkoholi on myös surullisen usein mukana väkivallassa. Tavallisimpia sosiaalisia haittoja ovat työ- ja toimintakyvyn heikentyminen ja ihmissuhderistiriidat. Pitkäaikainen alkoholin käyttö taas aiheuttaa erilaisia mielenterveysongelmia ja pahentaa niitä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014.) Onkin huomionarvoista, että jopa puolella maamme päihdepotilaista on diagnosoitu myös mielenterveysongelma (A-Klinikkasäätiö, päihdelinkki). Alkoholien tapakäyttö saa lisäksi aikaan sekä alkoholiriippuvuuden, riippuvuuteen liittyvän vakavan aivovaurion ja pitkän päihdekäytön aiheuttamana pysyviä elimellisiä haittoja (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014).

## **2.1 Alkoholien aiheuttamat terveyshaitat**

Alkoholien käyttö on yleinen maailmanlaajuinen tapa. Alkoholien myrkylliset vaikutukset kohdistuvat useisiin elimiin, ja nämä vaikutukset tiedostetaan hyvin. Alkoholien aineenvaihdunta tapahtuu pääosin maksassa, johon alkoholien myrkytyksen suurimmat vaikutukset kohdistuvat (Poole & Arteel 2016).

Alkoholi aiheuttaa muutoksia ihmisen koko kehossa. Vähäinen nauttiminen ja kohtuuskäyttö aiheuttavat ohimeneviä vaikutuksia, mutta runsaampi käyttö altistaa monille eri sairauksille ja elintoimintojen häiriintymiselle, kuten ruoansulatuskanavan ja maksan sairauksille, sydän- ja verisuonisairauksille, aivojen ja hermoston sairauksille, sekä aineenvaihdunnan sairauksille, ja myös syöpäriski kohoaa. Suuri osa näistä sairauksista on sellaisia, joista elimistö toipuu ainakin osittain, jos alkoholien käyttö lopetetaan kokonaan. (Seppä, Alho & Kiiänmaa 2010, 156–157.)

Yleisimpiä alkoholien aiheuttamia ruoansulatuskanavan sairauksia ovat maksakirroosi, alkoholimaksatulehdus ja rasvamaksa. Riski kasvaa, kun alkoholien käytön

määrä ylittää naisilla 3 annosta (40 g) ja miehillä 5 annosta (60 g) päivässä. Suomessa yli 90 % maksakirrooseista on alkoholin aiheuttamia ja myös rasvamaksa aiheutuu pääasiassa alkoholista. Maksakirroosissa maksan koko pienenee ja sidekudoksen ympäröimien uudissolukkokertymien muodostumisen takia maksan mikroverenkierto häiriintyy. Sidekudoksen lisääntyminen nostaa suoliston verenpainetta, joka altistaa ruoansulatuskanavan laskimolaajentumille. Verenkierron huonontuminen heikentää maksasolujen toimintaa. Haimatulehduksista suurin osa aiheutuu alkoholin käytöstä. Haimassa kudostuhoa ehkäisevät proteaasiestäjät, mutta aktivoituneen trypsiinin pitoisuuden noustessa, ylittäen näiden proteiinien estokyvyn, syntyy kudostuhoa ja äkillinen akuutti haimatulehdus. Lisääntyneen käytön myötä ja etenkin kroonista haimatulehdusta sairastavalla myös riski haimasyöpään sairastumiseen kasvaa. Suomessa hoidetaan noin 1500 akuuttia haimatulehdusta vuosittain, näistä jopa 60 -80 % johtuu alkoholista. (Salaspuro, Kiiänmaa, Seppä & Ahlström 2003, 336–352; Seppä ym. 2010, 157,162.)

Sydämen ja verenkiertoelimistön kannalta alkoholinkäytöstä voi olla paljon haittaa, mutta myös hyötyä. Kohtuullinen alkoholin käyttö voi ehkäistä sepelvaltimoiden ateroskleroosilta ja sydänkuolemalta. Runsas käyttö kuitenkin vaurioittaa sydänlihasta ja nostaa verenpainetta, sekä aiheuttaa rytmihäiriöitä, ja aiheuttaa tai pahentaa sydämen vajaatoimintaa. Tyypillistä alkoholin suurkuluttajilla on sydämen vasemman kammion seinämien paksuuntuminen ja sen lihasmassan kasvaminen. Eteisvärinää ja kammioisälyöntejä voi ilmetä esimerkiksi humalan aikana tai krapulassa ja sydäninfarktin riski kasvaa. Sepelvaltimotautipotilaalla alkoholin runsas käyttö voi aiheuttaa äkkikuoleman. (Salaspuro ym. 2003, 356–363.)

Runsas alkoholin käyttö kuolettaa aivosoluja, eli aiheuttaa aivoatrofiaa. Tämä näkyy alkoholisteilla muistivaikeuksina, sekä toiminnan ja liikkeiden vaikeutumisena. Pikkuaivojen aivosolujen tuhoutuminen aiheuttaa kävelyn vaikeutumista. Pikkuaivoatrofiaan sairastunut vaikuttaa humalaiselta, vaikei sitä olekaan. Myös epileptiset kohtaukset yleistyvät alkoholinkäytön myötä. Kouristuskohtaus voi tulla vieroitusoireena, joka voi olla joskus hengenvaarallinen ja vaatii sairaalahoitoa. Iästä riippumatta voi erittäin päihtynyt henkilö saada aivoverenvuodon tai aivoinfarktin. Pitkään jatkunut runsas alkoholin käyttö aiheuttaa usein myös alkoholidementian. Alkoholis-

teilla voi esiintyä myös Wernicken tautia, joka johtuu tiamiinin eli B1-vitamiinin puutoksesta. Oireena on kävely- ja tasapainohäiriöitä, uneliaisuutta sekä silmäoireita, kuten silmänväre tai hidas mustuaisreaktio. (Seppä ym. 2010, 169–171.)

Runsas alkoholin kulutus vaikuttaa myös sukihormoneihin. Naisilla suuri määrä alkoholia aiheuttaa testosteronin pitoisuuden nousua, miehillä taas naishormonien pitoisuudet nousevat. Tämä näkyy esimerkiksi naisilla karvoituksen lisääntymisenä ja äänen madaltumisena, myös kuukautishäiriöitä voi olla. Miehillä esiintyy rintarauhasen suurentumista eli gynekomastiaa, kivesten surkastumista, impotenssia sekä hedelmättömyyttä. (Seppä ym. 2010, 171–172.)

Alkoholi vaikuttaa myös sokeriaineenvaihduntaan. Alkoholi vähentää maksan varastosokerin määrää ja näin altistaa hypoglykemialle, eli alhaiseen verensokeriin, tämä on erityisen vaarallista diabeetikolla. Alkoholistilla diabeteksen hoitotasapaino yleensä heikkenee, koska elintapojen myötä verensokerien seuranta, syöminen ja lääkkeiden käyttö voi unohtua tai on epäsäännöllistä. Myös painonnousu johtuu usein alkoholista. Metabolisen oireyhtymän riski kasvaa, mitä enemmän alkoholia käytetään. Metabolisessa oireyhtymässä samalla henkilöllä on useita riskitekijöitä, jotka altistavat valtimosairauksille. Keskeisin riskitekijä on vyötärölihavuus, muita ovat mm. kohonnut verenpaine, muutokset veren rasva-arvoissa ja verensokeriarvoissa. (Seppä ym. 2010, 173–175.)

Myös kihti aiheutuu usein alkoholin liikakäytöstä. Alkoholin aineenvaihdunta lisää puriinien muodostumista ja siten huonontaa virtsahapon eritystä munuaisissa. Virtsahappoa eli uraattia kerääntyy niveleen ja aiheuttaa niveltulehduksen. Olut on vaarallisin alkoholijuoma kihdin kannalta. (Salaspuro ym. 2003, 301–302.)

Alkoholi lisää etenkin maksasyövän, rintasyövän, haimasyövän ja ruoansulatuskanavan syövän riskiä. Alkoholiaineenvaihdunnan tuote, asetaldehydi, on luokiteltu ensimmäisen luokan syöpää aiheuttavaksi aineeksi. Myös tupakointi yhdessä alkoholin kanssa on usein syynä esimerkiksi nielun tai ruokatorven syöpään. (Seppä ym. 2010, 177–178.) Ravintotekijöistä folaatin puute sekä vähäinen hedelmien ja vihannesten käyttö saattaa lisätä riskiä sairastua suun, nielun ja ruokatorven syö-

pään. Väkevien juomien käytössä riski on suurempi kuin mietojen käytössä. Pakusuolessa alkoholi aiheuttaa usein polyypin muodostumista ja syöpäriski kasvaa kulutuksen kasvaessa. (Salaspuro ym. 2003, 379–380.)

Immuunipuolustuksen heikentyminen voi aiheutua myös alkoholista. Puutteellinen hygienia, aspiraatio tai huono ravitsemus, jotka usein liittyvät alkoholismiin, voivat aiheuttaa keuhkokuumeen. Tavallisimpia keuhkokuumeen aiheuttajia alkoholisteilla ovat pneumokokit ja anaerobit. Alkoholi vähentää veren lymfosyyttien määrän vähenemistä ja luonnolliset tappajisolut heikkenevät, mikä altistaa infektioiden kehittymiselle. Alkoholin käyttö voi aiheuttaa myös erilaisia ihomuutoksia ja ihottumien esiintymistä. Esimerkiksi kirroosiin liittyy usein hämähäkkiluomet, keltaisuus, punoitusta kämmenien reunoilla sekä navan seudussa esiintyvä laskimolaajentuma. Päihteidenkäyttäjillä yleistä on myös kasvojen punoitus, nokkosihottuma, ruusufinni sekä bakteeri- ja sieni-infektiot. Puutteellisen hygienian takia tavallisia alkoholisteilla ovat myös loisten aiheuttamat infektiot, esimerkiksi syyhypunkin aiheuttama syyhy. (Salaspuro ym. 2003, 387–397.)

Alkoholi aiheuttaa myös psyykkisiä terveysongelmia. Psyykkiset oireet ja sairaudet ovat ongelmakäyttäjällä joko alkoholin aiheuttamia tai muista syistä riippuvia. Alkoholin ja masennuksen, sekä ahdistuneisuuden yhteyttä voidaan selvittää seuraamalla, esiintyykö oireita raittiina aikana, vai jatkuvatko oireet alkoholin käytön lopettamisen jälkeenkin. Alkoholihallusinaatioita esiintyy pitkään kestäneen alkoholinkäytön myötä ja yleensä lähes kaikki tähän sairastuvat ovat alkoholista riippuvaisia. (Seppä ym. 2010, 183–188.)

Myös erilaiset tapaturmat aiheutuvat usein alkoholin vaikutuksen alaisuudessa. Esimerkiksi kaatuminen ja pään lyöminen voi aiheuttaa aivovamman ja myös terävän esineen aiheuttamat vammat ovat yleisiä alkoholin käyttäjillä. Tajunnan tason laskusta johtuvat kylmettymiset ovat myös riskinä etenkin talvisin. (Terveystieteiden tutkimuskeskus THL 2016; Kylmäinfo.fi.)

## 2.2 Alkoholiriippuvaisen elämänhallinta

Perinteisesti alkoholitutkimus ja päihdeongelmaisten hoito on pitänyt hoidon vaikuttavuuden mittarina ehdotonta raitistumista. Jos tätä tavoitetta ei ole saavutettu, on hoidon ja sille asetettujen tavoitteiden koettu epäonnistuneen. Vuosina 2005–2010 toteutettiin Euroopan unionin rahoittama Paradise-hanke. Hankkeen yhtenä osana haettiin vastauksia sille, mitä tutkimukset kertovat alkoholiriippuvaisten psykososiaalisista vaikeuksista. Tulokset osoittivat, että alkoholisteilla vaikeudet liittyivät useimmiten tunne-elämään ja kognitiivisiin vaikeuksiin, sekä kykyyn ylläpitää sosiaalisia suhteita ja vaikeuksiin huolehtia omasta terveydestään. Myös oman talouden hallinta ja työelämän ja asumisen vaikeudet korostuivat päihderiippuvaisilla. Psykkisillä oireilla ja sairauksilla, sekä fyysistä päihderiippuvuutta aikaansaavilla oheissairauksilla havaittiin myös olevan suora yhteys elämänlaadun heikentymiselle. Päihderiippuvaisella henkilöllä diagnosoitu depressio heikensi myös elämänlaatua ja yleistä toimintakykyä. (Paradiseproject.eu; Levola & Pitkänen 2012, 26–27.)

Elämänlaadun käsite on jokaisen yksilöllinen kokemus omasta terveydentilasta ja omaan terveyteen liittyvästä hyvinvoinnin kokemuksesta. Päihderiippuvuuksienkin hoitomuotojen tutkimuksessa on elämänlaadun merkitys nostettu hiljalleen yhä tärkeämpään rooliin. Jo vuonna 1996 päihdetutkija Mc Lellan (2008, 17) on todennut elämänlaadun ja toimintakyvyn kohenemisen olevan riittävän tavoiteltava hoitotulos. Elämänlaadun merkitystä onkin siten pidettävä arvokkaana mittarina kun riippuvuuksien hoidon tuloksellisuutta arvioidaan. (Levola & Pitkänen 2012, 26.)

Yksi Paradise- hankkeen tulosten johtopäätöksistä oli, että elämänlaadun koheneminen on suora seuraus hoitointerventioista ja siitä, että joko alkoholinkäyttö loppuu kokonaan tai alkoholin käyttöä pystyttäisiin vähentämään. Hankkeen tulokset osoittavatkin, että vaikka alkoholin käyttöä ei pystyisi lopettamaan kokonaan, riippuvuudesta voi kuitenkin tapahtua toipumista. (Paradiseproject.eu; Levola & Pitkänen 2012, 26–27.)

### 3 KATKAISUHOITO ELÄMÄNHALLINNAN EDISTÄMISESSÄ

#### 3.1 Katkaisuhoidon laatuun vaikuttavat tekijät

Hoitotyön toimintojen kohteena on aina ihminen ja tavoitteena ihmisen terveys. Hoitotyössä vastuu ihmisestä tarkoittaa sitä, että huomioidaan autettavan henkilön ainutlaatuisuus ja hänen yksilöllinen tilanteensa, sekä se, että ihminen tekee itse omat arvovalintansa ja päätöksensä. Myös ihmisen käsitys omista tarpeistaan ja terveydestään on yksilöllinen ja sitä on aina kunnioitettava. Hoitotyön vastuu tehtävästä taas tarkoittaa sitä, että hoitotyötä tekevä on saanut asianmukaisen koulutuksen ja hänellä on tarpeelliset tiedot ja taidot auttamiseen ja hoitamiseen. Hoitotyötä ohjaavat eettiset periaatteet ja ne luovat käytännön työtä ohjaavat arvot. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 27–30.)

Laitilan väitöskirjan (2010, 7) mukaan asiakkaan oma tavoitteellinen osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä on tunnustettu, mutta sen käytännön toteutumisessa on yhä suuria puutteita. Asiakkaan osallisuuteen liittyy vahvasti myös käsite asiakaslähtöisyys. Osallisuus tarkoittaa sitä, että palveluja käyttävän oma asiantuntijuus hyväksytään, se huomioidaan ja sitä pyritään hyödyntämään. Osallisuus toteutui väitöskirjan tutkimuksessa kolmella eri tavalla: 1) *potilaan osallisuutena omaan hoitoonsa ja kuntoutukseensa*, 2) *potilaan omana osallisuutena palveluiden kehittämisessä*, sekä 3) *potilaan omana osallisuutena palveluiden järjestämisessä*. Osallisuuden kautta riippuvuudesta toipuvalle luodaan paremmat mahdollisuudet elämönhallinnan vahvistumiseen. (Laitila 2010, 7,23.)

Laitilan (2010, 21–27) mukaan hoitohenkilökunnan kouluttamisen ja työnohjauksen kautta voidaan parhaiten vaikuttaa työntekijöiden arvoihin ja motivaatioon. Tätä kautta asiakkaan omaa mielipidettä ja osallisuutta pystyttäisiin myös enemmän arvostamaan ja hyödyntämään hoitoprosessissa. Osallisuutta lisäävät mm. turvallisuuden tunteen luominen, mahdollisuus esittää kysymyksiä ja riittävän ajan antaminen päätösten tekemiseen. Työntekijöiden avoin kommunikointitapa, aito halu kuunnella ja neuvotella, auttaa osaltaan vuorovaikutussuhteen kehittymistä ja asiakkaan omaa osallisuutta. (Laitila 2010, 21–27.)

Alkoholiriippuvaisilla potilailla päihdekäyttö vaikuttaa koko elämään, ja siksi hoidonkin pitää olla kokonaisvaltaista. Kroonisen sairauden hoito edellyttää kuitenkin monien erilaisten hoitomuotojen ja hoitopaikkojen yhteistyötä. Avohoito saattaa riittää, mutta laitoshoidonkin tarve on arvioitava yksilöllisesti. Potilaan mielipide on myös otettava huomioon hoitumuotoja suunniteltaessa. Tiiviissä hoitosuhteessa syntyy luottamussuhde, ja potilas pystyy rohkeammin kertomaan hoitavalle henkilökunnalle myös aroista asioistaan. (Alkoholiongelman Käypä-hoito-suositus 2015.)

### **3.2 Päihdehuoltoa koskeva lainsäädäntö ja laatusuosituks**

Päihdetilastollisen vuosikirjan (2015, 26–27) mukaan alkoholinkäyttömme on eurooppalaista keskitasoa. Alkoholin kokonaiskulutus on kuitenkin maassamme jatkuvassa kasvussa. A-klinikkasäätiön mukaan (2013, 6–7) päihdehuollon asiakkaat ovat myös aiempaa huonokuntoisempia, johtuen siitä, että alkoholin suurkuluttajien osuus ja siten alkoholihaittojenkin määrä on kasvanut. Alkoholin liikakäyttö on yleisempää miehillä kuin naisilla ja yleisempää 20–54-vuotiaiden keskuudessa, kuin sitä vanhemmilla. Päihdekäyttöön liittyy usein myös mielenterveyden häiriöitä. Alkoholiongelmaisten kasvava määrä osoittaa, että päihdepalvelujen tarve terveys- ja sosiaalipalvelujärjestelmissä on merkittävä. Tämä edellyttää kunta- ja yhteiskuntatasolta sekä päihde- ja mielenterveyspalvelujen järjestämistä että toiminnan vaikuttavuuden jatkuvaa kehittämistä. (Moring ym. 2011, 23, 25–26.)

Yhteiskuntamme on suuressa käymistilassa. Globalisaation myötä yksilöllinen ja yhteisöllinen hyvinvointimme kokemus ja -tarve on muuttunut. Jatkuva muutostila edellyttää yhteiskunnan rakenteilta valmiuksia joustaa ja kehittyä hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja huoltosuhdevelvollisuuksien toteuttamiseksi. Yhteiskunnalla ei ole tämän hetkisessä lamassa resursseja kantaa kokonaisvastuuta kansalaistensa hyvinvoinnista, vaan kansalaisten itsensä on kannettava yhä suurempaa vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Kuntien vastuulla on järjestää oman väestöalueensa terveys ja hyvinvointipalvelut, mutta kuntienkin taakka on kasvanut työttömyyden lisääntyessä ja väestörakenteen ikääntyessä. (Väyrynen 1999, 32–33; Stakes 2007, 7; Moring ym. 2011, 22.) *Kunta- ja palvelurakennemuutos, PARAS-hanke*, otti tavoitteeksi 2006 alkaen, kuntien yksilövastuisen palvelurakenteen

muokkaamisen kohti kunnallista järjestämisvastuuta. Tällöin asukkaiden perusoikeudet voitaisiin toteuttaa entistä yhdenvertaisemmin ja palvelujen laatua pystyttäisiin kehittämään. (Stakes 2007, 6; Moring ym. 2011, 18; Kuntaliitto 2016.) Kunta- ja palvelurakennelakiuudistuksen myötä yksittäiset, pienet kunnat pystyivät laajenemaan yhdistymällä, sekä kasvattamaan alueensa väestöpohjaa. Näin toimien, järjestetään joko suurkuntana tai kuntayhtymän osana alueen asukkaiden tarvitsemat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Suuremman väestöpohjan palveluja pystyttiin palvelurakennemuudistuksen myötä myös tiivistämään ja keskittämään palvelukeskuksiin, sekä järjestämään taloudellisesti kannattavammin. (L 9.2.2007/169; Stakes 2007, 6.)

Laatua pidetään erilaisten ominaisuuksien summana. Se on kokonaisuus, joka perustuu niin prosessin, toiminnan, tuotteen, organisaation, järjestelmän kuin henkilön yksilöllisiin kykyihin täyttää laadulle asetettuja vaatimuksia ja odotuksia. Laadulle asetetut vaatimukset perustuvat lakiin, määräyksiin ja erilaisiin sopimuksiin, tai ne voidaan määritellä erikseen, asiakkaan yksilöllisen tilanteen ja -tarpeen mukaan. Laatutyössä on tärkeinä arvoina asiakaslähtöisyys, asiakaspalaute ja osallistuminen. Asiakkaan asettamat odotukset laadulle kohdistuvat erityisesti kohtaamiseen; työntekijältä odotetaan mm. ammattitaitoa ja asiallisuutta, ystävällisyyttä ja kuuntelemisen taitoa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014.)

### 3.2.1 Päihdehuollon lainsäädäntö

Kansalaisten yhdenvertaista kohtelua, oikeuksia, terveydenhuoltoa ja sosiaalipoliittikkaa koskevat lait ja suositukset sisältävät maassamme myös päihdehuoltoon liittyviä osa-alueita. *Suomen perustuslain* (L 11.6.1999/731) mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslaissa säädetään ihmisten yhdenvertaisuudesta ja kielletään ihmisarvoa loukkaava kohtelu. *Sosiaalihuollon asiakaslaissa* (L 22.9.2000/812) ja *potilaslaissa* (L 17.8.1992/785) säädetään asiakkaan ja potilaan oikeudesta saada laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa, terveyden- ja sairaanhoitoa, sekä siihen liittyvää asiallista ja hyvää kohtelua. Päihdetyö on osa maamme laajaa terveyden ja hyvinvoinnin



edistämisen kokonaisuutta ja se jaetaan ehkäisevään päihdetyöhön, varhaisvaiheen päihdetyöhön ja korjaavaan päihdetyöhön I. päihdehoitoon (Saarelainen & Annala, 2009, 41).

**Päihdehuoltolaki** (L 17.1.1986/41). Laissa päihteellä tarkoitetaan alkoholia ja muita päihtymistarkoitukseen käytettäviä aineita. Päihdehuoltolain päätavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja, sekä edistää päihteitä käyttävän ihmisen ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Kunnissa päihdehuollon palvelujen järjestämisen ja kehittämisen vastuu kuuluu sosiaalihuollon osalta sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollon osalta terveyslautakunnalle. Palvelut tulee lain mukaan aina järjestää ensisijaisesti avopalveluina ja asiakkaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista korostetaan voimakkaasti. Palvelujen tulee myös olla helposti tavoitettavia, laadukkaita ja riittävän monipuolisia ja niissä on huomioitava potilaan ja hänen läheistensä erilaiset, yksilölliset tarpeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2016.)

**Laki ehkäisevästä päihdetyöstä** (L 24.4.2015/523). Ehkäisevä päihdetyö kattaa sekä alkoholi-, tupakka-, huume- että rahapelihaittojen ehkäisyn. Lain tavoitteena on edistää terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoa, vahvistaa ehkäisevän päihdetyön edellytyksiä ja tukea kuntia ja yhteistoiminta-alueita kehittämään paikallistason ennaltaehkäisevää päihdetyötä. Tavoitteena on myös selkeyttää ja tiivistää kuntien roolia ja kuntien eri toimintoja ehkäisevän päihdetyön kehittämisessä. Kehitystyön tavoitteena on moniammatillisen yhteistyön vahvistaminen, koulutus ja tiedotus, sekä kunnissa tehtävän ehkäisevän päihdetyön seuranta. (Stakes 2007, 6, 10–11.) Valtakunnallisella tasolla THL on päävastuussa ehkäisevän päihdetyön koordinoimisesta ja ohjauksesta (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2016).

Päihdehuoltolaki edellyttää, että päihdehuolto on järjestettävä sisällöltään ja laadultaan sellaiseksi kuin kunkin kunnan tarve edellyttää ja päihdepalvelut on järjestettävä lähelle potilasta, ns. matalan kynnyksen palveluina. Käytännössä vastuu toteutuksesta näkyy kuntien perusterveydenhuollossa, terveyskeskusten vastaanotto- ja vuodeosastojen katkaisuhuotojakoilla. (L 17.1.1986/41.) Ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä ohjaavat osaltaan myös *alkoholilaki* (L 8.12.1994/1143), *sosiaalihuoltolaki* (L 30.12.2014/1301), *kansanterveyslaki* (L

28.1.1972/66), *erikoissairaanhoidolaki* (L 1.12.1989/1062), *lastensuojelulaki* (L 13.4.2007/417) ja *kuntalaki* (L 10.4.2015/410.)

Sosiaalipalvelujen luokituksessa (Laaksonen, Suhonen & Suhonen 2012, 43–45) *päihdehuoltoon kuuluvat sosiaalipalvelut* jaotellaan katkaisuhoidon, selviämishoiton, korvaushoiton, vieroitushoiton sekä päihdekuntoutukseen. Palveluja tarjotaan avo- tai laitospalveluina. Päihdehuollon sosiaalipalvelut ovat osa kuntien avopalvelumuotoja ja niihin potilas hakeutuu joko itse tai ohjattuna. Peruspalvelutasolla hoitosuhteen perustana on kuitenkin aina vapaaehtoisuus. (Stakes 2007,12–13.)

*Päihdehuollon sosiaalipalvelujen erityispalvelut* voidaan jakaa avohoitoon ja ns. välimuodon palveluihin, kuten ensisuojaan, asumispalveluihin ja laituskuntoutukseen. Päihdehuollon erikoistuneita sosiaalipalveluja tarjoavat muun muassa A-klinikat ja nuorisoseurat, sekä kunnallisten ja yksityisten toimijoiden tarjoamat katkaisu- ja kuntoutusmuodot, tukipalvelut ja ensisuojaajat. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3.) Kuntien ohella myös erilaiset järjestöt ja yksityiset palvelutuottajat tuottavat erikoistason päihdepalveluja (Stakes 2007,12–13).

***Mielenterveyslaki*** (L 14.12.1990/1116). Joskus päihdekatkaisuhoidon joudutaan toteuttamaan tahdosta riippumattomana hoitona, tai sosiaalipäivystyksenä toteutettava päihdehuoltona. Pakkohoitopäätökseen saattaa johtaa esim. yhdistetty päihdekäyttö ja mielenterveysongelman paheneminen tai lastensuojeluilmoitus. (L 14.12.1990/1116.)

### **3.2.2 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015**

**Päihdepalvelujen laatusuositukset.** Laatusuosituksen yleisenä tavoitteena on parantaa päihdepalvelujen saatavuutta ja laatua (A-Klinikkasäätiö, päihdelinkki 2009). Tarkoituksena on tukea kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä ja ne sisältävät päihdepalvelujen laatua ohjaavat yleiset periaatteet ja suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen suositus onkin tarkoitettu luomaan pohjaa koko maan päihdepalvelujen laatutyölle. Suositukset antavat vain yleiset suuntaviivat, joita on sitten tarkoitus soveltaa paikallistasolla,

kuntien ja kuntalaisen yksilöllisistä tarpeista lähtien. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3; Moring ym. 2011, 20.)

Laatusuositukset on valmisteltu osana *terveydenhuoltolakiuudistusta*. Uudistus korostaa kunnan vastuuta alueensa väestön hyvinvoinnin ja terveyden suunnitelmalliseen edistämiseen, sekä palvelujen järjestämiseen asukkaiden tarpeiden mukaisena. Kunnissa on myös jokaisena valtuustokautena valmistettava hyvinvointikertomus ja palvelujen järjestämissuunnitelma. Asukkaiden terveydestä ja hyvinvoinnista, sekä toteutetuista toimenpiteistä on vuosittain raportoitava kuntien valtuustoille. (L 30.12.2010/1326; Moring ym. 2011, 20.)

Stakesin asettamassa asiantuntijatyöryhmässä laatusuosituksia ovat olleet laatimassa Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto ja Stakes sekä kunnallisia ja yksityisiä palveluja tarjoavia tahoja. Laatusuositukset on tehty ohjaamaan kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä ja erikoistuneita päihdepalveluja. Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman (Moring ym. 2011, 15–16) kehitystyön tavoitteena on nostaa huomio erityisesti kohti ennaltaehkäisevää toimintaan. Näin luotaisiin parempia edellytyksiä sosiaalisesti kestäväälle hyvinvointiyhteiskunnalle ja vahvistettaisiin sekä asiakkaiden asemaa että kansalaisten mielenterveyttä. Samalla voidaan edistää niin päihhteettömyyttä kuin ongelmia ja haittojakin ehkäisevää työtä. (Lepola, Koponen, Leinonen, Joukamaa, Isohanni & Hakola 2008, 219; Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2014, 486.)

Päihdelinkin (A-Klinikkasäätiö, päihdelinkki 2009) mukaan jopa 40–50 % avohuollon päihdeongelmaisista potilaista on lisäksi mielenterveyden ongelmia. Päihdeongelmaisten mielenterveyden häiriöistä yleisimpiä ovat masennus- ja ahdistuneisuusoireet, sekä persoonallisuuden ja käyttäytymisen häiriöt. Päihteiden käyttö lisää myös tapaturma-alttiutta ja itsemurhariskiä. (Lepola ym. 2008, 219; Kuoppasalmi ym. 2014, 486.) Tavoitteena onkin kehittää palvelujärjestelmiä avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi, sekä huomioida mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen hoitotarve. Valtakunnallisesti toimivat *mielenterveys- ja päihdetyön Kaste-hankkeet*, 2008–2012, (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2012:1) toimivat myös omana kokonaisuutenaan tässä kehitystyössä.

Suositukset koskevat niin valtion, kuntien ja yksityisten yritysten kuin järjestöjenkin tuottamia palveluita. Niihin kuuluu myös ehkäisevä työ, eli ns. sekundaaripreventio. Jokaisen kunnan päihdestrategiassa on määriteltävä, miten omassa kunnassa pyritään ehkäisemään päihdehaittojen syntymistä ja miten kunta järjestää päihdepalvelunsa. Strategiassa selvitetään myös paikallisten sosiaali- ja terveydenhuollon päihdepalvelujen työnjako. Päihdestrategia voidaan laatia myös yhteistyössä kuntayhtymien tai sosiaali- ja terveystyöryhmien yhteistoiminta-alueiden sopimusten kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2012:24.)

Sekä Sosiaali- ja terveysministeriö että Terveyden ja hyvinvoinnin laitos luovat erilaisia vuositeemoja, strategioita ja hankkeita kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tutkimiseksi ja tukemiseksi, ja tuottavat näin tietoa kansalaisten terveyden ja hyvinvoinnin palvelujärjestelmien kehittämiseksi. Palvelujärjestelmän kehittämisessä mm. *THL:n MIELI-hanke* antaa kunnille apua mielenterveys- ja päihdestrategian suunnittelu-, valmistelu- ja toimeenpanovaiheissa. MIELI -ohjelman keskeisenä tavoitteena on yhdistettyjen mielenterveys- ja päihdeavohoitoyksiköiden perustaminen. Erityisenä pyrkimyksenä on muokata ja yhdistää toimintoja siten, että asiakkaalla olisi mahdollisimman helppo hoitoon pääsy. Jatkossa terveys- ja sosiaalijärjestelmän tehtävänä on pitää huoli siitä, että asiakas nykyistä varmemmin tulisi ohjatuksi eteenpäin hänen yksilöllisiä tarpeitaan vastaavien jatkohoidon palvelujen luo. Parhaan mahdollisen avun saaminen edellyttää sitä, että koko päihde- ja mielenterveyspalvelujärjestelmä muodostuu riittävän monipuolisista avo- ja laitospalveluista, sekä perus- ja erikoissairaanhoidon palvelujen kokonaisuudesta. (Moring ym. 2011, 21; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2016.)

Sosiaali- ja terveysministeriön, STM (2011:1, 6–14) julkaisemassa *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 -strategiassa* tulevaisuuden tavoitteena on sellainen yhteiskunta, jossa ihmisten yhdenvertaisuuden, osallisuuden ja tasavertaisuuden kokemus vahvistuisi, ja jokaisen kansalaisen terveyttä ja toimintakykyä pystyttäisiin edistämään. Strategia visioi yksilön ja yhteiskunnan oikeuksien ja velvollisuuksien tasapainoa, ja korostaa kolmannen sektorin roolia uusien toimintamallien kehittäjänä. (Moring ym. 2011, 22).

### 3.2.3 Käypä hoito-suositus alkoholiongelmaisen hoidosta

*Päihdetilastollinen vuosikirja* (2015, 26–27) kertoo, että suomalainen alkoholinkäyttö on eurooppalaista keskitasoa, mutta keskeinen erityispiirre alkoholin käytössä on humalahakuisuus. Alkoholinkulutuksen ja alkoholihaittojen välillä on myös olemassa selvä yhteys; haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään, ja alkoholi on hyvin merkittävä työikäisten kuolemien aiheuttaja maassamme. Aalto ja Seppä (2009, 11,14) mukaan alkoholin liikakäytöstä on kysymys aina silloin kun juomiseen liittyy jokin haitta tai huomattava riski haitasta. Alkoholinkäyttö voi siis olla liiallista, vaikka siihen ei liittyisi riippuvuutta. Alkoholinkäyttö runsas juominen kuitenkin altistaa riippuvuuden kehittymiselle. Alkoholiriippuvuus on psyykinen riippuvuus ja se ilmenee ihmisen pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia. (Aalto ja Seppä 2009, 11,14.)

Päihdehuoltolain (L 17.1.1986/41) mukaan kunnan tehtävänä on järjestää päihdeongelmaisen ja hänen läheisensä hoito. Päihdeongelmaan liittyvät somaattiset vaivat hoidetaan perusterveydenhuollon-, työterveyshuollon- tai erikoissairaanhoidon yksiköissä. Perusterveydenhuollossa päivittäiset potilaskontaktit auttavat havaitsemaan päihdehaittoja jo varhain, siten hoitoon-ohjauskin on mahdollista riittävän aikaisessa vaiheessa. Terveyskeskuksissa annetaan myös laitoskatkaisu- ja avo-/laitosvieroitushoitoja. Erikoissairaanhoidon järjestelmä sisältää osin vastaavat päihdepsykiatriaan erikoistuneet alueelliset yksiköt. (Partanen 2009, 60–62, 64–65.)

Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeen (STM 2006:65) mukaan aina, kun hoidetaan päihtynyttä henkilöä, on arvioitava myös hänen päihdehuollon tarpeensa. Hoito on myös aloitettava siinä hoitoyksikössä, jossa asia tulee esiin, ja koko hoitoverkostoa on käytettävä potilaan tilanteen ja jatkohoidon järjestämiseksi. *STM:n* ohjeistuksen tavoitteena onkin, että alkoholiongelma voitaisiin havaita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, eli jo ennen kuin siitä on aiheutunut näkyviä fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia haittoja. Kun ongelmakäyttö on vielä varhaisessa vaiheessa, potilaan tuetaan useimmiten terveydenhuoltoon jokin fyysinen syy, kuten korkea verenpaine, sydämen rytmihäiriöt, erilaiset tapaturmat, vatsaoireet tai vieroitusoireet. (Alkoholiongelmaisen Käypä-hoito-suositus 2015.) Myös erilaiset päihdekäyttöön liittyvät psyykkiset oireet, kuten unettomuus, ahdistuneisuus ja masennus voivat tuoda potilaan terveydenhuollon asiakkaaksi. Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen (2008,

105) mukaan päihteiden käyttäjillä onkin todettu olevan lähes kaksi kertaa yleisemmin mielenterveyden ongelmia kuin muilla.

Terveystarkastusten yhteydessä on aina selvitettävä, muun tutkimuksen ja haastattelun osana myös potilaan elämäntavat ja päihteidenkäyttö. Erilaisia strukturoituja kyselykaavakkeita tai haastattelurunkoja voidaan käyttää potilaan haastattelussa (esim. AUDIT tai alkoholinkäyttöpäiväkirja). Mini-interventio, eli lyhytneuvonta on myös todettu tehokkaaksi tavaksi vaikuttaa asenteisiin ja alkoholinkäyttötapaan, ja siten sekin osaltaan ehkäisee alkoholin aiheuttamia haittoja. (Aalto & Seppä 2009, 15–20; Alkoholiongelman Käypä–hoito-suositus 2015.)

Moniammatillista, ympärivuorokautista henkilökuntaa tarvitaan erityisesti akuutti- ja lyhytaikaisessa laitostarkastushoidossa, sekä mielenterveysongelmista kärsivien päihderiippuvaisten potilaiden hoidossa (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 46). Potilaan hoitoa onkin aina suunniteltava ja täydennettävä klinisten löydösten ja muiden esiin tulleiden tietojen myötä, sillä hoidon ja tuen tarve on erilaista, riippuen siitä, millä tasolla potilaan/ asiakkaan päihdekäyttö on (Holmberg 2010, 27). Luottamuksellinen hoitosuhde hoitavan henkilökunnan ja potilaan välillä on ehdoton perusta onnistuneelle hoitosuhteelle, mutta myös lääkehoitoa käytetään alkoholin ongelmakäytön ja -riippuvuuden hoidossa. Monissa perusterveydenhuollon yksiköissä työskentelee myös depressiohoitaja ja/ tai psykiatrinen sairaanhoitaja, joten ns. matalan kynnyksen ohjaus hoitokontaktiin on mahdollista. (Partanen 2009, 60–63; Alkoholiongelman Käypä–hoito-suositus 2015.)

**Alkoholi- ja huumeongelmien hoitoa koskeva Käypä hoito – suositus.** Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistys ovat julkaisseet alkoholi- ja huumeongelmien hoitoa koskevat Käypä–hoito-suositukset. Nämä suositukset on tarkoitettu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstölle arjen työn apuvälineiksi. Suosituksia voidaan hyödyntää myös osana päihdehuollon erityispalveluja, sekä sosiaalihuollossa ja päihdealan järjestöissä. Käypähoito-suosituksen tavoitteena on tehostaa keinoja tunnistaa alkoholismi, ehkäistä sairastumista, sekä parantaa ja selkeyttää päihdekäytöstä johtuvien sairauksien hoitoa. Suosituksen tavoitteena on myös lisätä kansalaisten yleistä päihdetietoutta

ja vaikuttaa ihmisten asenteisiin terveyttä edistävästi. Käypä–hoito-suositukset päivitetään kahden vuoden välein, jotta saadaan tuoreet hoitokäytännöt nopeasti ajan tasalle ja mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon työkäytänteihin. (Saarelainen & Annala, 2009, 41; Alkoholiongelmaisen Käypä–hoito-suositus 2015.)

## 4 SUUPOHJAN PERUSPALVELULIIKELAITOSKUNTAYHTYMÄN (LLKY) PÄIHDESTRATEGIA

*Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (L 3.8.1992/733)* säättää, että päihdepalveluita tulee olla tarjolla riittävästi ja kuntalais- ten on saatava tietoa, mistä päihdepalveluja on saatavilla. Sosiaali- ja terveyden- huollon yksiköillä pitää myös olla selkeästi organisoitu työnjako päihdeasioissa. Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävät joko tuottamalla ne itse tai tekemällä sopimus pohjaista yhteistyötä jonkun toisen kunnan tai muiden kuntien kanssa. Kunta voi myös olla jäsenenä tätä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä tai järjestää palvelunsa ostamalla ne toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai joltain muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajataholta. (L 3.8.1992/733.)

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä on perustettu vuonna 2008 ja sen toiminta alkoi virallisesti vuonna 2009. Yhteistoiminta- alueeseen kuuluu Kauhajoen kaupungin lisäksi Teuvan, Isojoen ja Karijoen kunnat. Yhteistoiminta-alueella asu- kasmäärä nousee yli Kunta- ja palvelurakennemuutoksen edellyttämän 20.000 asukkaan vaatimuksen, ja yhteinen liikelaitoskuntayhtymä pystyy tuottamaan palve- lut asiakkailleen paremmin kuin kukin kunta olisi voinut tehdä yksinään. Liikelaitos- kuntayhtymä tuottaa yhteistoiminta-alueensa väestölle sekä sosiaali - ja terveystal- veluja, että ympäristöterveydenhuollon, eläinlääkintähuollon ja ympäristönsuoje- lun palveluja. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011, 6.)

Päihdetyö voidaan jakaa sekä terveyttä edistävään että ennaltaehkäisevään päih- detyöhön. Varhaisvaiheen työllä pyritään erityisesti päihdehaittojen ehkäisyyn, sekä hoitavaan ja kuntouttavaan päihdetyöhön. Ehkäisevän päihdetyön tärkein perustelu on se, että päihteiden käyttö on haitallista sekä käyttäjälle itselleen, että hänen ym- päristölleen. Näitä haittoja voidaan ehkäistä vähentämällä päihteiden käyttöä. Hoi- toon hakeutuvien henkilöiden motiivit voivat vaihdella paljon; he joko pyrkivät rait- tiuteen, päihteiden käytön vähentämiseen tai päihteiden käytöstä johtuvien haittojen vähentämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 49; Stakes 2006, 6.) Maamme päihdekuntoutusjärjestelmä sisältää niin akuutteja hoitotoimia, avo - ja lai- toskatkaisuhoidonmuotoja, vieroitushoitoa kuin päihdepsykoosivaiheen psykiatrinen hoitoa ja päihdepsykiatrinen sairaalahoitoakin. Päihdekuntoutusjärjestelmä sisältää



aina myös muiden hoitomuotojen ohessa annettavaa, oireenmukaista lääkehoitoa. (Holopainen 2008, 212–215.)

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä oli mukana *Pohjanmaa - hankkeen Välittäjä 2009- hankkeessa*. Koska päihde- ja mielenterveyden ongelmien on havaittu kietoutuvan yhä tiiviimmin toisiinsa, oli tarve kehittää erityisesti näitä palveluja. Tavoitteena oli muodostaa tiiviimpiä palveluketjuja ja luoda yhteistoiminta-alueen palvelutuotannolle selkeä strategia, joka sisältäisi niin alueen päihdehuollon palveluketjut kuin mielenterveyskuntoutujien asumispalvelutkin. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011, 4–5.)

**Ennaltaehkäisevä päihdetyö.** Suupohjan peruspalveluliikelaitoksen alueella ennaltaehkäisevä päihdetyö tapahtuu osana toiminta-alueen kuntien kaiken ikäisille suunnattuja terveys- ja sosiaalipalveluja; mm. neuvolapalveluissa ja kouluterveydenhuollossa, työterveyshuollon käynneillä, terveystarkastusten osana, avoterveydenhuollon käyntien yhteydessä ja osana kotihoidon palveluja. Myös sivistystoimi on mukana mm. kouluissa ja nuorisotyössä. Tavoitteet ja toiminta- ohjeet noudattavat lainsäädäntöä, suosituksia ja Käypä–hoito-suositusta. Pyrkimyksenä on se, että asiakkaan/ potilaan kohtaamisessa henkilökunnalla olisi riittävät valmiudet puheeksi ottamiseen ja jatkohoidon ohjaukseen. Avohoidon tukitoimet toteutetaan kunkin alueen kunnan paikallisena terveyden ja sosiaalihuollon palvelumuotona. Terveyskeskuksista löytyy mm. depressiohoitajien ja psykologin palvelut, sekä yhteistoiminta-alueelta päihdetyön ohjaajan ja aikuissosiaalityön kotikuntouksen palvelut. Paikallistasolla jokaisessa kunnassa toimii myös yksityisiä palvelutuottajia ja kolmannen sektorin toimijoita päihde- ja mielenterveystyössä. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011,13–15.)

Päihdeongelmasta toipuminen on usein prosessi. Tämä tarkoittaa sitä, että muutokset päihdekäytössä ja elämäntilanteessa alkavat muuttua osaksi arkea pitkän ajan kuluessa. Alkoholiriippuvuuden kehittyminen kestää vuosia ja toipuminen sairaudesta kestää loppuelämän, siksi päihdeongelmainen henkilö voikin hakeutua hoitoon jopa useita kymmeniä kertoja. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 51; Aarninsalo & Karvonen 2009, 75.) Toipumisprosessiin liittyy voimakkaasti myös oman identiteetin muutos. Sitä kautta muutokset perhedynamiikan rooleissa saatta-

vat johtaa uuteen päihdekierteeseen vielä vuosienkin kuluttua raitistumisesta. Alkoholiriippuvuudesta ei voi koskaan parantua kohtuukäyttäjäksi ja siksi lopettamisesta täytyy tulla tavoite loppuelämäksi. Joidenkin päihderiippuvaisten kohdalla riippuvuus saattaa kuitenkin olla jo niin pitkälle edennyt, että aivotoiminta ja elimelliset vauriot ovat korjaamattomissa, eikä täydellinen toipuminen enää koskaan ole mahdollista. Erilaisten tukitoimien avulla näidenkin henkilöiden terveyshaittojen etenemistä on kuitenkin mahdollisuus vähentää. Näillä tukitoimilla pystytään sitten lisäämään niin henkilön omaa, kuin hänen läheistensäkin hyvinvointia ja ehkäisemään terveyspalvelukustannusten kasvua. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 51; Saarelainen & Annala 2009, 137–138.)

**Päihdehoidossa hoidon ja kuntoutuksen tavoitteet voidaan jakaa viiteen tasoon:**

1. Pyritään lievittämään asiakkaan päihteiden käytöstä aiheutuneita haittoja
2. Pyritään estämään erilaisin tukitoimin asiakkaan tilan ja/tai elinolojen heikentymistä
3. Erilaisten tukitoimien avulla pyritään pitämään asiakkaan tila ja/tai elinolot ennallaan
4. Asiakkaan tilaa ja/tai elämäntilannetta pystyttäisiin edes osittain korjaamaan ja
5. Että asiakkaan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen tilanne kohenisi oleellisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 51.)

Päihdehuoltoa järjestettäessä on noudatettava hoitotakuuta (L 30.12.2010/1326). Asiakkaalle on järjestettävä hänelle tarkoituksenmukaiset ja yksilöllisen tuen tarpeeseen vastaavat sosiaalihuollon palvelut siten, kun ne parhaiten soveltuvat juuri hänen auttamiseensa. Raskaana olevalla päihteiden käyttäjällä on aina ehdoton oikeus saada välittömästi päihteettömyyttä tukevat sosiaalipalvelut. Päihdepalveluja annetaan mm. sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksena ja neuvontapalveluina, sekä sosiaalipalveluina. Tavoitteena on tukea päihteettömyyttä ja vähentää päihdehaittoja, niin päihdekäytöstä aiheutuneiden sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalveluilla kuin päihdehuollon erityispalveluillakin. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3,15, 21.)

Terveysthuollossa päihteen käytön vuoksi asioivan - tai sosiaalihuollossa asioivan asiakkaan päihdehoidon tulee aina perustua hänen yksilöllisen tilanteensa arviointiin. Arvion pohjalta ja hänen kanssaan yhteistyössä tehdään hoitosuunnitelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 51–52.) *Sosiaalihuollon asiakaslaisissa* (L 22.9.2000/812), *potilaslaissa* (L 17.8.1992/785) ja *päihdehuoltoasetuksessa* (L 29.8.1986/653) painotetaan erityisesti kirjallisen hoitosuunnitelman tärkeyttä. Kirjallinen hoitosuunnitelma onkin tärkeä osa toimivaa hoitoprosessia.

Hoitosuunnitelmassa avataan hoitotyön suunnitelma, hoitotyön toteutus ja hoitotyön tulosten arviointi. Tarkka prosessin määrittely pitää sisällään potilaan/ asiakkaan yksilölliset tarpeet tai ongelmat, näiden priorisoinnin, realististen tavoitteiden asettamisen, hoidon toimintojen suunnitelman ja toteutuksen, sekä näiden tulosten arvioinnin ja hoitoprosessin päättymisen ja yhteenvedon. Yhteenvedossa avataan hoidossa saavutetut tulokset ja jatkohoitosuunnitelma. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 298/2009.) Terveysthuollon ammattihenkilö kirjaa potilasasiakirjoihin niin potilaan hoidon järjestämiseen, suunnitteluun, toteuttamiseen kuin seurantaankin tarvittavat tiedot. Sosiaalihuollon asiakaslain mukaan myös sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava asiakkaan kanssa palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelma on aina laadittava yhteisymmärryksessä asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Suunnitelmaa tehtäessä selvitetään myös asiakkaan tarvitsemat sosiaali-, terveys-, kuntoutus- ja koulutuspalvelut. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 51–52.)

**Hoitava- ja kuntouttava päihdetyö.** Laitoskatkaisuhoidon aloitetaan siinä vaiheessa jos avokatkaisuhoidon ei onnistu. Yleensä näin käy, jos potilaalla on hyvin voimakkaita vieroitusoireita, heikko yleistila tai vaikeita psykososiaalisia ongelmia ja potilas itse on motivoitunut hoitoonsa. Laitoskatkaisuhoidon toteutetaan perusterveydenhuollon vuodeosastolla sellaiselle alkoholiriippuvaiselle henkilölle, jolla on sairaalavalvontaa edellyttäviä voimakkaita vieroitusoireita tai hän on somaattisesti hyvin huonossa kunnossa. Katkaisuhoidon jaetaan lyhytaikaiseen katkaisuhoidon ja pitkäaikaiseen kuntoutushoidon. Katkaisuhoidon on ympärivuorokautista perushoidon ja sen päätavoite on saada katkaistua päihdekierron ja luoda sitä kautta edellytykset jatkokuntoutumiselle. Laitoskatkaisuhoidonjakso terveyskeskuksessa kestää yleensä 3–7 päivää. (Mustajoki ym. 2013, 819–821.)

Erikoissairaanhoidossa hoidetaan vastaavasti potilas, jolla on voimakkaat deliriumoireet. Delirium tremens (juoppohulluus) on hoitamattomana hengenvaarallinen tila. Siihen liittyy voimakkaiden vieroitusoireiden lisäksi sekavuutta ja desorientaatiota (ajan- ja paikan tajun hämärtyminen). Delirium voi kehittyä myös viiveellä, jopa yli 3 vrk. alkoholin käytön lopettamisesta. (Mustajoki ym. 2013, 819–821.)

Akuuttiosasto järjestää Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän (Llky) yhteistoiminta-alueella laitostarkkaisuhoitoa. Akuuttiosastolla on yksi yhden hengen potilashuone nimenomaan tarkkaisuhoitopotilasta varten. Käytännössä tarvetta on usein useammalle asiakkaalle kerrallaan, jolloin päihdetarkkaisuhoito joudutaan tarvittaessa siirtämään jo varhaisen toipumisen vaiheessa isoon potilashuoneeseen. Akuuttiosastolla hoitajakso kestää muutaman päivän, riippuen potilaan somaattisten sairauksien tilanteesta. Llky:n Akuuttiosastolla oli vuonna 2016 alkoholin runsaasta käytöstä johtuneista syistä 60 potilasta hoidossa ja näillä 60 potilaalla oli yhteensä 207 hoitopäivää. Keskimääräinen hoitajakso päihdetarkkaisuhoitoa on lyhyt, noin 3,6 vuorokautta. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011–2015, 16; Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri EPSHP, 2017.)

Hoidon alkuvaiheen tavoitteena on vieroitusosan tunnistaminen ja lievittäminen, sekä vakavien komplikaatioiden estäminen lääkehoidon, nesteytyksen ja potilaan muiden somaattisten sairauksien hoidolla. Akuuttihoitovaiheen jälkeisenä tavoitteena on potilaan juomisen loppuminen ja omahoidon motivaation lisääntyminen kohti päihteettömyyttä, sekä jatkohoidon suunnitelman tekeminen yhdessä potilaan kanssa. (Mustajoki ym. 2013, 819.) Kotiutusvaiheessa päihdetarkkaisuhoitoa olleelle potilaalle tarjotaan omatoimista mahdollisuutta olla yhteydessä päihdetyötä tekevään sosiaalityöntekijään jatkokuntoutumissuunnitelman tekemiseksi. Potilaan luvalla voidaan hänen tuen tarpeensa myös esittää mielenterveys- ja päihde SAS-ryhmälle akuuttiosaston kotiutusohitajan toimesta. Päihdetyön sosiaalityöntekijä sitten järjestää yhteistyössä potilaan kanssa tarvittavat tukipalvelut, erikoissairaanhoidon laitostuntoutusjaksot, kotikuntoutuspalvelut tai asumispalvelut. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011,16.)

**Tukitoimet.** Kotiutuvalla päihdekuntoutujalle voidaan tukitoimina ja terveydenhuollon avopalveluina järjestää erilaisia päihde- ja mielenterveyskuntoutujien tukimuotoja. Tällaisia ovat mm. tapaamiset terveyskeskuksen depressiohoitajan kanssa tai

hoitokontaktit psykiatrian poliklinikalle. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011,18.) Myös kotihoito tukee henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon tarpeessa; erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden arjessa selviytymistä. Aikuissosiaalityön kotikuntoutus tukee vastaavasti 18–65 vuotiaiden mielenterveys- ja päihdekuntoutujien itsenäistä asumista kuntouttavalla työotteella. Palvelua haetaan mielenterveys ja päihde SAS- (selvitä- arvioi-sijoita) ryhmän kautta. Palvelun sisältö, kuten kotikäyntien tai ryhmätoimintojen tarve arvioidaan aina yksilöllisesti, ja kotikäynnit ovat maksuttomia. Lapsiperheiden sosiaalityön perustehtävänä taas on tuottaa ja kehittää sosiaalityön palveluja alueen lapsiperheille ennaltaehkäisevästi, mutta myös asiakkaiden tarpeiden mukaan. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011, 24.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päihdekatkaisuhoidossa olleiden potilaiden kokemuksia päihdehoidosta ja päihdehoidon jatkuvuudesta heidän kotiututtuaan terveyskeskuksen osastojaksolta. Työn lähtökohtana ovat päihdehoitopotilaiden omat näkemykset päihdepalveluista ja miten niitä heidän kokemustensa mukaan voisi kehittää.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa alkoholiriippuvaisen hoitoonohjausmallin kehittämiseksi Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Akuuttiosastolle. Kehittämishaasteena on, että hoitoonohjausmalli jatkohoidon suunnitelman osana sitouttaa päihdepotilaan näkyvämmiin omahoitoonsa ja selkeyttää hoitoprosessia.

### **Tutkimuskysymyksiä ovat:**

1. Mitkä ovat syitä hakeutua päihdekatkaisuhoitoon?
2. Millaisia kokemuksia on terveyskeskuksen katkaisuhoidosta ja henkilökunnan asenteista?
3. Mitä kehitettävää olisi kotiutustilanteessa jatkohoidon kannalta?

## 6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Työelämän tutkimukseen liittyy useimmiten teemana ammatillisuus. Tällöin tutkitaan asioita, jotka luontevasti nivoutuvat joko omaan ammattiin tai edustettuun toimialaan. Tutkimustarpeita säätelee usein jonkin aiheen ajankohtaisuus, -käytännönläheisyys tai -työelämälähtöisyys. Työelämän tutkimuksen tavoitteena on kehittää ja yhdistää teoriaa, kokemusta ja ammattikäytäntöjä ja siksi mielenkiinto kohdentuu usein käytännölliseen ja soveltavaan tutkimukseen. Soveltavan tutkimuksen tavoitteena on aina saavuttaa jonkinlainen käytännön hyöty. Työelämän tutkimuksessa tavoitteena voi olla myös yhteisen kielen ja keskustelukulttuurin luominen eri ammattialojen välille. (Vilkkä 2009, 13–14.)

Tieteellisen tutkimuksen laadulle asetetut vaatimukset ja tavoitteet tukevat toisiaan ja ne ovat yhdistettävissä. Anttila (2004, 135) kirjoittaakin, että tieteellisen tutkimuksen ja ammatillisen tutkimus- ja kehitystyön erona on vain se, että edellisessä on tavoitteena tuottaa uutta teoriaa, kun taas jälkimmäisen pyrkimyksenä on parantaa käytäntöjä tai luoda kokonaan uusia käytänteitä. Vilkkä (2009, 42–49) mukaan tutkimusprosessi pitääkin sisällään niin tieteellisen tutkimuksen vertailuperustaa kuin tutkimusetiikkaakin. Tutkimusprosessin edistyessä joudutaan myös tekemään erilaisia valintoja ja päätöksiä, jollaisia tieteellisen tutkimuksen hyvät käytänteet ja tutkimusetiikka edellyttävät. (Vilkkä 2009, 42–49.)

Tutkimusprosessi jaetaan viiteen, toistensa kanssa rinnakkain toteutuvaan vaiheeseen. *Ideatasolla ja sitoutumistasolla* tehdään päätös siitä, onko prosessissa kyse *selvityksestä, kartoituksesta vai tutkimuksesta*. Ideavaiheessa pohditaan myös mikä olisi tutkimuksen luonteeseen soveltuva tutkimusmenetelmä ja sitä, miten tutkimusaineistoa on tarkoitus kerätä. *Toteuttamisvaiheessa* taas, alussa tehtyjä ratkaisuja ja suunnitelmia voidaan joutua tarkentamaan useampaankin kertaan, ennenkö kirjoittamisen lopullinen vaihe, *tiedottaminen*, on mahdollista. Tämän tyyppinen prosessointi on mahdollista tutkimuksissa, joissa tutkimuksen kohde on ihmisen tai jonkun ihmisryhmän omakohtaiset ja subjektiiviset kokemukset. (Vilkkä 2009, 42–49.)

Ideavaiheessa, toukokuussa 2016, pohdittiin teemahaastattelua tutkimusmetodiksi katkaisuhoidon läpikäyneille potilaille. Näin tuotettaisiin tietoa siitä, millainen koke-

mus katkaisuhuotojakso on ollut, ja millaisia toiveita/ kehitysehdotuksia potilailta itseltä hoitoaan ja jatkohoidon suunnitelmaa kohtaan on herännyt. Saavutetulla tiedolla olisi sitten mahdollista kehittää katkaisuhuopotilaan hoitoprosessia ja jatkohoidon suunnitelmaa kokonaisvaltaisemmaksi. Tutkimusaineisto kerättäisiin kyselytutkimuksella, ja kohderyhmänä olisivat potilaat, joilla ei ole diagnosoitu alkoholidemenciaa. Kyselytutkimuksen kysymykset muotoiltaisiin siten, että kysymykseen vastattaisiin useammalla sanalla, ja kysymykset olisivat helposti ymmärrettäviä.

Toisena ideana oli ajatus jonkinlaisen potilasoppaan kokoamisesta. Tämän voisi sitten antaa potilaalle hänen tullessaan hoitoon osastolle, tai se voisi olla katkaisuhuotohuoneessa esillä. Osastojakson aikana potilas ja hänen läheisensä voisivat tutustua oppaaseen ja sen avulla myös henkilökunnan olisi mahdollista avata keskusteluyhteys päihdeasioihin. Oppaasta voisi olla hyötyä sekä potilaalle, hänen läheisilleen ja hoitavalle henkilökunnalle. Oppaassa olisi tietoa päihhteistä, päihderiippuvuudesta ja päihderiippuvuuden hoitokeinoista, sekä informaatiota jatkohoidon palvelupolusta ja paikallisista kolmannen sektorin toimijoista päihdetyössä. Koska liikelaitoskuntayhtymän päihde- ja mielenterveysstrategian tavoitteena on ehkäistä päihdehaittoja ja edistää kuntalaistensa terveyttä, opas voisi myös toimia osana valistustyötä.

Toukokuussa 2016 esiteltiin opinnäytetyön aihe Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän (Llky:n) Akuuttiosaston osastonhoitajalle ja osalle henkilökuntaa. Samanaikaisesti lähestyttiin sähköpostitse Llky:n hoito- ja hoivatyönjohtajaa opinnäytetyöstä. Osastolla tai hoito- ja hoivatyön johtajalla ei ollut esittää toiveita tai kehitysehdotuksia opinnäytetyötä kohtaan tässä vaiheessa, joten toukokuun lopussa esittelimme opinnäytetyön idean koulun aiheseminaarissa ohjaavalle opettajalle ja opiskelutovereillemme. Jo tässä vaiheessa oli selvää, että opinnäytetyön tutkimusote tulee olemaan kvalitatiivinen, eli laadullinen.



## 6.1 Aineistonkeruu kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa

Hirsjärvi, Remes & Sajavaaran (2009, 161, 164) mukaan laadullisella tutkimusmenetelmällä tarkastellaan ihmisten yksilöllisiä kuvauksia kokemastaan todellisuudesta. Nämä kuvaukset sisältävät niitä asioita, joita ihminen pitää itselleen tai omassa elämässään, tärkeinä ja merkityksellisinä. Tutkimusta pyritään siksi kohdentamaan kokonaisvaltaiseksi. Metodeina voidaan käyttää esim. teemahaastattelua, diskursiivista analyysiä, osallistuvaa havainnointia tai ryhmähaastattelua. Kvalitatiivinen tutkimusote sopii hyvin jo olemassa olevaan tutkimusalueeseen, esim. silloin, kun tavoitteena on saada jostain aiheesta esille täysin uudenlaisia näkökulmia tai jotain aiheesta aiemmin saatua tietoa epäillään tai sitä pyritään tarkentamaan. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen, 2009, 49–50.)

Kvalitatiiviselle tutkimustavalle on hyvin luonteenomaista, että tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa ja aineisto hankitaan aina luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa. Koska tiedon keruun välineenä on ihminen, tutkija luottaa havaintoihinsa enemmän kuin erilaisiin mittausvälineisiin, siksi myös kohteita käsitellään ja aineistoa tutkitaan ainutlaatuisena. Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista sisällön analyysiä. Näin tutkimuksen analyysin lähtökohta ei ole minkään valmiin teorian tai hypoteesin testaaminen, vaan tavoitteena on tarkkailla kerättyä aineistoa mahdollisimman monipuolisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Tutkimuksen kohdejoukon valinnassa on pidettävä tarkasti mielessä, mitä ollaan tutkimassa. Haastateltavat olisi aina valittava suoraan tutkimusongelmaan liittyvän teeman, asiaan liittyvän asiantuntemuksen tai kokemuksen perusteella- näin haastateltavalla on tutkittavalle aiheelle oleellisen tärkeä, henkilökohtainen kokemus. (Vilkka 2009, 114.) Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston koko ei ole merkittävä kriteeri. Tärkeämpi kriteeri on aineiston laatu, sillä tutkimusaineisto toimii lähinnä apuvälineenä tutkimusaiheen ymmärtämiselle tai jonkun ilmiön tulkinnalle. Koska tutkimuksen kohteena on ihminen, jolla on ainutlaatuisia subjektiivisia kokemuksia ja ajatuksia, muotoutuu tutkimussuunnitelmakin prosessin edetessä. (Hirsjärvi ym. 2009, 164; Vilkka 2009, 126.)

## 6.2 Aineistonkeruu opinnäytetyöhön

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen luonteeseen sopi kvalitatiivisena tutkimusmenetelmänä kyselylomakehaastattelu. Alustavana tavoitteena oli löytää tutkimukseen vähintään 3–6 päihdekuntoutujan otanta Lky:n aikuissosiaalityön kotikuntoutuksen - ja Kankaanpään A- kodin päihdekuntoutusasiakkaiden joukosta. Kohderyhmä on läpikäynyt terveyskeskustason katkaisuhoidonjaksoja ja siksi hoitojaksoista, sekä jatkokohdon suunnitelmista, päihdekuntoutumisen tarpeista ja tavoitteista olisi heillä vielä tuoreita kokemuksia.

Hirsjärvi ym. (2009, 181) kirjoittavat, että kvalitatiivista tutkimusmetodia käyttämällä voidaan valita tarkoitukseen soveltuva kohdejoukko ja kuvata heidän omia, henkilökohtaisia kokemuksiaan ja ajatuksiaan. Koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole tarkoituskaan etsiä saaduista tuloksista tilastollisia säännönmukaisuuksia tai keskimääräisiä yhteyksiä, on mahdollista valita melko pieni kohdejoukko. Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli valita tietynlaisia osallistujia tutkimukseen. Tarkoitushakuisella valinnalla saataisiin kerättyä tietoa sellaisilta osallistujilta, joilla olisi tutkimuksen aiheesta runsaasti tietoa tai kokemusta. Koska tutkimusaihe käsittelee hyvin henkilökohtaisia ja arkaluoteisiakin kokemuksia, sopii tutkimuksen luonteeseen hyvin kvalitatiivinen lähestymistapa. (Hirsjärvi ym. 2009, 181; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85.)

Tutkimukseen soveltuvaa ja tieteelliseen näyttöön perustuvaa aineistoa haettiin kevään, kesän ja syksyn 2016 aikana. Suomalaista, hoitotieteellistä tutkimustietoa päihderiippuvuuden hoidosta- potilaan näkökulmasta- löytyi äärimmäisen niukasti. Tavoite oli löytää tuoretta ja laadukasta lähdemateriaalia, 5–10 vuoden aikasäteellä, mutta tällä hakumääreellä suoraan aiheeseen liittyvää materiaalia löytyi ainoastaan kaksi väitöskirjaa. Vastaavasti kotimaista, kirjallista materiaalia riippuvuuksista, päihdehaitoista, eri-ikäisten päihderiippuvuuksista ja päihde- ja mielenterveyspotilaan hoitoprosesseista löytyi kiitettävästi, mutta potilaan oma ääni oli näissäkin hyvin kuulumattomissa.

Aineistonkeruussa keskityttiin materiaaliin, josta oli saatavilla ajantasaista tietoa perusterveydenhuollon ja terveyskeskusten tarjoamasta alkoholikatkaisuhoidosta,

sekä opinnäytetyön tilaajan, Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän mielenterveys- ja päihdehoitosuunnitelmaan. Materiaalista rajattiin pois vain tiettyihin ikäryhmiin tai vain toiseen sukupuoleen rajoitettu aineisto, sekä aineisto, joka oli selkeästi sosiaalityön alueelta, tai uskonnollisten tai yksityissektorin toimijoiden tarjoamaa. Aineiston rajauksen perusteena käytettiin sitä, että työn tilaaja oli perusterveydenhuolto, eli yhteiskunnan julkinen palvelu, eikä julkisella palvelulla voi olla minikäänlaisia määriteltyjä sidosryhmiä yksityissektoriin tai uskonnollisiin ryhmittymiin. Myöskään vastaajien sukupuoli, ikä tai uskonto ei ollut tälle tutkimusaiheelle tai tutkimuksen tavoitteeseen oleellisesti vaikuttavaa tai tarvittavaa tietoa.

Manuaalisessa haussa kirjaston tietokannoista keskityttiin kotimaiseen ja maksimissaan 10 vuoden aikavälillä ilmestyneeseen, tieteelliseen näyttöön perustuvaan kirjalliseen materiaaliin. Hakusanoina käytettiin; päihteet, päihdeongelma, katkaisuhoidot, perusterveydenhuolto sekä päihteitä ja mielenterveyttä koskevat lainsäädännöt ja suositukset. Ensimmäisessä vaiheessa hakuja tehtiin manuaalisesti Kauhajoen ja seutukunnan kirjastojen tietokannoista, sekä SeAMK:n korkeakoulukirjaston tietokannoista yllä mainituilla hakusanoilla. Materiaalia karsittiin jatkossa julkaisun otsikoiden, sisällysluettelojen ja tiivistelmien antamien informaatioiden perusteella. Samankaltaista informaatiota antavien julkaisujen joukosta valittiin mahdollisuuksien mukaan aina alkuperäinen lähde. Tästä periaatteesta jouduttiin kuitenkin joustamaan niissä tapauksissa, joissa alkuperäinen informaatio ei ollut muuttunut oleellisesti tuoreemmassa lähteessä, ja alkuperäinen lähde oli yli 10 vuotta vanha.

Kotimaisessa päihdeongelmia ja päihdeongelmaisten hoitoa käsittelevässä kirjallisessa materiaalissa merkillepantavaa oli se huomio, että julkaisuissa käytetyt lähteet olivat paljolti samoja. Opinnäytetyöhön liittyvään aiheeseen löytyi alle 10 vuoden ikähaitarilla kaksi väitöskirjaa. Toinen väitöskirjoista oli Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitokselta, vuodelta 2010 (Laitila) ja vanhempi Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteen tiedekunnan väitöskirja, vuodelta 2006 (Ruisniemi).

Aiheeseemme liittyviä opinnäytetöitä löytyi käytetyillä hakusanoilla, mutta niitä ei luettu, eikä valittu tähän opinnäytetyöhön. Perusteena tälle valinnalle oli se, että opinnäytetyö on aina tutkimuksen tekemisen harjoittelua, niiden aihepiirit ovat suppeita ja opinnäytetöiden tutkimuksellinen laatu ei ole riittävää. Anttila (2004, 135) kirjoittaa, että tieteellisen tutkimuksen ja ammatillisen tutkimus- ja kehitystyön erona on

se, että edellisessä tavoitteena on tuottaa aivan uutta teoriaa, ja jälkimmäisessä parantaa jo olemassa olevia käytäntöjä tai muodostaa täysin uusia käytänteitä. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa, jolla voitaisiin kehittää ammatillisia käytäntöjä, kyse ei siis ollut tieteellisten tutkimuskriteereiden täyttämästä laadullisesta tutkimuksesta.

Opinnäytetyössä käytettyjä tietokantoja olivat Melinda, Aleks, Arto, Medic ja Cinahl. Haku rajattiin vuosiin 2006–2016, ja hakuprosessi on kuvattu liitteiden taulukoissa.

### 6.3 Toteutus ja analyysi

Tietokantahakujen perusteella muodostettiin opinnäytetyölle teoreettista viitekehystä kevään- kesän 2016 aikana. Työparin kanssa vaihdettiin kesän aikana ajatuksia ja pohdintoja lähinnä sähköpostitse ja molemmat työstivät teoriaosuutta tahoillaan. Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä käytiin ohjaavan opettajan kanssa läpi loppusyksystä 2016 opinnäytetyön ohjauksessa. Kirjallista osuutta ja sisällysluetteloa tiivistettiin ja muokattiin saadun ohjauksen perusteella. Syksyn pitkä työharjoittelujakso aiheutti sen, että saimme ohjaavan opettajan ja opponenttien lopullisen hyväksynnän kirjalliselle osuudelle ja tutkimuksen kysymyksenasettelulle valmiiksi ja hyväksytyksi vasta joulukuussa 2016. Joulukuussa, heti seminaarin jälkeen, lähetimme opinnäytetyön luettavaksi Llky:n Akuuttiosaston osastonhoitajalle, hoito- ja hoivatyön johtajalle, sekä hoidon ja hoivan johtotiimille. Tutkimusluvut saimme Llky:n hoidon ja hoivan johtotiimiltä parissa viikossa, ilman korjausehdotuksia.

Ohjaava opettaja suositteli teemahaastattelua tiedonhaun menetelmäksi tämän kaltaisessa opinnäytetyössä. Perustelimme kuitenkin kyselylomakkeen valintaa tutkimusmenetelmäksi sillä, että haastateltavat olisivat voineet kokea haastatteluun vastaamisen sanallisesti liian henkilökohtaiseksi ja tämä olisi saattanut vääristää vastausten rehellisyyttä. Lisäksi koimme, että tutkimuksen tekijöiden oma ammattirooli terveydenhuollossa olisi saattanut pienellä paikkakunnalla tehdä haastateltavaksi pyydettyjen olon epämukavaksi, ja haastatteluista kieltäytymisen todennäköisyys olisi voinut kasvaa. Ajatuksena oli, että ilman identiteettiä vastaaminen olisi luonut turvallisuuden tunnetta, ja taannut riittävän anonymiteetin tutkijoihin nähden.

Tämän opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka sisälsi 6 avointa kysymystä. Kysymyslomaketta laadittaessa kiinnitettiin huomioita siihen, että kysymykset pohjautuisivat opinnäytetyön teoriaosaan ja kysymyksillä saataisiin vastaukset tutkimusongelmiin. Kysymysten muotoiluun saimme ohjaavalta opettajalta kullannarvoisia neuvoja. Kyselylomakkeen sisällön tavoitteena oli, että kysymyksiin olisi helppo vastata ja kysymysten muotoiltu yleiskielellä olisi niin selkeää, että niissä ei olisi tulkinnanvaraa (Hirsjärvi ym. 2009, 202–203). Kyselylomakkeen oheen liitettiin saatekirje, jossa esiteltiin lyhyesti opinnäytetyön aihe ja tutkimuksen tarkoitus.

Marras-joulukuussa 2016 otettiin yhteys yhteistyökumppaneihin, saatiin suulliset luvat kyselyn tekemiselle ja yhteyshenkilöt molemmista yksiköistä. Tammikuun 2017 alussa, loppiaisen jälkeen, toimitettiin saatekirjeet ja kyselylomakkeet Lky:n aikuis-sosiaalityön kotikuntoutukseen Kauhajoelle (4 kyselylomaketta) ja Kankaanpään A-kotiin (6 kyselylomaketta). Tässä vaiheessa tavoite oli saavuttaa 10 vastaajan otanta. Haastateltavat henkilöt valitsi yhdyshenkilö, näin pystyttiin varmistamaan se, että haastateltavat henkilöt säilyttivät tutkijoihin nähden anonymiteetin. Tiedonkeruu sovittiin 2 viikkoon, eli tammikuun 2017 loppuun.

Helmikuun 2017 alussa palautui Lky:n aikuissosiaalityön kotikuntoutuksesta 2/4 kyselylomaketta vastattuna, Kankaanpään A-kodilta vastauksia saatiin 0/6. Tämä oli yllätys ja pettymys, sillä A-kodin yhdyshenkilö oli opinnäytetyön tutkimusaiheesta informoitaessa innokas avustamaan tutkimuksessa, ja koki, että kuntoutuskodilla oli hoidossa henkilöitä, joilla olisi tutkimusaiheesta omakohtaisia kokemuksia. Nyt jouduttiin pohtimaan uutta kohdetta kyselylle, jotta tutkimuksen otannasta olisi saatu riittävän kattava, ja siksi päädyttiin toimittamaan vielä 6 kyselylomaketta katkaisuhoidon toteuttavalle terveyskeskuksen osastolle. Yhteyshenkilön kautta tapahtui jälleen kyselylomakkeiden jako ja keruu. Kyselyihin vastausaika sovittiin huhtikuun loppuun.

Huhtikuun puolessa välissä palautuneita lomakkeita oli yhteensä 4. Opinnäytetyön ohjaajan kanssa käydyn keskustelun myötä päädyttiin siihen, että pyritään löytämään vielä ainakin 2 vastaajaa, jotta opinnäytetyön tutkimusaihe saavuttaisi riittävän saturaation, ja tutkimuksesta saatavien tulosten luotettavuus vahvistuisi. Aika-

taulu oli kireä, joten tässä vaiheessa arvokkaiksi yhteishenkilöiksi nousi oma ystäväpiiri. Heidän kontaktinsa kautta saavutettiin vielä 3 vastaajaa nopealla aikataululla. Huhtikuun loppuun mennessä vastaajia oli saatu yhteensä 7. Alkuperäisen työsuunnitelman mukaisesti opinnäytetyö olisi valmistunut jo maaliskuun aikana. Yllättävät hankaluudet saavuttaa riittävä määrä tutkittavia pitkitti kuitenkin prosessia useampaan kertaan, eikä työn analyysivaihetta pystytty tekemään suunnitellulla aikataululla.

Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin laadulliseen tutkimukseen soveltuvaa induktiivista sisällönanalyysiä. Menetelmän avulla pyritään tekemään loogisia havaintoja kerätystä aineistosta, sekä tulkitsemaan niitä mahdollisimman systemaattisesti. Induktiivisessa analyysissä sanat luokitellaan niiden teoreettisen merkityksen perusteella ja aineistoa pyritään tarkastelemaan niin monipuolisesti, että siitä nousisi esiin merkitsevät teemat. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 133–136; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Aineistolähtöisen analyysin ensimmäisessä vaiheessa tehdään tutkimusaineiston *reduointia*, eli pelkistetään ja tiivistetään alkuperäisiä vastauksia. Toisessa vaiheessa pelkistettyä aineistoa ryhmitellään, i. *klusteroidaan*. Menetelmällä etsitään tutkimusaineistosta samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään ja niille nimetään sisältöä parhaiten kuvaavat käsitteet. Analyysin kolmannessa vaiheessa tehdään ryhmittelyn perusteella aineiston teoreettisten käsitteiden luominen, eli *abstrahointi*. Menetelmällä erotellaan tutkimukseen oleellisesti tarvittava tieto, ja valitun tiedon perusteella muodostetaan teoreettiset käsitteet. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–113.)

Opinnäytetyön tutkimusvastausten analyysi toteutettiin siten, että tutustuttiin kyselylomakkeiden vastauksiin, luettiin ne useaan kertaan ja keskusteltiin tuloksista. Kerättiin yhtenevät ja eriävät mielipiteet listoiksi, ja vertailtiin niiden sisältöjä ja sanamuotoja. Tässä vaiheessa nostettiin kyselylomakkeiden vastauksista esiin sellaisia ilmaisuja, jotka olivat olennaisia vastaamaan tutkimuskysymyksiin ja karsittiin epäolennaisia sanoja ja lauseita pois - eli pelkistettiin aineistoa. Alkuperäisistä lauseista ja tehdystä sisällön analyysistä muodostettiin taulukko, jonka avulla opinnäytetyön tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset pystyttiin muodostamaan. Prosessin näkyväksi tekemisellä todistimme myös tutkimuksella saatujen tulosten luotettavuutta.

## 7 TULOKSET

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeeseen vastasi 7 henkilöä. Vastaajan sukupuolella tai iällä ei ollut merkitystä tämän tutkimuksen aiheen kannalta, joten niistä ei kysytty. Kyselylomakehaastattelu toteutettiin vuoden 2017 tammikuun ja huhtikuun välisenä aikana. Kaikki vastaajat ovat olleet terveyskeskuksen osastolla päihdekattausuhoissa. Kysymyslomakkeiden jakamisen ja keräämisen hoitivat yhteistyötoimien yhdyshenkilöt ja yksittäiset yhdyshenkilöt, näin pystyttiin takaamaan tutkittavien ja tutkijoiden välinen anonymiteetti koko prosessin ajan.

Induktiivisen sisällönanalyysin perusteella tutkimuksen pääluokkia muodostui kolme:

**Ensimmäinen pääluokka** muodostui teoreettisesta käsitteestä: Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve fyysisen terveyden tukemiseen. Pääluokka jakautui tutkimusaineiston abstrahoinnissa kahteen yläluokkaan; terveyden edistämiseen ja kokonaisvaltaiseen - ja moniammatilliseen hoitotyöhön. Aineistoa klusteroimalla muodostuivat alaluokat; terveydelliset syyt, oman tilanteen tiedostaminen, itsetuhoisuus, hoidon vaikuttavuus, lääkehoidon toteutuminen, somatiikan hoito, keskustelu ja tulevaisuuteen suuntaaminen.

**Toinen pääluokka** muodostui teoreettisesta käsitteestä: Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve psykososiaaliseen tukeen. Pääluokka jakautui tutkimusaineiston abstrahoinnissa seuraaviin yläluokkiin; hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja etiikka, ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot. Alaluokat; hoitohenkilökunnan ammatillisuus, kannustaminen, itsetunnon tukeminen, empatia, toivon vahvistaminen, vuorovaikutustaidot ja puheeksi ottaminen muodostuivat tutkimusaineistoa klusteroimalla.

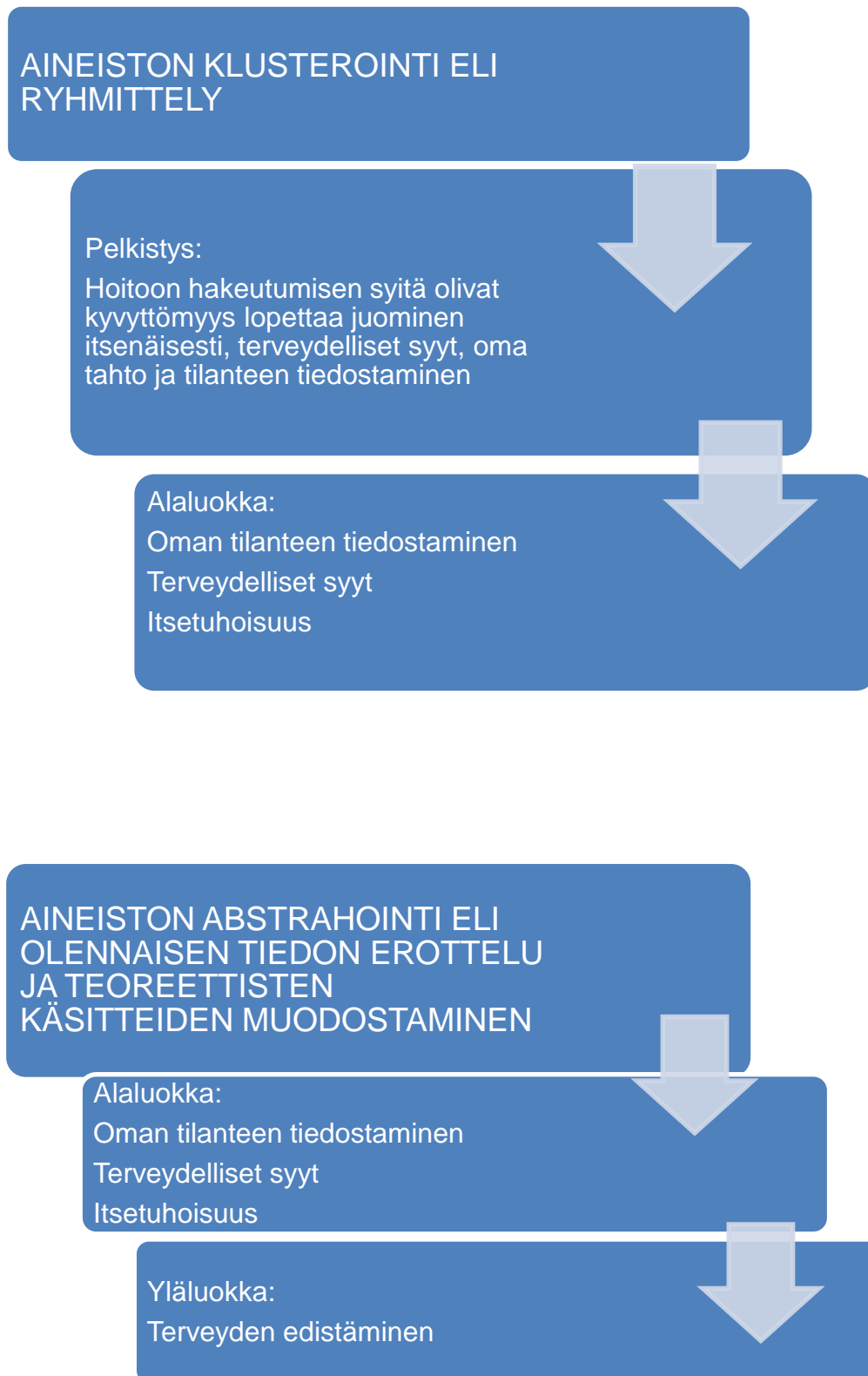
**Kolmas pääluokka** muodostui teoreettisesta käsitteestä: Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve jatkohoidon suunnitelmalle. Pääluokka jakautui aineiston abstrahoinnissa yläluokkiin jatkohoidon suunnitelma ja hoitoonohjaus. Tutkimusaineistoa edelleen klusteroimalla saavutettiin alaluokat lääkehoidon toteutuminen, elämänhallinnan voimavarojen edistäminen, ja jatkohoidon suunnittelu ja ohjaus.

Aineistoa edelleen abstrahoimalla, kohti yhdistävää luokkaa, saatiin pääluokista käsitteet terveyden edistäminen hoitotyön keinoin ja moniammatillinen ja yksilöllinen hoitotyö. Yläluokka muodostui käsitteistä fyysisen terveyden tuki-, psykososiaalinen tuki ja jatkohoidon suunnitelma ja hoitoonohjaus. Yhdistäväksi luokaksi saatiin käsite: Terveyskeskuksen katkaisuhoidon läpikäyneiden potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta ja tuesta päihderiippuvuudesta toipumiseksi.



Kuvio 1. Esimerkki Sisällönanalyysistä





Kuvio 1. Esimerkki Sisällönanalyysistä

## 7.1 Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve fyysisen terveyden tukemiseen

Alkoholiriippuvaisen ihmisen hakeutuessa katkaisuhuoltoon perusterveydenhuoltoon, se valitettavan usein tapahtuu ns. pakon edessä. Muut pitkäaikaissairaudet ovat saattaneet jäädä pitkällisen juomaputken seurauksena huonolle hoidolle, lääkkeet ovat jääneet ottamatta, ruokailut unohtuneet, hygienia jäänyt toteutumatta ja fyysinen vointi on romahtanut. Tyypillisesti pitkällinen alkoholinkäyttö saa aikaan fyysisiä oireita; jalkojen voimattomuutta, maha-suolikanavan verenvuotoja, oksentelua ja virtsan ja ulosteenkarkailua, jotka pahentuessaan viimein ajavat potilaan hakeutumaan hoitoon.

*”Pelko viinakrampeista, kuolemanpelko”*

*”Jalat ei enää kantaneet, ei pärjää kotona”*

*”Pelko terveydestä- että se juominen jatkuu jos on kotona”*

### 7.1.1 Terveyden edistäminen

**Terveydelliset syyt.** Hoitoon hakeudutaan joko itse tai joku läheinen toimittaa potilaan hoitoon, tämän mentyä niin huonoon fyysiseen kuntoon, ettei enää pärjää kotona. Alkuvaiheessa katkaisuhoidopotilaan hoito akuuttiosastolla keskittyykin potilaan somaattisen tilanteen hoitamiseen. Hoitotyön keinoin huolehditaan potilaan riittävästä nesteytyksestä, puhtaudesta, perussairauksien hoitamisesta ja vieroitusoireiden helpottamisesta.

*”Täytyy olla kiitollinen jotta joku pesi, puki ja huolehti syömisestä, itse ei enää pystynyt”*

*”En saa itte katkastua juomista, heikko olo”*

**Oman tilanteen tiedostaminen.** Kyselylomakkeen vastauksista voi päätellä, että useimmiten alkoholiriippuvainen potilas hakeutui päihdekatkaisuhuoltoon siinä elämänvaiheessa, kun hän alkoi tiedostaa oman tilanteensa. Fyysinen vointi oli heikentynyt pitkällisen alkoholin käytön seurauksena, olo oli huono ja tuli pelkoja rajuista

vieroitusoireista. Hoitoon hakeutumisen syynä oli myös se, että perhe tai läheiset olivat kyllästyneet tilanteeseen ja kokivat huolta alkoholistin terveydestä.

*”Tiedostan tilanteen, oma tahto”*

*”Vaimo sanoi että ottaa eron jos ei tämä juominen lopu, enkä halua jäädä yksin”*

**Itsetuhoisuus.** Toivottomuuden tunne nosti esiin vastauksista myös itsetuhoisia ajatuksia. Oma elämäntilanne nähtiin toivottomana, elämää ei ollut suunniteltu menevän näin. Avioero tai töistä irtisanominen päihdekäytöstä johtuneiden poissaolojen tai luottamuspujan vuoksi voi lisätä alkoholin aiheuttamaa masennusoireilua, ja päihderiippuvainen ihminen eristäytyy vähitellen kokonaan kodin ulkopuolisesta elämästä.

*”Isä oli juoppo, en koskaan ajatellut että minustakin tulee juoppo”*

*”Kaverit tuo viinaa, en ole enää aikoihin poistunut kämpiltä”*

*”Itsetuhoisuus hakeutumisen syy”*

### 7.1.2 Kokonaisvaltainen ja moniammatillinen hoitotyö

Pahimman krapulavaiheen helpotuttua ja fyysisen terveyden tilan kohentuessa, alkaa potilas usein vasta kunnolla tiedostaa oman tilanteensa. Tässä vaiheessa potilas alkaa realistisesti tajuta, että oma päihdekäyttö on muuttunut sairaudeksi, ja että ilman hoitoa ja omaa tahtoa ei sairaudessa tapahdu potilaan toivomaa toipumista.

*”Heikko olo, alkoholin käyttö olisi tarkoitus lopettaa kokonaan”*

*”Pakko lopettaa juominen, muuten perhe lähtee”*

Toisaalta saattavat omalle toipumiselle asetetut edellytykset ja tavoitteet olla hyvinkin epärealistisia. Mm. Suomalaisille tyypillisen työkeskeisyyden ja suorittamisen kautta työstä ja tekemisestä odotetaan löytyvän hyvinvointia lisääviä ja elämänlaa-

tua parantavia kokemuksia. Luonnollisesti työ ja tekeminen saavat ihmisen kokemaan itsensä tarpeelliseksi, samoin se antaa arkeen merkityksellistä tekemistä. Toisaalta alkoholiriippuvuus ei poistu tai parane koskaan pelkästään työn ja tekemisen kautta.

*”Kun sais kunnon töitä niin ei tulis juotua”*

**Hoidon vaikuttavuus.** Kokemukset päihdekatkaisuhoidosta olivat hyviä, hoidon onnistuminen rinnastettiin selvästi kuitenkin fyysisen olon paranemiseen. Vastaajat kokivat hyväksi sen, että sai levätä ja miettiä asioita.

*”Lähipiirikin samaa mieltä, että hyvä olisi lopettaa itse, että jossain vaiheessa se kuitenkin loppuu”*

*”Lepo on hyväksi, saa miettiä omia asioita”*

*”Hyvä että on tällainen paikka minne voi tulla kun tarvitsee apua”*

**Lääkehoidon toteutuminen, somatiikan hoito ja keskustelu.** Myös alkoholin vieroitusoireiden lievittämistä lääkehoidolla pidettiin tärkeänä osana hoitoa. Huomioitavaa oli kuitenkin se, että hoidon koettiin keskittyvän pääasiassa somaattisten oireiden hoitoon. Tärkeäksi koettiin myös mahdollisuus puhua henkilökunnan ja päihdetyöntekijän kanssa.

*”Ei tarvinnut pelätä kouristuksia, sai nukuttua”*

*”Osastolla keskustelua ja suunnittelua päihdetyöntekijän kanssa”*

*”Somatiikan hoito oli tärkeämpää”*

**Tulevaisuuteen suuntaaminen.** Muutamassa päivässä potilaan fyysinen kunto alkaisi sallia kotiutuksen. Usein terveyskeskuksen osastolla kotiutus tapahtuikin jo tässä vaiheessa hoitoa. Osastohoitojaksot ovat lyhyitä; Liky:n Akuuttiosastolla vuonna 2016 keskimäärin 3.6 vrk., joten tässä vaiheessa kotiutuminen vanhoihin

elämän rutiineihin ei edesauta yksistään riippuvuudesta toipumista. Kotiutusvaiheessa Akuuttiosastolla potilaalta kysytään toiveesta päihdetyön sosiaalityöntekijän yhteydenottoon ja tarvittaessa tämä yhteydenottopyyntö välitetään eteenpäin.

*”Ohjaus ollut riittävää, itsellä entuudestaan joitain niksejä tiedossa”*

*”Kyllä mä nyt taas yritän pitää kuiviakin aikoja”*

Vastaukset antavat kuvan, että potilas kotiutuessaan hyvässä fyysisessä voinnissa kuvittelee omaavansa riittävät valmiudet pysyä raittiina omin voimin. Jatkohoidon toteutumisesta, ja päiheteettömyyden tuesta ei siten ole akuuttiosastolta kotiutuessa tietoa. Valitettavan kuvan omatoimisen toipumispyrkimyksen epäonnistumisesta antaa kuitenkin se, että samat potilaat palaavat monta kertaa vuodessa päihdekatkaisuhoitoon.

Terveyskeskuksen alkoholikatkaishoitojakson aikana potilas alkoi tiedostaa oman tilanteensa ja avuntarpeensa, ja vastauksista voi päätellä potilaan tarpeen kokonaisvaltaiseen ja moniammatilliseen hoitoon. Hoidon vaikuttavuuden kannalta tämä vaihe päihderiippuvuudesta toipumisessa onkin hoitotyön- ja terveyden edistämisen kannalta hedelmällisin, ja se asettaa jatkohoidon suunnitelman merkityksen erittäin tärkeään rooliin. Vaikka monet potilaista suunnittelevat kotiutuessaan ottavansa omatoimisesti yhteyttä päihdetyöntekijään, se jää suurimmalta osalta tekemättä. Myös jonkinlainen leimautumisen pelko tuntuu yhden vastaajan kommentteista välittyvän sosiaalityön ylle, ja se estää potilaalta avun hakemista.

*”Ei tässä mitään sossua tarvita, en ole vielä niin paha juoppo”*

## **7.2 Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve psykososiaaliseen tukeen**

Vastaajista suurin osa koki, että henkilökunnan suhtautuminen alkoholikatkaishoidossa olevaan potilaaseen oli hyvä, ja hoitajat olivat kärsivällisiä ja kannustavia.

*”Hoitajat hyvin kärsivällisiä”*

Vastaajat toivoivat asiallista kohtelua, mutta osalla oli kokemus, että hoitohenkilökunnan asenne katkaisuhoidopotilaaseen oli alentuva. Myös häpeän tunne oman paikkakunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla nousi esiin osasta vastauksia.

*”Liian pieni kylä, kaikki tuntee toisensa, leimautuminen hävettää”*

Vastauksista voi päätellä, että hoitohenkilökunnan asenne päihdekatkaisuhoidopotilasta kohtaan ei ollut aina ammatillista. Hoitajan omat negatiiviset elämäkokemukset tai ammatillinen epävarmuus ja selkeä tietämättömyys saattoivat näyttäytyä potilaan epäasiallisena kohteluna.

*”Suurin osa hoitajista asiallisia ja mukavia. On niitäkin, jotka sanoo rumasti ja näyttää inhonsa”*

### **7.2.1 Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja etiikka**

**Ammatillisuus.** Kohtaamisissa, ja käytännön hoitotyössä hoitotyöntekijän negatiivinen asenne saattaa välittyä välinpitämättömyytenä, kärsimättömyytenä ja huonona hoitona. Päihderiippuvaisten potilaiden kohtaamisissa hoitajalla on oman eettisen pohdinnan ja arvovalintojen määrittämisen paikka.

*”Toivoisin asiallista kohtelua koska katkolle ei kevein perustein hakeuduta”*

*”Hoitajat olivat kiireisiä, eivät ehtineet kuunnella”*

**Itsetunnon tukemisen tarve, kannustaminen ja empatia.** Hoitohenkilökunnalta vastaajat odottivat asiallista suhtautumista ja kohtelua. Potilaan omat häpeän tunteet ja huono fyysinen kunto ovat saaneet mielialan jo muutenkin matalaksi ja lanistetuksi. Samoin kuin katkaisuhoidopotilas, tarvitsee myös hänen läheisensä ammatillista ja kokonaisvaltaista tukea; niin perheessä olevan kroonisen sairauden tunnistamiseksi, kuin tietoa ja rohkaisua avun hakemiseen itselle ja riippuvuudesta kärsivälle. Alkoholikatkaisuhoidopotilaan läheisetkin voivat kokea häpeää, mutta myös

epätoivoa, koska eivät ole pystyneet huolenpidolla tai rakastamisellakaan parantamaan riippuvuudesta kärsivää läheistään.

*”Häpeän tunne paikallisen terveyskeskuksen vuodeosastolla korostui”*

*”Ei kukaan välitä, tämmöinen surkea luuseri”*

## 7.2.2 Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot

**Vuorovaikutustaidot.** Vastaajat odottivat hoitohenkilökunnalta asiallista suhtautumista. Vastaajat pitivät tärkeänä myös hoitajien valmiuksia puhua vaikeistakin aiheista. Potilas siis kokee tarvetta puhua, mutta kaipaa rohkaisua hoitajalta.

*”Hoitajat hyvin kärsivällisiä”*

*”Hyviä kokemuksia”*

**Toivon vahvistaminen.** Hoitotyöntekijän ammatillisuus näkyy erilaisten potilaiden kohtaamisessa. Ammatillisuuteen liittyvät eettiset periaatteet ja hyvän hoidon kriteerit koskevat jokaista kohtaamista. Ammatillisuus edellyttää hoitajalta vuorovaikutustaitoja. Päihdekatkaisuhoidossa oleva potilas sairastaa kroonista pitkäaikaissairautta ja hänellä on oikeus odottaa hyvää hoitoa ja asiallista kohtaamista, niin kuin kenellä tahansa potilaalla. Osa potilaan hyvää hoitoa on tasavertainen keskustelu, aktiivinen kuuntelu, tiedottaminen ja ohjaaminen, ts. vuorovaikutus.

*”...saanut hyvää ja kannustavaakin kohtelua”*

**Puheeksi ottaminen.** Yksi vastaajista koki, että ohjaus oli ollut riittävää. Muista vastauksista ilmeni, että jatko-ohjausta tai neuvontaa ei ollut, ja hoitajat vierastivat päihteistä puhumista. Hoitajilta siis odotettiin valmiuksia puhua aroistakin aiheista. Tämä vastaajien odotus hoitajien vuorovaikutustaitojen suhteen antaa vahvan viestin siitä, että potilas kokee tarvetta puhua, mutta odottaa hoitavan henkilökunnan avaavan keskustelun.

*”Hoitajat ei puhu päihteistä, tai sitten ne sanoo vaan että koita nyt lopettaa”*

Alkoholiriippuvuudessa myös sosiaaliset haitat, kuten ihmisen työ- ja toimintakyvyn heikentyminen ja ihmissuhderistiriitojen kehittyminen kasvavat. Akuuttiosaston alkoholikatkaishoito kestää vain muutaman päivän, joten se asettaa yksilölliseen tarpeeseen perustuvalle jatkohoidon suunnitelmalle suurta painoarvoa.

*”Hoidettiin sen verran että joinkin pärjää, sitten ulos”*

### **7.3 Alkoholiriippuvaisen potilaan tarve jatkohoidon suunnitelmalle ja hoitoonohjaukselle**

Osalla vastaajista jatkohoito oli toteutunut Antabus-lääkkeellä. Osa kertoi käyneensä päihdeohjaajan luona, AA:ssa tai kotikuntoutusohjaajan luona. Yksi vastaajista oli läpikäynyt Kankaanpään A- kodin kuntoutusjakson ja yksi Minnesota-hoidon. Yksi vastaajista oli läpikäynyt nämä kaikki päihderiippuvuuden hoitovaihtoehdot. Jokaisen vastaajan päihderiippuvuushistoriaan oli sisältynyt useita katkaishoitojaksoja terveyskeskustasolla.

#### **7.3.1 Jatkohoidon suunnitelma**

**Lääkehoidon toteutuminen.** Osastolla potilaan lääkelistat ja kotilääkityksen tarve on kartoitettu; Antabus-lääke tukee osaltaan motivoitunutta päihdekuntoutujaa omahoidossa. Myös muiden perussairauksien lääkehoidon toteutumiseksi tarvitaan usein potilaan kokonaislääkityksen tarkistamista. Ennen kotiutumista on pohdittava kotona toteutettavaan lääkkeenottoon mahdollisesti liittyviä ongelmatekijöitä tai haasteita. Esim. insuliinihoito ja Marevan-hoito saattavat vaatia tiheämpien kontrollikäyntien suunnittelemista, lääkehoidon toteutumisen tukea esim. kotikuntoutuksen käyntien kautta, tai kokonaan toisen tyyppiseen (potilaalle turvallisempaan) lääkevalmisteeseen siirtymistä.

*”Lääkehoito toteutui”*

*”Lääkitys laitettiin kuntoon”*



### 7.3.2 Hoitoonohjaus

**Elämänhallinnan voimavarojen vahvistaminen.** Riippuvuudesta toipuva ihminen ja hänen läheisensä tarvitsevat kokonaisvaltaisesti tukea kaikille elämänoille, jotta toipumista voisi tapahtua. Sekä henkinen- että fyysinen riippuvuussuhde alkoholiin edellyttää usein sekä lääkettä, että säännöllisiä kontakteja esim. depressio- tai psykiatriselle sairaanhoitajalle, ja tukea erilaisista päihdekuntoutukseen erikoistuneista avo- tai laitoshoidon kuntoutusyksiköistä.

*”Tarpeen arviointia tapauskohtaisesti”*

*”Niin kuin on tapahtunutkin kohdallani, että on saanut ajan päihdetyöntekijälle”*

*”Ei suunniteltu, koska vain päihdehoitaja hoiti asiaa”*

Kaikkien tukitoimien yhteisenä tavoitteena on tukea niin kuntoutujan terveydentilan ja itsetunnon kohenemistä, kuin hänen elämänhallintansa valmiuksia ja omahoitonsa keinoja. Katkaisuhoidon potilaan ja hänen läheistensä informoiminen ja motivoiminen avun ja tuen hakemiseen, on yksi hoitohenkilökunnan perustehtävistä, ja tärkeä osa vaikuttavan jatkohoidon suunnitelmaa. Koska alkoholiriippuvuus vaikuttaa laaja- alaisesti ihmisen elämään; niin hänen omaan terveyteensä ja elämänhallintaansa kuin perheenjäseniin, työelämään ja rooliin yhteiskunnassa, on hänen kroonisen pitkäaikaissairautensa hoitokin oltava yhtä yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja moniammatillista, kuin muidenkin pitkäaikaissairauksia potevien hoito.

## 8 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata päihdekatkaisupotilaiden omia näkemyksiä hoidostaan terveyskeskuksen osastolla, sekä selvittää, miten päihdehoitoa ja hoitoonohjausmallia jatkohoidon suunnitelman osana voitaisiin kehittää.

Koimme mielenkiintoiseksi tehdä tämän tyyppisen tutkimuksen, sillä työskentelemme itsekkin perusterveydenhuollon osastolla, jossa katkaisuhoidoa toteutetaan. Perusterveydenhuollon valmiudet tämän potilasryhmän kroonisen ja vakavan sairauden luonteen ymmärtämiseen, ja kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen hoitotyön toteutumiseksi edellyttävät tietoa, vuorovaikutustaitoja ja tiivistä yhteistyötä terveyden- ja sosiaalihuollon toimijoiden välillä.

Teoreettisen rungon valmistuttua aloimme miettiä tutkimuskysymyksiä, jotka parhaiten antaisivat hyödynnettävää tietoa. Tutkimuskysymysten oli tarkoitus myös selvittää syyt päihdekatkaisuhoitoon hakeutumiselle. Teoriapohjaan etsimme tietoa useista lähteistä, ja kotimaista kirjallista materiaalia päihdehaitoista, riippuvuuksista ja päihdehoitoprosesseista löytyikin runsaasti, mutta suomalaista hoitotieteellistä tutkimustietoa päihdehoitopotilaan omasta näkökulmasta oli niukasti saatavilla. Keskeisenä tavoitteena opinnäytetyössä oli saada potilaan oma näkemys ja ääni kuuluviin.

Huhtikuun alkuun mennessä tutkimukseen oli saatu 4 vastaajaa, ja kysymyslomakkeilla saadut vastaukset oli analysoitu. Riittävän saturaation saavuttamiseksi, ja opinnäytetyön tulosten luotettavuuden lisäämiseksi, päädyttiin kuitenkin kasvattamaan otantaa. Yhteyshenkilöiden kautta löytyi 3 vastaajaa lisää huhtikuun aikana. Tulosten analyysi ei kuitenkaan tuonut uutta näkemystä opinnäytetyön tutkimukselle; pikemminkin se vahvisti jo saatuja tuloksia. Näin ollen tutkimuksen voidaan päätellä saavuttaneen saturaatiopisteensä, ja 7 vastaajan otanta on ollut riittävä.

### 8.1 Tulosten tarkastelua suhteessa viitekehukseen

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys pohjautuu pääasiassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen - ja Sosiaali- ja terveysministeriön ja laatu- ja hoitosuosituksiin,

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän päihdestrategiaan, sekä Laitilan (2010) ja Ruisniemen (2006) väitöskirjoihin ja Paradise-hankkeen (2005–2010) tuloksiin.

Kuntien päihdetyö voidaan jakaa sekä terveyttä edistävään, että ennaltaehkäisevään päihdetyöhön. Varhaisvaiheen työllä pyritään erityisesti päihdehaittojen ehkäisemiseen, sekä hoitavaan ja kuntouttavaan päihdetyöhön. Tärkein perustelu ehkäisevälle päihdetyölle onkin se, että päihteiden käyttö on haitallista sekä käyttäjälle itselleen, että hänen ympäristölleen. Päihteiden käytöstä johtuvia haittoja voidaankin ehkäistä ainoastaan vähentämällä päihteiden käyttöä. Hoitoon hakeutuvien henkilöiden motiivitkin vaihtelevat paljon; he joko pyrkivät täysraittiuteen, päihteiden käytön vähentämiseen tai päihteiden käytöstä johtuvien haittojen vähentämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3, 49; Stakes 2006, 6.) Alkoholiriippuvuudessa myös sosiaaliset haitat, kuten ihmisen työ- ja toimintakyvyn heikentyminen ja ihmissuhderistiriitojen kehittyminen kasvavat (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 13.10.2014). Ja kuten kaikissa muissakin kroonisissa pitkäaikaissairauksissa, ovat päihderiippuvuudenkin hoitokeinoina sekä omahoidon keinot, että lääketieteelliset keinot (Ruisniemi 2006, 15–16).

Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset osoittivat, että hoitoon hakeutumisen syitä olivat kykenemättömyys lopettaa juominen, itsetuhoisuus, huoli terveydestä, oma tahto ja oman tilanteen tiedostaminen. Päihdepotilas on osastolle katkaisuhuitoon tullessaan usein humalassa ja juomista on jatkunut jo pitkään. Oman tilanteen tiedostaminen ja kykenemättömyys lopettaa juominen, ovat yleensä syynä siihen, että potilas saapuu hoitoon itse. Myös huoli omasta terveydestä saa potilaan hakemaan apua ongelmaansa. Usein myös potilaan läheinen soittaa paikalle ensihoidon, joka tuo potilaan osastolle. Hoitoon tullessaan päihdepotilas on yleensä huonossa kunnossa. Alkuvaiheen hoito keskittyykin aluksi vieroitusoireiden hoitoon, ja kuten päihdepotilaat kokivat, somaattisten vaivojen hoitoon.

Varsinkin päihdepotilaalle, joka tulee katkaisuhuitoon ensimmäistä kertaa, olisi tärkeää saada onnistunut ja myönteinen hoitokokemus, ja että ongelmiin puututtaisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Osa tutkimukseen osallistuneista päihdepotilaista oli ollut osastolla päihdekatkaisuhoidossa jo useamman kerran. Lukuisista

katkohoitojaksoista osastolla voitiin päätellä, että jatkohoito ei ollut toteutunut tai osastohoitojakso oli ollut liian lyhyt. Vieroitusoireista parannuttuaan potilas usein kokee olevansa kunnossa ja lähtee kotiin, jossa sama elintapa jatkuu. Yksi hoitoon hakeutumisen syistä oli oma tahto, joka onkin oltava olemassa, jotta päihderiippuvuudesta voisi toipua. Tutkimuksesta ilmeni myös ulkopuolisen tuen tarve ja halu saada keskustella myös arkaluonteisista asioista. Eräässä vastauksessa syy hoitoon hakeutumiseen oli itsetuhoisuus, joka taas liittyy vahvasti oman tilanteen tiedostamiseen. Pelko siitä, että vahingoittaa itseään, sai päihderiippuvaisen hakeutumaan hoitoon. Myös huolestunut lähipiiri vaikutti hoitoon hakeutumiseen.

Alkoholiriippuvuuden vuoksi hoitoon joutunut/ hakeutunut potilas on usein häpeissänsä ja niin hänen itsetuntonsa kuin elämönhallintansakin heikolla tolalla. Pitkäaikainen päihdekäyttö on saattanut aiheuttaa masennusoireilua, tai sitten jo edeltävästi olemassa ollutta masennusta on hoidettu alkoholilla. Jokainen potilas toivoo saavansa hoitohenkilökunnalta ammattimaista, ymmärtävää ja empaattista käytöstä kohtauksissa ja hoitotilanteissa. Hoitajalta tämä edellyttää ammattiosaamiseen sisältyvää tietoa, ammatillista toimintakulttuuria, eettistä pohdintaa ja toimintaa. Jokainen kroonista sairautta poteva ansaitsee kunnioittavan ja asiallisen hoitokontaktin. Hoitavan henkilöstön asia ei ole arvottaa potilaita arvokasta hoitoa ansaitseviin - ja huonoa hoitoa ansaitseviin ihmisiin. Oma henkilökohtainen asenne tai mielipide ei saa vaikuttaa minkään potilasryhmän hoitokokemuksiin. Syyllistäminen tai alentava asennoituminen ei liioin auta ketään kroonista sairautta sairastavaa toipumisessa tai omahoidon valmiuksien vahvistamisessa. (Kantonen ym. 2006, 4926; Mikkonen 2007, 4749.)

Terveyskeskuksen alkoholikatkaisuhoidon aikana potilas alkaa tiedostaa oman tilanteensa. Osastojaksot ovat kuitenkin lyhyitä, keskimäärin 3,6 vrk, joten tässä vaiheessa kotiutuminen vanhoihin elämän rutiineihin ei edesauta riippuvuudesta toipumista. EPSHP:n Exreport-tietokannan mukaan vuonna 2016 oli 60 katkaisuhoidopotilaalla 95 hoitojaksoa ja 207 hoitopäivää akuuttiosastolla (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri EPSHP, 2017). Kotiutusvaiheessa päihdekuntoutujalle voidaan järjestää erilaisia päihde- ja mielenterveyskuntoutujien tukimuotoja. Tällaisia ovat mm. tapaamiset terveyskeskuksen depressiohoitajan kanssa tai hoitokontaktit psykiat-

rian poliklinikalle. Aikuissosiaalityön kotikuntoutus, kotihoito ja lapsiperheiden sosiaalityö tuottavat myös tarvittavia tukipalveluja. (Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä LIky 2011,18, 24.)

Opinnäytetyötä tehdessämme, saimme lisätietoa ja vahvistusta käsityksillemme päihdehuollon jatkohoidon suunnittelun tärkeydestä. Tutkimustulosten analysointi osoittaa, että terveyskeskusosaston päihdekatkaisuhoidon onnistuminen edellyttää hoidon kokonaisvaltaisuutta, pitkäjänteistä ja moniammatillista hoitotyötä ja jatkohoidon suunnitelman yksilöllistä laatimista. Tärkeää on, että potilas myös itse osallistuisi oman hoitonsa suunnitteluun ja että hänen mielipiteitään kuultaisiin. Laitilan väitöskirjan (2010, 21–27) mukaan asiakkaan oman osallisuuden käytännön toteutuminen on puutteellista, mutta osallistumalla potilaalla olisi paremmat mahdollisuudet toipua. Potilaalle tulisi antaa riittävästi aikaa omille päätöksilleen ja luoda turvallisuuden tunne. Tärkeää on myös, että potilas voi esittää mieltään askarruttavia kysymyksiä. Opinnäytetyön tutkimusprosessin perusteella voikin todeta tämän pitävän paikkansa. Usein potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen vuorovaikutus on suppeaa, ja asenteita on sekä hoitajilla potilasta kohtaan, että päinvastoin. Yhteisymmärryksen pääseminen voi olla vaikeaa ja arkaluontoisten asioiden käsittely voidaan kokea hankalana; sekä potilaan, että hoitajan kannalta.

Paradise- hankkeen yhdeksi johtopäätökseksi tuli se, että elämänlaadun koheneminen on suora seuraus hoitointerventiosta. Elämänlaatua myös lisää se, että joko alkoholinkäytön pystyy lopettamaan kokonaan tai alkoholin käyttöä pystyy edes jonkin verran vähentämään. Hankkeen tulokset osoittavatkin, että vaikka alkoholin käyttöä ei pystyisi lopettamaan kokonaan, riippuvuudesta voi tapahtua toipumista, vaikka täyttä raitistumista ei tapahtuisikaan. (Paradiseproject.eu; Levola & Pitkänen 2012, 26–27.) Päihderiippuvuusiikin hoitomuotojen tutkimuksessa on elämänlaadun merkitys nostettu yhä tärkeämpään rooliin. Päihdetutkija Mc Lellan (2008, 17) on todennutkin elämänlaadun ja toimintakyvyn kohenemisenkin olevan jo tarpeeksi tavoiteltava hoitotulos.

Katkaisuhoidopotilaan elämänlaatua ja toimintakykyä voidaan kohentaa kokonaisvaltaisen ja moniammatillisen hoitotyön keinoin; kuten somaattisten sairauksien hy-

vällä hoidolla, hyvällä perushoidolla, henkisen tilan tukemisella, aktiivisella kuuntelemisella ja asiallisella kohtaamisella, sekä kannustavalla kohtaamisella ja rohkaisemisella avun hakemiseksi.

Jatkohoidon suunnittelemiseksi olisi opinnäytetyön tekijöiden mielestä erityisen tärkeää tiivistää yhteistyötä terveydenhuollon katkaisuhuoltoja järjestävän yksikön ja päihdetyön sosiaalityöntekijän välillä. Samoin kuin huolesta ikääntyneen terveydestä ja kotona selviämisestä voidaan viedä tieto SAS-ryhmälle, pitäisi samalla tavalla toimia, kun huoli päihderiippuvuuspotilaan terveydestä tai arjessa selviytymisestä tulee esiin.

Jokaisen asiakkaan odotukset hoitotyön laadulle kohdistuvat erityisesti kohtaamiseen. Työntekijältä odotetaan erityisesti ammattitaitoa ja asiallisuutta, ystävällisyyttä ja kuuntelemisen taitoa. Laatutyössä, asiakkaan näkökulmasta katsoen, tärkeintä onkin asiakaslähtöinen kohtaminen, asiakaspalautteen antomahdollisuus ja asiakkaan/ potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa ja siinä tehtäviin päätöksiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014.)

Opinnäytetyön tulosten mukaan kokemukset katkaisuhoidosta ja henkilökunnan asenteista olivat pääosin myönteisiä. Negatiivisia asioita olivat häpeän tunteen kokeminen ja hoitajien päihdeistä puhumisen vieroksuminen. Hoidon koettiin keskittyneen enemmän somaattisten oireiden hoitoon.

Opinnäytetyön tutkimusongelmiin oli tarkoitus saada vastauksia kyselylomakehaastattelun kautta. Vastauksia saatiin 2/4, 0/6, 2/6 ja 3/3, eli yhteensä 7/19. Lähetettyyn lomakemäärään nähden vastausprosentti jäi hieman pienemmäksi kuin tavoiteltiin. Koemme kuitenkin, että vastaajien antamat vastaukset tutkimuskysymyksiin auttoivat tavoittamaan ne näkemykset, joita teoreettisen viitekehyksen pohjalta haettiin.

Tutkimuksen kysymyslomakkeen kuudesta kysymyksestä koostettiin taulukkomalli induktiivisella sisällönanalyysillä, ks. liite.

## 8.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Aihe katkaisuhoidon kehittämistarpeesta tuli Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Akuuttiosastolta. Llky:n Akuuttiosasto järjestää 4 yhteistoiminta-alueen kunnan alkoholipäihdekatkaisuhoidon. Päihdeongelmat rasittavat yhteiskuntaa ja terveydenhuollon palveluja runsaasti. Päihdehoidon priorisointi ja hoitoketjujen tehostamisen tarve on myös yhteiskunnan eettinen valinta. Varmistamalla hoidon jatkuvuutta, pystyttäisiin paremmin auttamaan potilasta pysymään raittiina ja edistämään hänen terveyttään ja hyvinvointiaan. Päihdeongelma vaikuttaa laaja-alaisesti potilaan jokaiseen elämän osa-alueeseen, joten hoidonkin olisi oltava kokonaisvaltaista.

Aihe oli kiinnostava, sillä työskentelemme itsekkin terveystieteiden osastolla, jossa päihdekatkaisuhoidon toteutetaan. Olemme nähneet työssämme päihdepotilaiden lyhyiden ja toistuvien hoitosuhteiden ongelmakohtia, ja pyrimme opinnäytetyömme kautta kehittämään niin omaa, kuin työyhteisömmekin hoitotyötä ja päihdekatkaisupotilaan hoitoprosessia vaikuttavampaan suuntaan. Tutkimusaihetta valittaessa tehtiin siis jo eettinen valinta siitä, minkälainen aihe koettiin kiinnostavaksi ja tarpeelliseksi. Aiheen valinta saneli myös sen, mikä tuli olemaan työn lähtökohta, ja tässä opinnäytetyössä näkökulmaksi valittiin potilaan oma henkilökohtainen näkökulma ja subjektiivinen kokemus.

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävä, luotettava ja sen tulokset olla uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Jotta tutkimus olisi laadukas ja luotettava, on tutkijalla oltava hyvä ammattitaito. Jokainen tieteenala edellyttää sekä ammattietiikkaa, että riittävää tiedollista - ja tutkimuskäytäntöjen teknistä hallintaa. Näistä muodostuu hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkijan ammattitaidottomuutta ja tutkimuksen luotettavuuden heikentymistä kuvaa, jos tutkija ei hallitse omaa tieteenalaansa, on huolimaton tutkimuksen tekemisessä, saatujen tulosten kirjaamisessa, tulosten säilyttämisessä tai tutkimustulosten raportoinnissa. (Kuula 2011, 34–35; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6,8.)

Kylmä & Juvakka (2007, 127) mukaan, kun tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan, pyritään selvittämään, kuinka rehellistä on tieto, joka tehdyllä tutkimuksella on tuotettu. Jotta saatuja tutkimustuloksia pystyttäisiin käyttämään jatkotutkimuksissa, on luotettavuuden arvioiminen välttämätöntä. Kun tutkimustulosten luotettavuutta analysoidaan, ovat yleisesti käytettyjä luotettavuuskriteereitä *uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys ja reflektiivisyys*. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan kahden pääkäsitteen, *validiteetin ja reliabiliteetin*, kautta. Arvioinnin tavoitteena on varmistua siitä, että saadut tutkimustulokset ovat totta, ja tutkimusprosessin eri vaiheissa on tehty oikeita ja perusteltuja ratkaisuja. Reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten pysyvyyttä tutkimusta mahdollisesti myöhemmin toistettaessa. Vastaavasti validiteetti kartoittaa sitä, että onko tutkittu oikeita asioita, toisin sanoen mittaako tutkimus juuri sitä, mitä sen avulla on ollut tarkoitus selvittää? (Kananen 2015, 343.)

Opinnäytetyömme luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan siten, että käytettiin ainoastaan tieteellisesti luotettavia ja mahdollisimman tuoreita lähteitä. Monipuolisella lähteiden käytöllä pyrittiin myös kuvaamaan tutkimukseen kohdistuvaa ilmiötä monipuolisesti. Kriteerivaliditeettia käyttämällä tutustuttiin tutkimusaiheesta aiemmin tehtyihin tieteellisiin tutkimuksiin ja käytettiin niistä saatavia päätelmiä omien tutkimustulosten tukena (Kananen 2015, 349). Tulosten tulkitsemisessa pyrittiin vahvistamaan analyysin luotettavuutta käymällä aineistoa läpi yhdessä ja erikseen, sekä keskustelemalla johtopäätöksistä. Luotettavuutta lisättiin prosessoimalla induktiivinen sisällönanalyysi taulukoksi.

Opinnäytetyön tutkimuksen luotettavuutta heikensi se, että osa vastaajista oli vastannut lomakkeen kysymyksiin vain parilla sanalla, esim. ”oikein hyvin” tai jättäneet osaan kysymyksistä täysin vastaamatta. Tämä heikensi näiden vastausten/ tyhjien vastausten käyttämistä ja tulkintaa analyysissä. Vaikka LIky:n Akuuttiosaston hoitokäytäntöjen kehittäminen oli se kohderyhmä, jonka hoitoprosessia oli tutkimuksen tulosten perusteella tavoitteena kehittää, oli huomionarvoista se, että osa kysymyslomakkeeseen vastanneista saattoi olla vielä fyysisesti ja psyykkisesti heikkokuntoisia ja krapulavaiheessa olevia. Tällöin vastaajan motivaatio oman jatkohoitonsa toiveiden ja tavoitteiden suhteen on voinut olla vielä hyvin selkiytymätön.



Kanasen (2015, 349) mukaan laadullisen opinnäytetyön reliabiliteettia on vaikeampi arvioida. Reliabiliteetti on sellainen luotettavuuden arviointikeino, jossa tutkimustulokset voidaan toistetussa tutkimuksessa saada samanlaisiksi. Kvalitatiivisen opinnäytetyön luotettavuutta ei voida laskea matemaattisesti, vaan sitä pystytään arvioimaan vain validiteetin kautta. (Kananen 2015, 349.)

Opinnäytetyön reliabiliteettia pyrittiin vahvistamaan siten, että tutkimukselle haettiin monipuolisesti teoreettista viitekehystä tieteelliseen näyttöön perustuvista, luotettavista ja alle 10 vuotta vanhoista tutkimuksista ja alan kirjallisuudesta, sekä lainsäädännöistä ja laatusuosituksista. Opinnäytetöitä päihdeongelmasta ja päihteistä toimimisesta on tehty, mutta niitä ei tietoisesti lähteisiin valittu. Opinnäytetyöt ovat tutkimuksen tekemisen harjoittelua, eikä niiden luotettavuus ole tieteelliseen näyttöön perustuvaa.

Kylmä & Juvakka (2007,137) mukaan tutkimuksen tekemisessä on eettisyys tärkeässä asemassa. Tutkimuksen etiikka sisältää erilaisia, tutkimuksen eri vaiheissa ratkaistavia valinta- ja päätöksentekotilanteita. Tutkimusta tekevän on kannettava eettistä vastuuta niin tiedonhankinnan-, tutkittavien suojaa koskevan normiston- kuin tutkijan vastuuta tulosten soveltamisessa (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen, 2006, 26–27). Tämän opinnäytetyön tekemisessä pyrittiin tekemään eettisiä valintoja jo valittaessa laadukasta tieteellistä viitekehysmateriaalia opinnäytetyön taustalle. Aktiivisesti suojattiin myös haastateltavien identiteettiä jokaisessa tutkimuksen vaiheessa, suhteessa tutkimuksen tekijöihin. Myös tutkimusprosessin eteneminen ja tulosten analysointi pyrittiin tekemään ja esittelemään rehellisesti ja totuudenmukaisesti. (Kuula 2011, 241–242.)

Kaikkien opinnäytetyön tutkimukseen osallistuvien henkilöiden henkilöllisyys salattiin tutkijoille joka vaiheessa. Tutkimusluvan saamisen jälkeen tutkimuksen kohdeyksiköihin lähetettiin tutkimuslupahakemus sekä tutkimustiedote, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteesta. Kohdeyksiköiden ja yhteys henkilöiden halukkuus ja rooli osallistua tutkimukseen oli varmistettu ennalta ja haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista. (Kuula 2011, 231–233.)

Opinnäytetyön tutkimuksen kyselylomakkeet säilytettiin työn analysointivaiheen ajan mutta ne tuhottiin heti, kun työ saatiin valmiiksi. Kyselylomakkeissa ei ollut juoksevaa numerointia tai muuta tunnistetta, jonka avulla vastaajat olisi voitu identifioida. (Kuula 2011, 242.) Tutkijat itse pitivät kirjaa ainoastaan siitä, montako kyselylomaketta oli toimitettu kullekin osallistuvalla yhteistyötaholle.

### 8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuskysymyksiä olivat:

1. Mitkä ovat syitä hakeutua päihdekatkaisuhoitoon?
2. Millaisia kokemuksia on terveyskeskuksen katkaisuhoidosta ja henkilökunnan asenteista?
3. Mitä kehitettävää olisi kotiutustilanteessa jatkohoidon kannalta?

Tulosten analyysin mukaan hoitoon hakeuduttiin, koska juomisen lopettaminen itsenäisesti ei onnistunut. Myös huoli terveydestä, oma tahto ja oman tilanteen tiedostaminen, sekä itsetuhoisuus olivat syitä hoitoon hakeutumiselle.

Tulokset osoittivat myös, että kokemukset terveyskeskuksen katkaisuhoidosta ja henkilökunnan asenteista olivat pääosin myönteisiä; hoitajien koettiin olevan kärsivällisiä, kannustavia ja hoidon laadun olleen hyvää. Tutkimuksesta ilmeni kuitenkin, että potilaat kokivat hoitonsa keskittyvän enemmän somaattisten oireiden hoitoon. Osa vastaajista koki tarvitsevansa enemmän ohjausta ja neuvontaa. Negatiivisia asioita potilaiden kokemusten mukaan olivat oma häpeän tunne ja hoitajien päihteistä puhumisen vieroksuminen, sekä edellä mainittu hoidon keskittyminen somaattisiin oireisiin.

Analyysin tulosten perusteella kotiutustilanteessa potilaat kaipasivat enemmän jatko-ohjausta, sekä jatkohoidon tarpeen arviointia. Myös hoitohenkilökunnan kanssa käytävää keskustelua päihteistä ja päihteiden käytöstä toivottiin ennen kotiutusta.

Jatkotutkimusehdotuksena tämä tutkimus voisi olla apuna esimerkiksi selvittäessä; miten päihdekatkaisuhoidopotilaan hoitoprosessin ja jatkohoitosuunnitelman kehittäminen, tiivis ja automaattinen yhteistyö päihdetyön sosiaalityöntekijän kanssa, sekä hoitavan henkilökunnan vuorovaikutustaitojen syventäminen arkojen aiheiden käsittelyyn vaikuttaisivat alkoholiriippuvuudesta toipumisessa.

Toinen, opinnäytetyöprosessin idea oli kerätä Llky:n Akuuttiosastolle katkaisuhoidopotilaiden ja heidän läheistensä käyttöön potilasopas. Potilasoppaan olisi voinut siten antaa potilaalle hänen tullessaan hoitoon osastolle, tai sitä olisi voitu pitää katkaisuhoidohtuoneessa esillä. Osastojakson aikana potilas ja hänen läheisensä olisivat saaneet mahdollisuuden tutustua oppaaseen, sen avulla myös henkilökunnan olisi ollut mahdollista avata keskusteluyhteyttä päihdeasioihin. Oppaasta olisi voinut siten olla hyötyä sekä potilaalle, hänen läheisilleen ja hoitavalle henkilökunnalle. Oppaassa olisi ollut tietoa päihteistä, päihderiippuvuudesta ja päihderiippuvuuden hoitokeinoista, sekä informaatiota jatkohoidon palvelupolusta, ja paikallisista kolmannen sektorin toimijoista päihdetyössä. Koska Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän päihde- ja mielenterveysstrategian tavoitteena on ehkäistä päihdehaittoja ja edistää kuntalaistensa terveyttä, opas olisi toiminut osana valistustyötä. Potilasoppaan kerääminen jäi nyt Akuuttiosaston sisäisen organisaation tarveharkintaan, sillä opinnäytetyö vaati jo sinällään runsaasti tiedonhakua ja perehtymistä varsinaiseen aiheeseen. Näin ollen aikapula tuli esteeksi potilasoppaan tekemiselle.

## LÄHTEET

- Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholien liikkakäyttö. Teoksessa: M. Aalto, H. Bäckmand, H. Haravuori, J. Lönnqvist, M. Marttunen, T. Melartin, A. Partanen, T. Partonen, K. Seppä, L. Suomalainen, J. Suokas, J. Suvisaari, S. Viertiö & M. Vuorilehto (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen: opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, opas 5/2009. [Viitattu 6.8.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%205.pdf>
- Aarninsalo, P & Karvonen, P. 2009. Päihdetyö. Teoksessa: A. Vuori-Kemilä, E. Stengård, R. Saarelainen & T. Annala (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4.-5. painos. Helsinki: WSOYpro Oy 2010.
- A-Klinikka.fi. Ei päiväystä. A-Klinikkasäätiö. [Verkkosivusto]. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/hoitomuodot/katkaisuhoito>
- A-Klinikkasäätiö. Ei päiväystä. [Verkkosivusto]. Päihdelinkki. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tutkittua>
- A-Klinikkasäätiö 2013. Toimintakertomus. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 7.8.2016]. Saatavana: <http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/vuosiraportti13.pdf>
- A-Klinikkasäätiö. Päivitetty 2.10.2009. Päihdelinkki. Päihdehuollon laatusuositukset [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.7.2016]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/paihdehuollon-laatusuositukset>
- Alko 2014. Alkoholi ja ihmisen elämänkaari. Helsinki: Edita Prima Oy 3/2014.
- Alkoholiongelmaisen käypä-hoito-suositus 4.11.2015. Alkoholiongelmaisen hoito. [Verkkojulkaisu]. Suomalainen lääkärisseura Duodecim. [Viitattu 27.7.2016]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>
- Alppivuori, K. 2013. Etenen eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle. [Verkkojulkaisu]. Eettinen toimikunta 15.11.2013. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: [http://etene.fi/documents/1429646/1559034/Espoo\\_ETENEN+eettiset+suositukset+sosiaali+ja+terveysalalle+Eettinen+toimikunta\\_15.11.2013/1aa4cf92-3e2a-49ed-8d96-a6e7f45c4fb8](http://etene.fi/documents/1429646/1559034/Espoo_ETENEN+eettiset+suositukset+sosiaali+ja+terveysalalle+Eettinen+toimikunta_15.11.2013/1aa4cf92-3e2a-49ed-8d96-a6e7f45c4fb8)
- Anttila, P. 2004. Tiedonhankinnan kanavat ammatillisen asiantuntijuuden edistämiseksi. Teoksessa: H. Kotila & A. Mutanen (toim.) Tutkiva ja kehittävä ammattikorkeakoulu. Helsinki: Edita.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri EPSHP. Päivitetty 5.4.2017. [Verkkojulkaisu]. PTH-organisaatio Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä. Akuuttiosasto

Kauhajoki, osastotoiminta. Diagnoosiluokat F00-F99 ja F10-F19. Exreport-tietokanta. 31.3.2014–4.4.2017. [Viitattu 23.4.2017]. Saatavana Effica-tietojärjestelmästä. Vaatii käyttöoikeuden.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2014. Päihdehoitotyö. 5.-8 painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Holopainen, A. 2008. Alkoholiongelmät. Teoksessa: P. Rissanen, T. Kallanranta & A. Suikkanen. Kuntoutus. 2. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

ICD-10-luokitus 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. [Verkkajulkaisu]. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. Suomalainen 3. uudistettu painos Maailman terveysjärjestön (WHO) luokituksesta ICD-10. [Viitattu 27.7.2016]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80324/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19.pdf?sequence=1>

Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Näin kirjoitan opinnäytetyön tai pro gradun alusta loppuun. Jyväskylä: Juvenes Print.

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro OY.

Kantonen, J., Niittyneen, K., Mattila, J., Kuusela- Louhivuori, P., Manninen- Kauppinen, E. & Pohjola- Sintonen, S. 2006. Päihtyneet ja päihdeongelmaiset potilaat Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikalla. Suomen lääkärilehti 61 (47), 4927-4929.

Kuntaliitto 2016. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.8.2016]. Saatavana: <https://www.kuntaliitto.fi/>

<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelu/sosiaali-ja-terveys>

Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, J. 2014. Päihdehäiriöt. Teoksessa: J. Lönnqvist, M. Henriksson, M. Marttunen & T. Partonen (toim.) Psykiatria. 11. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. 2. uudistettu painos. Jyväskylä.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kylmäinfo.fi. Ei päiväystä. Alkoholi, lääkkeet ja kylmä. [Verkkosivusto]. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri ja Oulun yliopisto. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: <http://www.kylmainfo.fi/http://www.kylmainfo.fi/terveysvaikutukset/alkoholi-laakkeet-ja-kylma/>

Laaksonen, M., Suhonen, M. & Suhonen, S. 2012. Sosiaalipalvelujen luokituksen sanasto ja sosiaalihuollon asiakasasiakirjasanasto. [Verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 1/2012. [Viitattu 2.8.2016]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80269/a270d99b-58c5-44b0-a3bf-cffb01002092.pdf?sequence=1>

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä: Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden väitöskirja. Julkaisematon.

L 8.12.1994/1143. Alkoholilaki.

L 1.12.1989/1062. Erikoissairaanhoitolaki.

L 28.1.1972/66. Kansanterveyslaki.

L 10.4.2015/410. Kuntalaki.

L 24.4.2015/523. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä.

L 9.2.2007/169. Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

L 22.9.2000/812. Laki sosiaalihuollon asiakkaasta ja oikeuksista.

L 3.8.1992/733. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta.

L 13.4.2007/417. Lastensuojelulaki.

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki.

L 29.8.1986/653. Päihdehuoltoasetus.

L 17.1.1986/41. Päihdehuoltolaki.

L 30.12.2014/1301. Sosiaalihuoltolaki.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki

L 30.12.2010/1326. Terveystieteiden lae.

Lappalainen- Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteen ammattilaisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro 2014.

Lepola, U., Koponen, H., Leinonen, E., Joukamaa, M., Isohanni, M. & Hakola, P. 2008. Psykiatria. 3 painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Levola J. & Pitkänen, T. 2012. Alkoholiriippuvuus ja elämänlaatu. [Verkkolehtiartikkeli]. A-klinikkasäätiön julkaisu: Tiimi-lehti 3/2012, 26–27. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: [http://www.a-klinikka.fi/tiedostot/tutkittua/Tiimi\\_312.pdf](http://www.a-klinikka.fi/tiedostot/tutkittua/Tiimi_312.pdf)

McLellan, A.T. 2008. Evaluating the effectiveness of addiction treatment. [Verkkokirja]. Teoksessa: C. Hardin & J. N. Kushner (toim.) Quality improvement for drug courts: evidence- based practices. National drug court institute of United States of America. Monograph series 9. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: <http://jpo.wrlc.org/handle/11204/2886>

[http://jpo.wrlc.org/bitstream/handle/11204/2886/Quality%20Improvement%20For%20Drug%20Courts\\_Evidence-Based%20Practices.pdf?sequence=3](http://jpo.wrlc.org/bitstream/handle/11204/2886/Quality%20Improvement%20For%20Drug%20Courts_Evidence-Based%20Practices.pdf?sequence=3)

Mikkonen, A. 2007. Samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. Suomen lääkäri-lehti 62 (51–52), 4748–4749.

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015: toimeenpanosta käytäntöön 2010. [Verkkojulkaisu]. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Raportti 6/2011. [Viitattu 2.8.2016]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80007/d5f4cb21-cc45-4398-9679-8207945705d7.pdf?sequence=1>

Mustajoki, M., Alila, A., Matilainen, E., Pellikka, M. & Rasimus, M. (toim.) 2013. Sairaanhoidajan käsikirja. 8. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nyky-suomen sanakirja. Ei päiväystä. [Verkkokirja]. Kotimaisten kielten keskus. [Viitattu 3.4.2017]. Saatavana: [http://www.kotus.fi/sanakirjat/kielitoimiston\\_sanakirja/mika\\_on\\_kielitoimiston\\_sanakirja/kielitoimiston\\_sanakirjan\\_taustaa/nyky-suomen\\_sanakirja](http://www.kotus.fi/sanakirjat/kielitoimiston_sanakirja/mika_on_kielitoimiston_sanakirja/kielitoimiston_sanakirjan_taustaa/nyky-suomen_sanakirja)

- Paradiseproject.eu. Euroopan Unionin Paradise- hanke 2005–2010. [Verkkojulkaisu]. European comission. Paradise report summary. Germany: Cordis; community research and developoment information service. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: [http://cordis.europa.eu/result/rcn/144047\\_en.html](http://cordis.europa.eu/result/rcn/144047_en.html)
- Partanen, A. 2009. Mielenterveys ja päihdetyön ohjelmat (toim.) Teoksessa: M. Aalto, H. Bäckmand, H. Haravuori, J. Lönnqvist, M. Marttunen, T. Melartin, A. Partanen, T. Partonen, K. Seppä, L. Suomalainen, J. Suokas, J. Suvisaari, S. Viertiö & M. Vuorilehto. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen: Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. [Verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL, opas 5/2009. [Viitattu 6.8.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/documents/10531/104889/Opas%202009%205.pdf>
- Partanen, A., Holmberg, J. & Inkinen, M. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Poole, L. & Arteel, G. 2016. Transitional remodeling of the hepatic extracellular matrix in alcohol-induced liver Injury. [Verkkojulkaisu]. Department of Pharmacology and Toxicology, University of Louisville Health Sciences Center. [Viitattu 6.12.2016]. Saatavana: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/3162670/>
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2015. Alkoholit ja huumeet. [Verkkojulkaisu]. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2015. [Viitattu 6.8.2016]. Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129655/P%C3%A4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202015%20verkkoversio.pdf?sequence=3>
- Ruisniemi, A. 2006. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa: Tutkimus yhteisöllisestä päihdekuntoutuksesta. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Julkaisematon.
- Saarelainen, R. & Annala, T. 2009. Päihdetyö. Teoksessa: A. Vuori-Kemilä, E. Stengård, R. Saarelainen & T. Annala (toim.) Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4.-5. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Salaspuro, M., Kiianmaa, K., Seppä, K. & Ahlström, S. 2003. Päihdelääketiede. 2.uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. 2010. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Stakes 2007. Ehkäisy ja hoito: laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. [Verkkojulkaisu]. Tukiaineisto, hyvinvoinnin edistäminen. Sosiaali- ja terveysalan tutki-



mus- ja kehittämiskeskus Stakes. [Viitattu 6.8.2016]. Saatavana: [https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/77209/Ehk%C3%A4isy\\_ ja\\_ hoito.pdf?sequence=1](https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/77209/Ehk%C3%A4isy_ ja_ hoito.pdf?sequence=1)

Stakes 2006. Laatutähteä tavoittelemassa: ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. [Verkkojulkaisu]. Päihdetyöryhmä; Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. [Viitattu 7.8.2016]. Saatavana: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75223/laatutahta\\_ tavoittelemassa1.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75223/laatutahta_ tavoittelemassa1.pdf?sequence=1)

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira 2.6.2015. [Verkkosivusto]. Potilaan itsemääräämisoikeus. Julkaistu 2.6.2015. [Viitattu 27.7.2016]. Saatavana: <http://www.valvira.fi/>

<http://www.valvira.fi/terveydenhuolto/potilaan-asema-ja-oikeudet-oikeudet>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2012:24. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015, väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. [Viitattu 2.8.2016]. Saatavana: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69912/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM. Ei päiväystä. Päihdehaittojen- ja riippuvuuksien ehkäisy. [Verkkosivusto]. [Viitattu 6.8.2016]. Saatavana: [http://stm.fi/paihdehaittojen-ja-riippuvuuksien-ehkaisy/-/asset\\_publisher/kohti-parempaa-mielenterveys-ja-paihdeyota](http://stm.fi/paihdehaittojen-ja-riippuvuuksien-ehkaisy/-/asset_publisher/kohti-parempaa-mielenterveys-ja-paihdeyota)

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2002:3. Päihdepalveluiden laatusuositukset. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2.8.2016]. Saatavana: [http://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen\\_laatusuositus.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcbb4e8](http://stm.fi/documents/1271139/1406271/P%C3%A4ihdepalvelujen_laatusuositus.pdf/f9a3a5fe-4f5d-41b6-94fc-94201fcbb4e8)

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2006:65. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. [Verkkosivusto]. [Viitattu 27.7.2016]. Saatavana: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/71221/URN%3aNBN%3afe201504226779.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2012- 2015. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 2.8.2016]. Saatavana: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM\\_2012\\_%20KASTE\\_FI\\_uusi.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=1)

Sosiaali- ja terveysministeriö STM 298/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 15.8.2016]. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>

- Sosiaali- ja terveysministeriö STM 2011:1. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020: Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 7.8.2016]. Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>
- Suomen kuntaliitto 24.11.2016. [Verkkosivusto]. [Viitattu 3.4.2017]. Saatavana: <http://www.kunnat.net/test/talteen/kuntauudistus/paras/Sivut/default.aspx>  
<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelu/sosiaali-ja-terveys>
- Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä Llky 2011. Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän mielenterveys- ja päihdestrategia 2011–2015. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 27.7.2016]. Saatavana: [http://www.llky.fi/oppaat/mielenterveysesitteet/Mielenterveys\\_ ja\\_paihdestrategia\\_20112015.pdf](http://www.llky.fi/oppaat/mielenterveysesitteet/Mielenterveys_ ja_paihdestrategia_20112015.pdf)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 10.6.2016. Alkoholi on usein mukana tapaturmissa. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/ajankohtaista/kampanjat/kesaterveys/turvallinen-loma/alkoholi-on-usein-mukana-tapaturmissa>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 13.10.2014. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet; päihdehaitat käyttäjälle, läheisille ja yhteiskunnalle. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehaitat-kayttajalle-laheisille-ja-yhteiskunnalle>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. 3.12.2015. Alkoholiohjelma. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 27.7.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/ehkaisevan-paihdeyton-toimintaohjelma>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2016. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 2.8.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2014. Laatu- ja potilasturvallisuus. Päivitetty 20.8.2014. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 15.8.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL 2016. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Päivitetty 27.9.2016. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 6.8.2016]. Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/ehkaisevan-paihdeyton-toimintaohjelma>
- Tigerstedt, C. & Huhtanen, P. 2013. Päihtyneiden aiheuttamat häiriöt julkisilla paikoilla. Teoksessa: K. Warpenius, M. Holmila, Tigerstedt, C. (toim.) & Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja

yhteiskunnalle. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Päivitetty 14.11.2012. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 4.3.2017]. Saatavana: [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Väyrynen, R. 1999. Globalisaatio ja yhteiskuntapolitiikka Suomessa. [Verkkajulkaisu]. Yhteenveto Sitran globalisaatio, hyvinvointi ja työllisyys- tutkimusohjelman tuloksista. [Viitattu 6.8.2016]. Saatavana: <https://media.sitra.fi/2017/02/27172412/globalisaatio-2.pdf>

Warpenius, K., Holmila, M., Tigerstedt, C. (toim.) & Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 3.11.2016]. Saatavana: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL\\_TEE2013\\_014\\_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1)

## LIITTEET

Liite 1. Haut Melindasta ja Aleksista, Artosta, Medicista, Cinahlista

Liite 2. Tutkimuslupahakemus

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Kyselylomake

Liite 5. Sisällönanalyysi

## LIITE 1

## Haut Melindasta

Avainsana	Osumia	Käytetty
recovery from alcoholism	3	1
alkoholiriip?	5	2
päihdeasiakas	2	0
päihde	56	2
päihdeongelma	22	3
katkaisuhoido	25	1
akuuttiosasto	2	0
terveyskeskus katkaisuh?	1	0
vieroitush?	4	1
laadullinen tutkimusprosessi	6	3
kvalitatiivinen tutkimusprosessi	13	4
laadullinen tutkimus hoitotyö	77	0
laadullinen tutkimus päihdehoitotyö	1	0

## Haut Aleksista

avainsana	osumia	käytetty
katkaisuhoido alkoholi	1	0
katkaisuhoido	21	1
alkoholiriippuvuus	1	0

## Haut Artosta

avainsana		käytetty
alkoholiriippuvuus	1	0
katkaisuhoido	1	0

## Haut Medicistä

avainsana	osumia	käytetty
alkoholi ja katkaisuhoido	1	0
alkoholi	315	11
katkaisuhoido	2	1

## Haut Cinahlista

avainsana	osumia	käytetty
detoxification	1531	0
alcohol	41673	1
nursing and alcoholics and recovery	6	0

LIITE 2

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

13.12.2016

Olemme Tarja Hakola ja Anne Saarinen. Opiskelemme Seinäjoen ammattikorkeakoulun Kauhajoen maakuntakorkeakoulun yksikössä sairaanhoitajiksi. **Opinnäytetyömme aiheena on Katkaisuhoidon kehittäminen potilaiden kokemusten näkökulmasta.** Aiheen olemme saaneet Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän Kauhajoen akuuttiosaston antamasta aihelistasta. Yhteyshenkilönä toimii Kauhajoen akuuttiosaston osastonhoitaja Elina Rahkola.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata päihdekatkaisuhoidossa olleiden potilaiden kokemuksia päihdehoidosta ja päihdehoidon jatkuvuudesta heidän kotiutuessaan terveyskeskuksen osastojaksolta. Työn lähtökohtana ovat päihdehoitopotilaiden omat näkemykset päihdepalveluista ja miten niitä heidän kokemustensa mukaan voisi kehittää.

Aineistonkeruu tapahtuu kyselylomakkeilla, jotka välitetään valitulle kohderyhmälle yhdyshenkilöiden kautta. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä vastaajaa pystytä tunnistamaan kyselyn perusteella. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti tulosten raportoinnin jälkeen.

Kysely on tarkoitus järjestää tammikuun 2017 aikana ja aineisto on tarkoitus analysoida tammi- maaliskuussa 2017.

Pyydämme kohteliaimmin lupaa kyselyymme osana opinnäytetyötämme.

Ystävällisin terveisin

Tarja Hakola

[Tarja.Hakola@seamk.fi](mailto:Tarja.Hakola@seamk.fi)

Anne Saarinen

[Anne.Saarinen@seamk.fi](mailto:Anne.Saarinen@seamk.fi)

LIITE 3

SAATEKIRJE

KAUHAJOKI

13.12.2016

## HYVÄ VASTAANOTTAJA

Opiskelemme Seinäjoen ammattikorkeakoulun Kauhajoen maakuntakorkeakoulun yksikössä sairaanhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä kyselylomakehaastatteluna päihdekuntoutujille. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakkaiden kokemuksia terveyskeskuksen päihdekatkaisuhoidosta.

Tutkimuksen tekemiseen on saatu asianmukainen lupa.

Osallistuminen merkitsee oheisen kyselylomakkeen täyttämistä ja palauttamista. Osallistuminen kyselyyn on vapaaehtoista ja ehdottoman luottamuksellista. Kyselylomakkeen täyttämiseen saatte tarvittaessa apua henkilökunnalta. Henkilökunnalla on vaitiolovelvollisuus antamistanne vastauksista. Antamanne vastaukset käsitellään nimettöminä, vastaajan tiedot eivät paljastu tutkijoille.

Kyselyyn vastaamiseen on aikaa kaksi viikkoa. Kyselylomake palautetaan suljetussa kirjekuoressa henkilökunnasta valitulle yhteyshenkilölle.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii TtT Mari Salminen- Tuomaala Seinäjoen ammattikorkeakoulusta. [Mari.Salminen-Tuomaala@seamk.fi](mailto:Mari.Salminen-Tuomaala@seamk.fi)

Ystävällisin terveisin

Tarja Hakola

[Tarja.Hakola@seamk.fi](mailto:Tarja.Hakola@seamk.fi)

Anne Saarinen

[Anne.Saarinen@seamk.fi](mailto:Anne.Saarinen@seamk.fi)



## LIITE 4

## KYSELYLOMAKE

1. Mikä sai sinut hakeutumaan päihdekatkaisuhoitoon?

2. Millaisia kokemuksia sinulla on terveyskeskuksen päihdekatkaisuhoidosta?

3. Millaisia asioita hoitoosi sisältyi?

4. Millaisia kokemuksia sinulla on hoitavan henkilökunnan suhtautumisesta tilanteeseesi?

5. Millaista ohjausta tai neuvontaa olisit toivonut saavasi kotiutustilanteessa?

6. Miten hoito jatkui osastovaiheen jälkeen?

## LIITE 5

Sisällönanalyysi: Aineiston redusointi eli pelkistäminen

**Kysymys 1:** Mikä sai sinut hakeutumaan päihdekatkaisuhoitoon?

Alkuperäinen ilmaisu:

- Heikko olo, alkoholin käyttö olisi tarkoitus lopettaa kokonaan
- Lähipiirikin samaa mieltä, että hyvä olisi lopettaa itse, että jossain vaiheessa se kuitenkin loppuu
- Kun sais kunnan töitä niin ei tulis juotua
- Tiedostan tilanteen, oma tahto
- Pakko lopettaa juominen, muuten perhe lähtee
- Päihdetyöntekijän ohjauksesta
- Itsetuhoisuus hakeutumisen syy
- En saa itte kotona katkastua juomista
- Kaverit tuo viinaa, en ole aikoihin lähtenyt pois kämpiltä
- Pelko terveydestä- että se juominen jatkuu jos on kotona
- Pelko viinakrampeista, kuolemanpelko
- Jalat ei enää kantaneet, ei pärjää kotona
- Huono olo, ei voi olla lapsen lasten kanssa
- Vaimo sanoi että ottaa eron jos ei tämä juominen lopu enkä halua jäädä yksin
- Isä oli juoppo, en koskaan ajatellut että minustakin tulee juoppo
- Ei kukaan välitä, tällöinen surkea luuseri

Pelkistys:

- Hoitoon hakeutumisen syitä olivat kyvyttömyys lopettaa juominen itsenäisesti, terveydelliset syyt, oma tahto ja tilanteen tiedostaminen sekä itsetuhoisuus

**Kysymys 2:** Millaisia kokemuksia sinulla on terveyskeskuksen päihdekatkaisuhoidosta?

Alkuperäinen ilmaisu:

- Vahdittiin paljon
- 9 päivää kestävä hoito
- Hyviä kokemuksia
- Oma vointi parantunut hoitojen myötä
- Hyvä että on tällainen paikka minne voi tulla kun tarvitsee apua
- Hoidettiin sen verran että joihin pärjää, sitten ulos
- Oli apua hetkeksi aikaa

Pelkistys:

- Kokemukset päihdekatkaisuhoidosta olivat hyviä, vointi parani. Yksi vastaajista koki, että hoidon aikana häneltä vaadittiin paljon

**Kysymys 3:** Millaisia asioita hoitoosi sisältyi?

Alkuperäinen ilmaisu:

- Diapam kyllästyshoito
- Lepo on hyväksi- saa miettiä omia asioita
- Enimmäkseen vahtimista
- Osastolla keskustelua ja suunnittelua päihdetyöntekijän kanssa
- Lääkehoidon toteutuminen
- Ei tarvinnut pelätä kouristuksia, sai nukuttua
- Somatiikan hoito oli tärkeämpää
- Täytyy olla kiitollinen jotta joku pesi, puki ja huolehtii syömisestä kun itse ei enää pystynyt

Pelkistys:

- Hoito sisälsi lääkehoitoa, lepoa ja keskustelua henkilökunnan sekä päihdetyöntekijän kanssa. Yksi vastaajista arvioi, että päihdekatkaisuhoidon osastolla keskittyi eniten somaattisten oireiden hoitoon

**Kysymys 4:** Millaisia kokemuksia sinulla on hoitavan henkilökunnan suhtautumisesta tilanteeseesi?

Alkuperäinen ilmaisu:

- Hyviä kokemuksia
- Ei mitään ihmeellistä kohtelussa
- Hoitajat hyvin kärsivällisiä
- Hoitohenkilöstön asenne on alentuvaa, toisaalta saanut hyvää ja kannustavaakin kohtelua
- Toivoisin asiallista kohtelua koska katkolle ei kevein perustein hakeuduta
- Häpeän tunne paikallisen terveyskeskuksen vuodeosastolla korostui
- Hoitajat olivat kiireisiä, eivät ehtineet kuunnella
- Liian pieni kylä, kaikki tuntee toisensa ja leimautuminen hävettää
- Suurin osa hoitajista asiallisia ja mukavia, on niitäkin jotka sanoo rumasti ja näyttää inhonsa

Pelkistys:

- Yksi vastaajista arvioi, että hoitohenkilöstön asenne on alentuvaa, mutta on saanut myös kannustavaakin kohtelua. Häpeän tunne korostui osastolla. Pääosin vastaajien mielestä hoitajat ovat hyvin kärsivällisiä, ja kokemukset hoidosta hyviä. Hoitajat kiireisiä.

**Kysymys 5:** Millaista ohjausta tai neuvontaa olisit toivonut saavasi kotiutustilanteessa?

Alkuperäinen ilmaisu:

- Ei suunniteltu, koska vain päihdehoitaja hoiti asiaa
- Hoitajat vierastavat päihteistä puhumista
- Niin kun tapahtunutkin kohdallani, että on saanut ajan päihdetyöntekijälle
- Tarpeen arviointia tapauskohtaisesti
- Ohjaus ollut riittävää, itsellä entuudestaan joitain niksejä tiedossa
- Ei tässä mitään sossua tarvita, en ole vielä niin paha juoppo
- Hoitajat ei puhu päihteistä tai sitten ne sanoo vaan että koita nyt lopettaa

**Pelkistys:**

- Yksi vastaajista arvioi, että ohjaus oli riittävää ja eräs vastaajista oli saanut ajan päihdetyön ohjaajalle. Muista vastauksista ilmeni, että jatko-ohjausta tai neuvontaa ei ollut, ja hoitajat vierastivat päihteistä puhumista.

**Kysymys 6: Miten hoito jatkui osastovaiheen jälkeen?****Alkuperäinen ilmaisu:**

- Antabus-lääkkeellä
- Satunnaisesti käynnit päihdeohjaajalla sekä AA:ssa omatoimisesti
- Kyllä mä nyt taas yritän pitää kuiviakin aikoja
- Lääkehoito toteutui
- Psyk. poli käynnit jatkuvat
- Lääkitys laitettu kuntoon
- Kotikuntoutusohjaajan käynnit
- Kankaanpään A-kodin jakso

**Pelkistys:**

- Osalla vastaajista hoito jatkui osastovaiheen jälkeen Antabus-lääkkeillä, lääkelistat tarkastettu ja laitettu ajan tasalle, osa käynyt päihdeohjaajan luona sekä AA:ssa tai kotikuntoutusohjaajan luona. Yhdellä vastaajista oli jatkohoito toteutunut Kankaanpään A-kodin kuntoutusjaksolla

## Sisällönanalyysi: aineiston klusterointi eli ryhmittely

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Hoitoon hakeutumisen syitä olivat kyvyttömyys lopettaa juominen itsenäisesti, terveydelliset syyt, oma tahto ja tilanteen tiedostaminen sekä itsetuhoisuus.	<p>Terveydelliset syyt</p> <p>Oman tilanteen tiedostaminen</p> <p>Itsetuhoisuus</p>
<p>Kokemukset päihdekatkaisuhoidosta olivat hyviä, vointi parani. Yksi vastaajista koki, että hoidon aikana häneltä vaadittiin paljon.</p> <p>Hoito sisälsi lääkehoitoa, lepoa ja keskustelua henkilökunnan ja päihdetyöntekijän kanssa. Yksi vastaajista arvioi, että päihdekatkaisuhoidon osastolla keskittyi eniten somaattisten oireiden hoitoon.</p>	<p>Hoidon vaikuttavuus</p> <p>Lääkehoidon toteutuminen</p> <p>Keskustelu</p> <p>Tulevaisuuteen suuntaaminen</p> <p>Somatiikan hoito</p>
Yksi vastaajista arvioi, että hoitohenkilöstön asenne on alentuvaa, mutta on saanut myös kannustavaakin kohtelua. Häpeän tunne korostui osastolla. Pääosin vastaajien mielestä hoitajat ovat hyvin kärsivällisiä, ja kokemukset hoidosta hyviä.	<p>Hoitohenkilökunnan ammatillisuus</p> <p>Kannustaminen</p> <p>Itsetunnon tukeminen</p> <p>Empatia</p>
Yksi vastaajista arvioi, että ohjaus oli riittävää ja eräs vastaajista oli saanut ajan päihdetyön ohjaajalle. Muista vastauksista ilmeni, että jatko-ohjausta tai	<p>Toivon vahvistaminen</p> <p>Vuorovaikutustaidot</p> <p>Puheeksi ottaminen</p>

neuvontaa ei ollut, ja hoitajat vierastivat päihteistä puhumista.	
Osalla vastaajista hoito jatkui osastovaiheen jälkeen antabus-lääkkeillä, lääkelistat tarkastettu ja laitettu ajan tasalle, osa käynyt päihdeohjaajan luona sekä AA:ssa tai kotikuntoutusohjaajan luona. Yhdellä vastaajista oli jatkohoito toteutunut Kankaanpään A-kodin kuntoutusjaksolla	Lääkehoidon toteutuminen Elämänhallinnan voimavarojen vahvistaminen Jatkohoidon suunnittelu Hoitoonohjaus

Sisällönanalyysi: aineiston abstrahointi eli olennaisen tiedon erottelu ja teoreettisten käsitteiden muodostaminen

Alaluokka	Yläluokka
Terveydelliset syyt Oman tilanteen tiedostaminen Itsetuhoisuus	Terveysten edistäminen
Hoidon vaikuttavuus Lääkehoidon toteutuminen Somaatiikan hoito Keskustelu Tulevaisuuteen suuntaaminen	Kokonaisvaltainen ja moniammatillinen hoitotyö
Hoitohenkilökunnan ammatillisuus Kannustaminen	Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja etiikka

Itsetunnon tukeminen Empatia	
Toivon vahvistaminen Vuorovaikutustaidot Puheeksi ottaminen	Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot
Lääkehoidon toteutuminen Elämänhallinnan voimavarojen vahvistaminen Jatkohoidon suunnittelu ja ohjaus	Jatkohoidon suunnitelma Hoitoonohjaus

Yläluokka	Yhdistävä pääluokka
Fyysisen terveyden tuki	Terveyden edistäminen hoitotyön keinoin
Psykososiaalinen tuki	Moniammatillinen ja yksilöllinen hoitotyö
Jatkohoidon suunnitelma	