

Sanna Halonen, Niina Ketolainen, Auli Riissanen

KATKAISUHOITOPOTILAAN HOITOTYÖN PROSESSI

Leppävirran terveystieteiden
Opinnäytetyö
Hoitotyö koulutusohjelma


Huhtikuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 12.4.2011
Tekijä(t) Sanna Halonen, Niina Ketolainen, Auli Riissanen		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja
Nimeke Katkaisuhuioitpotilaan hoitotyön prosessi Leppävuiran terveyseskuksessa		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa Leppävuiran terveyseskuksen vuodeosasto ykköselle uusi katkaisuhioitosopimus sekä opas katkaisuhioitpotilaille. Tarkoituksenamme oli näiden tuotteiden myötä parantaa katkaisuhioidon laatua, sekä tuoda tietoa katkaisuhioitpotilaille hänen hoitoprosessinsa etenemisestä. Työssämme katkaisuhioito käsittää pelkästään alkoholin käytöstä johtuvan katkaisuhoidon.</p> <p>Opinnäytetyöhömme etsimme tietoa alkoholista ja päihteistä aiheutuvista ongelmista. Lisäksi työssämme käsitellään päihdehuoltoä, päihdetyötä ja päihdehoitotyötä, joka sisältää hoitotyön prosessin ja alkoholin käyttöön liittyvää katkaisuhioitoa. Kävimme myös läpi Leppävuiran kunnan käytössä olevan päihdestrategian. Suunnitteluvaiheessa lähdimme työstämään opasta katkaisuhioitoon Jämsän ja Mannisen tuotekehitysmallin mukaan. Tuotekehitysprojehti koostui viidestä eri vaiheesta, jotka olivat ongelmien ja kehitystarpeiden tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittäly ja tuotteen viimeistelyvaihe.</p> <p>Katkaisuhioitosopimukseen hyödynsimme muiden kuntien katkaisuhioitosopimusmalleja. Opinnäytetyömme valmiit tuotteet ovat katkaisuhioitosopimus ja opas katkaisuhioitpotilaille. Leppävuiran terveyseskuksen vuodeosaston henkilökunta sai vaikuttaa tuotteidemme sisältöön. Tulevaisuudessa uudesta katkaisuhioitosopimuksesta on hyötyä osaston henkilökunnalle, sekä katkaisuhioitpotilaille. Oppaan katkaisuhioitoon teimme Jämsän & Mannisen tuotekehitysprosessin mukaan. Katkaisuhioitpotilaille tarkoitettu opas sai hyvää palautetta Leppävuiran terveyseskuksen henkilökunnalta. Opas helpottaa katkaisuhioitpotilaan ymmärtämään hänen hoito prosessinsa, sekä toimii hyvin tiedon lähteenä osaston sääntöihin.</p>		
Asiasanat (avainsanat) Katkaisuhioito, hoitotyönprosessi, tuotekehitysprosessi		
Sivumäärä 34+ liitteet 14	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Leena Uosukainen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Leppävuiran terveyseskuks

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 12.4.2011	
Author(s) Sanna Halonen, Niina Ketolainen, Auli Riissanen		Degree programme and option Degree Programme in Nursing	
Name of the bachelor's thesis The nursing process of a detoxification patient at Leppävirta Health Care Centre			
Abstract <p>The purpose of our thesis was to design a new detoxification agreement and a guide for detoxification patients for Leppävirta Health Care Centre. With these products we want to improve the quality of detoxification and give information to the patients on their healing process. This thesis includes only alcohol detoxification.</p> <p>The theoretical framework includes information on alcohol and problems caused by using intoxicants. This thesis also discusses intoxicant care as well as intoxicant work including the nursing process and detoxification. We also investigated Leppävirta drug strategy. The guide was designed using Jämsä and Manninen's product development model. The product development project consisted of five different phases, which were identifying problems and development needs, new ideas, drafting and finishing the product.</p> <p>The detoxification agreement was based on the detoxification agreement in another municipality. The finished products of our thesis are a detoxification agreement and a guide for detoxification patients. Leppävirta Health Care Centre employees had a chance to influence the contents of the products. In the future the new agreements benefit patients and employees. The guide to detoxification patients was prepared using Jämsä and Manninen's product development model. The guide received good feedback from the health care centre employees. The guide makes it easier for the patients to understand their healing process and provides information on what the department rules are.</p>			
Subject headings, (keywords) Detoxification, nursing process, product development process			
Pages 34+14	Language finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Leena Uosukainen		Bachelor's thesis assigned by Leppävirta health center	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	LEPPÄVIRRRAN PÄIHDESTRATEGIA	3
3	ALKOHOLIN KÄYTTÖ SUOMESSA	4
4	PÄIHTEISTÄ AIHEUTUVAT ONGELMAT	5
4.1	Alkoholiriippuvuuden kriteerit	6
4.2	Alkoholismi	7
4.3	Monipäihteisyys ja sekakäyttö.....	8
4.4	Mielenterveysongelmat.....	8
4.5	Alkoholin suurkulutuksen haitat elimistössä.....	9
5	PÄIHDEHUOLLON LAATUSUOSITUKSET	10
	Kymmenen keskeistä laatusuositusta.....	10
6	PÄIHDETYÖ.....	11
7	PÄIHDEHOITOTYÖ	14
7.1	Hoitotyön prosessi	15
7.2	Päihteen käyttäjän hoitosuhde	16
7.3	Mini-interventio osana päihdetyötä	17
7.4	Päihdehoitotyön työskentelymallit	18
8	KATKAISUHOITO ELI VIEROITUSHOITO.....	20
8.1	Avovieroitus eli avokatkaisu	22
8.2	Laitosvieroitus eli laitосkatkaisu	22
8.3	Vieroitusoireisen potilaan hoito.....	23
9	TUOTEKEHITYSPROSESSI	24
9.1	Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen	24
9.2	Ideavaihe.....	25
9.3	Luonnosteluvaihe.....	25
	Avoin haastattelu ja sen tulokset	26
9.4	Tuotteen kehittelyvaihe	27
9.5	Tuotteen viimeistelyvaihe.....	29
10	POHDINTA	30
	LÄHTEET.....	32

LIITTEET

1 Katkaisuhoitosopimus

2 Pyhäselän mallin mukainen katkaisuhoitosopimus

3 Joensuun mallin mukainen katkaisuhoitosopimus

4. Opas katkaisuhoitoon

1 JOHDANTO

Alkoholin väärinkäytön historia ulottuu useiden vuosituhansien taakse. Päihdyttäviä aineita käytettiin alun perin ilmeisesti tärkeänä pidetyissä yhteisöllisissä tapahtumissa. Juhlinnan kohteena oli joko sadonkorjuu, hyvä metsästysonni tai jokin muu iloinen tapahtuma. Alkoholin nauttimiseen liittyy voimakkaita symbolisia tekijöitä, näin ollen alkoholinkäytöllä saattoi olla yhteisöä hyödyttäviä funktioita.(Puhakka 2000, 33 – 34.)

Alkoholia on toki käytetty sosiaalisten tilaisuuksien ja myös juhlien ulkopuolella, lähinnä ravinnon lähteenä tai lääkinnälliseen tarkoitukseen. Arkipäivän käyttötapoja, joissa oli viini tai olut osana ravitsemusta, ei liittynyt käyttöön suurempaa symboliikkaa tai merkitystä. Nämä tuotteet olivat osana hengissä pysymistä ja ravinnontarpeen tyydyttämistä. Alkoholijuomien merkityssisältö muuttui, oluesta ja viinistä tuli rituaalinen päihtyneenä olemisen tila, jossa siirryttiin toisenlaiseen todellisuuteen.(Puhakka 2000, 33 -34.)

Päihteidenkäyttö rakentuu yhteisöllisesti, kun yksilö juo alkoholin, niin juomisen vaikutukset heijastuvat laajemmalle. Tähän syy on se, että päihteitä nautitaan yhteisön piirissä ja yhdessä muiden kanssa. Päihdyttävien aineiden käyttöön tulee erilaisia sääntöjä ja odotuksia, joita edellytetään noudattavan. Kulttuuriset arvot ja asenteet sekä epäviralliset ja viralliset normit kertovat esimerkiksi, kuinka usein, millä tavalla, kuinka paljon ja minkälaisin seurauksin on sallittua tai siedettävää juoda. Perusselitysmalli on määrittää myös, miten ongelmataivalla juoviin on suhtauduttava, rangaisten, hoivaten vai hoitaen, ja millä keinoilla yksilöä yritetään palauttaa yhteiskuntaan takaisin. (Puhakka 2000, 33 - 34.)

Kuusiston (2010) tutkimuksen mukaan yleiseen hyvinvointiin tähtäävien toimenpiteiden tarkoituksena on sekä ehkäistä päihdeongelman syntyä, että korjata jo syntyneitä haittoja erilaisilla toimenpiteillä. Tutkimuksessa ilmeni, että suomalainen päihdepalvelujärjestelmä on huomattavasti satsauksistaan huolimatta menettänyt kattavuuttaan 1990-luvun laman jälkeen. Koska olemme jälleen keskellä taantumaa, näyttää siltä, että päihdeongelmaisten hoitoon pääsymahdollisuus vain kaventuu. Päihdehuollon palveluiden supistaminen on koskettanut eniten niitä, joilla päihdeongelma on vaike-

Monisivuinen liite

ampi. Päihdeongelmasta eroon pyrittäessä hoidon piiriin hakeutuminen voi tuottaa parhaan hyödyn. (Kuusisto 2010,19 - 22.)

Toisen maailmansodan jälkeen 1950-luvun alussa aloitettiin A-klinikkatoiminta. Tuotanto ja yhteiskuntamoraali tukivat sosiaalipoliittista ohjelmaa, johon sisältyi myös alkoholistihuollon kehittäminen. Malli oli saatu amerikkalaisesta alkoholiklinikasta ja toiminta perustui vapaaehtoisuuteen, avohoitoon ja tiimityöhön. Asiakkaan yksilöllisyyden korostaminen ja hänen itsemääräämisoikeutensa kunnioittaminen olivat keskeisiä toimintaperiaatteita. Uutta oli tiimityöskentely, joka koostui moniammatillisesta hoitoryhmästä. A-klinikan hoitoryhmän ja tiimiin kuului aluksi sosiaalityöntekijä, jolta ei edellytetty sosiaalityön koulutusta. Lääkärit olivat ensisijaisesti psykiatreja, ja heidän tehtävänään oli myös somaattinen tutkimus ja niiden hoito. Sairaanhoitaja huolehti lääkityksestä lääkärin ohjeen mukaan. (Isoherranen 2004, 165 - 166.)

Psykiatris-sosiaalinen hoito oli sosiaalityöntekijän tehtävä, ja hän käytti yksilötyön periaatteita eli haastatteluihin perustuvaa menetelmää. Sosiaalityöntekijä kiinnitti huomionsa potilaan sosiaalisen kentän muuttumiseen ja tukemiseen. Koska sosiaalityöntekijällä oli keskeinen rooli hoidollisessa työssä, hän oli työryhmän esimies. Uutta potilasta ei kortistoitu, ennen kuin hän oli käynyt lääkärin vastaanotolla. Lääkäreiden ja sosiaalityöntekijöiden välillä oli paljon näkemyseroja ja toiminnallista kitkaa, joka kuitenkin väheni sitä mukaa kun sosiaalityöntekijän rooli tiimissä vahvistui. Koska sairaanhoitaja oli nähty aluksi vain lääkkeiden jakajana, hänen osallistumista lisättiin hoitokokouksissa. Sairaanhoitajalla oli merkittävä rooli hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä; hän toimi jonkinlaisena väliportaana. Sairaanhoitaja asetettiin arvostuksesta huolimatta ammatillisessa hierarkiassa kuitenkin muuta hoitohenkilökuntaa alemmaksi. Työntekijöiden kokemusten perusteella, hoitoa saaneiden potilaiden tarpeet edellyttivät heidän mielestään tietojen ja kokemusten yhteistä jakamista hoitokokouksissa. (Isoherranen, 2004 165 - 166.)

Tosiasia on, että alkoholinkäyttö aiheuttaa ongelmia. Yksilön juodessa krapula ja rahallinen menetys on negatiivinen tekijä. Omaiset voivat kokea ongelmaksi osallistumattomuuden perheen toimintaan. Työyhteisölle koituu harmia poissaolona ja yhteiskunnalle terveyshaittoina jne. On vaikea luotettavasti arvioida alkoholinkäytöstä aiheutuvien kokonaismäärää ja -kustannuksia. Haitat on aina sidoksissa kulloinkin käy-

Monisivuinen liite

tettävään haittakriteeristöön; kriteeristön muuttuessa haittojen määrä ja kustannukset muuttavat haittojen arviointia kustannuksissa. Haittojen mittaaminen on hankalaa ja vaihtelevaa eri maiden ja kulttuurien välillä. Miten voidaan pukea euroiksi esimerkiksi mielipaha, pelko tai ahdistus läheisen alkoholinkäytöstä? Taloudelliset kysymykset eivät yksilön kannalta ole kuitenkaan tärkein puoli hoitoonohjaukselle. Päihdehaittojen rahallinen esittäminen kertoo kuitenkin siitä, että on käytettävä taloudellisia argumentaatioita, jotta yksilö saa oman sanottavansa kuuluviin. (Puhakka 2000, 36 - 37.)

Opinnäytetyössämme haluamme parantaa katkaisuhuhoitpotilaan hoidon ohjausta. Tarkoituksena on tuottaa Leppävirran terveyskeskukseen uusi katkaisuhuhoitosopimus sekä opas katkaisuhuhoitpotilaille. Tuotteiden tarkoituksena on minimoida päihdehaittoja ja edistää katkaisuhuhoitotilaiden terveyttä sekä tuoda katkaisuhuhoitotilalle tietoa hänen hoitotyönprosessinsa etenemisestä. Opinnäytetyössä toimeksiantajana on Leppävirran terveyskeskus ja sen vuodeosasto 1.

2 LEPPÄVIRRRAN PÄIHDESTATEGIA

Leppävirran kunnassa katkaisuhuhoito pohjautuu Leppävirran päihdestrategiaan. Strategiaa on päivitetty edellisen kerran perusturvalautakunnassa 14.2.2008. Uusi päivitys on tulossa vuonna 2010. (Leppävirran kunta 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kuntaliitto ovat vuonna 2002 antaneet laatusuosituksen, jotka tähtäävät laadukkaiden ja riittävien päihdepalvelujen kokonaisuuteen. Leppävirran päihdestrategian lähtökohtana on myös valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista (9.10.2003). Kunnan päihdestrategian tavoitteena on minimoida päihdehaittoja sekä edistää kuntalaisten terveyttä. Päihdetyö on kokonaisuus, joka muodostuu ehkäisevästä ja korjaavasta päihdetyöstä. Leppävirran päihdestrategiassa kootaan yhteen nykyiset toimintamallit ja jo olemassa olevat palvelut. Päihdestrategian on alun perin koonnut sairaanhoitaja Helena Alanne. (Leppävirran kunta 2010.)

Nykyiset Leppävirralla saatavat päihdepalvelut tulevat peruspalvelujen kautta, jossa myös esim. katkaisuhuhoitoa voidaan toteuttaa. Peruspalvelut jakautuvat kolmeen osaluueeseen:

Monisivuinen liite

1. Avopalvelussa päihdeongelmiin voidaan puuttua terveyskeskuksen väestövastuualueessa, kotisairaanhoidossa sekä kotipalvelussa.
2. Perhepalveluissa päihteiden käyttö voidaan havaita neuvolatoiminnassa, kuten äitiysneuvolassa tai muistineuvolassa. Päihteiden käyttöön voidaan myös ehdottomasti vaikuttaa Majakassa, joka on mielenterveys- ja perheneuvola.
3. Hoivapalveluissa hoito tapahtuu silloin, kun asiakas on hengenvaarassa. Hoito tässä tapauksessa tapahtuu vuodeosastolla. Vuodeosasto yksi on kasannut oman kansion koskien päihdehoitotyötä. Kansiota löytyy katkaisuhoitopotilaan hoitopolku, viitenä päivänä toteutettavan katkaisuhoitotyön malli, ohjeet päihtyneen potilaan kohtaamisesta ja hoitamisesta osastolla, puhekesiöton periaatteet, auttamisen nyrkkisäännöt katkaisuhoidossa sekä hoitosuunnitelman kirjaamisen ohjeet. Kansio sisältää myös sosiaali- ja terveysministerin julkaisemia esitteitä alkoholin käyttöön liittyen, sekä henkilökunnan koulutusmateriaalia eri vuosilta. Lisäksi kansiota löytyy yhteistyötahtojen yhteystiedot ja esittelyt heidän toiminnoista. (Leppävirran kunta 2010.)

Erityispalveluja kunta voi ostaa tarvittaessa esim. psykiatrian vuodeosastolta Varkaudesta, A-klinikalta Varkaudesta, Kuntoutuskeskus Tyynelältä, Leppälintu ry:stä tai Kysin huumehoito-osastolta (Leppävirran kunta 2010).

3 ALKOHOLIN KÄYTTÖ SUOMESSA

Alkoholijuomat valmistetaan luonnontuotteista, kuten viljasta ja hedelmistä, käyttämällä tai tislaamalla. Alkoholi on laillinen päihde. Sen valmistus, tuonti, vienti ja tukkumyynti on vapautettu monopolista. Mietoja juomia lukuun ottamatta markkinointi ja mainonta ovat kuitenkin kiellettyjä. (Päihdelinkki 2010.)

Aikojen saatossa alkoholin käytön merkitykset ovat muuttuneet, juomistilanteita oli vähemmän ja pääasiassa työikäiset miehet vastasivat alkoholin käytöstä. Alkoholin käyttöön liittyvä moraalinen paheksunta on vähentynyt, ja alkoholin käytöstä on tullut myös naisten nautintoaine. Nykyään naiset juovatkin neljänneksen kaikesta alkoholista. Alkoholin käyttö monissa sosiaalisissa tilanteissa on yleistynyt. Suomalaisten juomatapojen ydin on viikonloppuihin keskittyvässä humalahakuisessa juomisessa. (Levo 2008, 19.)

Monisivuinen liite

Suomessa on arvioitu olevan 30 0000 - 50 0000 alkoholin suurkuluttajaa. Suurkuluttajia on terveydenhuollon asiakkaista naispotilaista 10 % ja miespotilaista 20 % on suurkuluttajia. Naisilla suurkulutuksen raja on 20 g ja miehillä 40 g alkoholia vuorokaudessa. Alkoholin takia menehtyy Suomessa vuosittain noin 3 000 henkilöä, mikä tarkoittaa 6 % kaikista kuolemantapauksista. Alkoholin suurkulutus vaurioittaa lähes jokaista ihmisen elintä. Toistaiseksi tuntemattomasta syystä ei voida sanoa, miksi joku saa elinvaurioita ja toinen välttyy niiltä. (Iivanainen ym.2007, 59.)

4 PÄIHTEISTÄ AIHEUTUVAT ONGELMAT

Päihhteistä aiheutuva riippuvuus on itse aiheutettu elämän pituinen sairaus, jonka haitta ei jää pelkästään itse päihhteiden käyttäjään, vaan vaikuttaa koko sosiaaliseen elämään, läheisiin tai mahdolliseen syntymättömään lapseen. Sairauden taltuttamiseksi tarvitaan usein jokin itseä suurempi tekijä, kuten esimerkiksi usko korkeampaan voimaan. Riippuvuuden hoito ja elämänhallinnan säilyttäminen tarvitsevat tukea koko loppuelämän ajan. (Holmberg ym. 2008, 28,29.)

Niemelän (1999) mukaan päihdeongelma, niin kuin useat muutkin ongelmat, on läsnä aina ihmisen kokonaisuudessa ja koko ihmisessä. Ihmisen erilaisuudesta johtuu, että päihdeongelma voi ilmetä eri tavoilla eri ihmisissä, heidän elämäntilanteissaan samoin kuin päihdeongelman kehittyminenkin. Sairaustulkintaa päihdehuollossa on perusteltu sillä, että alkoholiongelman nimeäminen sairaudeksi aiheuttaisi vähemmän moralisoivaa suhtautumista alkoholisteihin. Päihdeongelma voi olla edelleen ongelma sinänsä tai oire jostain muusta ongelmasta. On hyvä muistaa alkoholiongelman kehittämisessä ”perunateoria”: perunan kasvatus on ihmisen olemispuolen resonointia ja jatkuvaa uusiintumista, sillä vaikka jossakin vaiheessa ongelman aiheuttaja, ”siemenperuna” voidaan joko poistaa tai se poistuu, silti kasvi jatkaa kasvamistaan. Silloin kyseessä on emergenssi, periaate, jonka mukana syistä voi nousta seurauksia, jotka eivät ole enää palautettavissa alkuperäisiin syihin. Joidenkin selvitysten mukaan sairaus-käsitteen käyttäminen ei poista kuitenkaan leimaamista ja sosiaalista hyljeksintää eikä moralisointia. (Niemelä, 1999 50 – 51.)

Miksi päihtyviä aineita sitten käytetään, jos niistä aiheutuu ongelmia? Syyt ja perustellut käytölle ovat yksilöllisiä. Juominen on jollain tavoilla yksilölle hyödyllistä toimin-

Monisivuinen liite

ta ja jokaisessa tilanteessa yksilö tekee itse ratkaisun päihdyttävien aineiden nauttimisesta. On myös tapauksia, jossa yhteisön normit edellyttävät juomista, jolloin yksilö päättää noudattaa normeja tai ohjeistusta joiden mukaan tilanteessa on juotava, vaikka yksilö voisi olla normeja vastaan. Ympärillämme olevat lukemattomat ympäristölliset ja tilanteelliset vihjeet saattavat vaikuttaa alkoholinkäyttöön luomalla siihen mahdollisuuden tai tarjoamalla ympäristön, jossa pidetään alkoholinkäyttöä normaalina toimintana. (Puhakka, 2000, 68.)

4.1 Alkoholiriippuvuuden kriteerit

Toistuva ja pakonomainen tarve käyttää alkoholia tarkoittaa alkoholiriippuvuutta. Kriteereinä voidaan pitää seuraavia asioita, joista vähintään kolmen on toteuduttava 12 kuukauden aikana: voimakas himo käyttää alkoholia, heikentynyt kyky hallita alkoholinkäytön aloittamista, lopettamista tai määrää, vieroitusoireiden ilmaantuminen alkoholinkäytön vähetessä tai päättyessä, alkoholin sietokyvyn lisääntymien, alkoholin käytön muodostuminen elämän keskipisteeksi. ja alkoholin käytön jatkuminen sen mukanaan tuomista haitoista huolimatta. (Levo 2008, 29 - 30.)

Riippuvuustyypit

Alkoholiriippuvuus voi olla fyysistä riippuvuutta, mikä tarkoittaa sitä, että kun alkoholin saanti loppuu, tulee vieroitusoireita. Näitä oireita ovat pahoinvointi, hikoilu, vapina, päänsärky, masennus ja unettomuus. Fyysisen riippuvuuden synty edellyttää lähes päivittäistä juomista. Lievät oireet menevät ohi itsekseen muutaman päivän aikana. Keskivaikeat oireet voivat kestää viidestä seitsemään vuorokautta. Vakaviin vieroitusoireisiin voi liittyä kouristuksia, harhoja ja sekavuutta. (Levo 2008, 29 - 30.)

Psyykinen alkoholiriippuvuus kehittyy fyysistä riippuvuutta nopeammin. Psyykinen riippuvuus ilmenee pakonomaisena haluna saada alkoholia ja kokemuksena alkoholin välttämättömyydestä hyvinvoinnille. Sosiaalinen alkoholiriippuvuus tarkoittaa sitä, että se liittyy ihmisten välisiin sosiaalisiin suhteisiin ja ihminen kiinnittyneenä sellaiseen sosiaaliseen verkostoon, jossa alkoholilla on keskeinen asema. (Levo 2008, 29 - 30.)

Toleranssi

Mikäli alkoholia käyttää toistuvasti, syntyy toleranssi. Se tarkoittaa sitä, että alkoholin humalluttava vaikutus vähenee ja aina tarvitaan suurempia kerta-annoksia humalatilan aikaansaamiseksi. Toleranssi ei ole ihmisellä pysyvä tila, vaan se häviää, kun alkoholin käyttö lopetetaan tai sitä vähennetään tuntuvasti. Ihmisellä voi olla synnynnäisesti korkea alkoholin sietokyky, tai toleranssi voi kehittyä ihmiselle. Tutkimuksilla on todistettu, että synnynnäisesti hyvin alkoholia sietävillä on suurempi riski alkoholisoitua kuin niillä joilla synnynnäistä suurta alkoholinsietoa ei ole. (Levo 2008, 25).

4.2 Alkoholismi

Suomessa on noudatettu WHO:n ICD-10 diagnostisia kriteereitä vuodesta 1996. Jotta riippuvuusdiagnoosi voidaan tehdä, täytyy vähintään kolmen kriteerin täytyä viimeisen 12 kuukauden aikana (Dahl & Hirschovits 2002, 264).

ICD-10 kriteerit ovat pääpiirteittäin: (Dahl & Hirschovits 2002, 265):

- 1) voimakas halu tai tarve saada tiettyä päihdettä
- 2) vaikeus kontrolloida omaa päihdekäyttöä
- 3) vieroitusoireet
- 4) toleranssi
- 5) Päihdekäyttö muodostuu asiaksi yksilön elämässä, ja elämä keskittyy päihteen hankkimiseen ja käyttöön
- 6) Päihdekäyttö jatkuu tiedostetuista riskeistä huolimatta.

Havion ym (2008, 56 – 57) mukaan alkoholinriippumisoireyhtymää (ICD-10-luokitus F10.2) kutsutaan yleisesti alkoholismiksi. Alkoholista riippuvainen henkilö tuntee pakonomaista tarvetta juoda, eikä hän välitä käytöstä aiheutuvista sosiaalisista tai terveydellisistä haitoista. Alkoholismin kehitys on pitkä ja moninainen prosessi, johon esim. geeniperimä tai lapsuusaikaiset epäedulliset olosuhteet voivat vaikuttaa. Alkoholismista voi parantua, jokainen käyttäjä on yksilö ja näin ollen toipumienkin on yksilöllistä. Heikkilän(1995, 29) mukaan alkoholi on maailman eniten käytetty huume, jonka vaikutusmekanismeja on tutkittu eniten. Alkoholin katsotaan vaikuttavan aivoihin vähitellen siten, että ihmisen persoonallisuus muuttuu alkoholiriippuvaiseksi.

Monisivuinen liite

Päihderiippuvuus on sellainen fyysinen ja psyykkinen tila, joka on seurausta päihdyttävän aineen ja elävän organismin välisestä vuorovaikutuksesta. (Katkaisuhoito Lehmustuvalla liikuntarajoitteisten henkilöiden kokemana 2008, 11.)

4.3 Monipäihteisyys ja sekakäyttö

Monipäihteisyys eli päihteiden sekakäyttö on tavallisimmillaan, jossa alkoholia, lääkkeitä ja / tai huumeita käytetään samaan aikaan tai peräkkäin (Havio ym. 2008, 64).

Huumaavilla aineilla ja sekakäytöllä Heikkilän (1995, 55) mukaan on tarkoitus löytää sisäinen tasapaino, jossa autuus on keinotekoisista. Mieli, ruumis, muut ihmiset ja ympäristö jäävät taka-alalle. Huumaavia aineita käytetään koska antavat hyvin voimakkaan mielihyvän tunteen, jolloin tylsyys, ahdistus ja pelko väistyvät. Ongelmaksi muodostuu, että aine alkaa hallita ihmismieltä.

4.4 Mielenterveysongelmat

Päihteiden käytöstä sekä siihen liittyvistä mielenterveyshäiriöistä aiheutuu laajoja kansanterveydellisiä ja taloudellisia vaikeuksia. Holmbergin (2008, 13) mukaan jopa 50–80 %:lla nuorista ja aikuisista on liitännäissairautena mielenterveysongelmia. Näitä ongelmia ovat mm. unettomuus, ahdistuneisuus paniikkihäiriöt tai masennus. Runsa alkoholin käyttö voi aiheuttaa myös muutoksia persoonassa, esimerkkinä tästä voi mainita aggressiivisuuden Jatkuva humala kadottaa tajunnan tietoista osaa, ajattelu urautuu, maailma kutistuu sekä ajallisesti, että paikallisesti. Stressinsietokyky alenee ja kiukkuisuus ja ärtyneisyys kasvavat (Havio ym. 1995, 92.)

Tutkimuksessa oli huomattu miesten juovan saavuttaakseen positiivisia tunnetiloja ja naisten juovan negatiivisia tunnetiloja vähentääkseen. Juomisen perustelut olivat yhteydessä syiden ympäristölliseen ilmenemiseen. Ne, jotka ilmoittivat juovansa stressin vuoksi, nämä käyttivät alkoholia enemmän. Sosiaalisissa tilaisuuksissa juovat käyttivät alkoholia juuri sosiaalisuuden vuoksi, jolloin sosiaalinen ympäristö voi vaikuttaa kulutukseen. (Puhakka 2000, 72.)

4.5 Alkoholin suurkulutuksen haitat elimistössä

Aivoihin ja hermostoon alkoholin suurkulutus vaikuttaa seuraavasti: isot ja pikkuaivot rappeutuvat, alkoholiepilepsian riski kasvaa, riski sairastua aivoverenvuotoon ja aivo- vammaan kasvaa, tasapaino ja koordinaatio heikentyvät, ääreishermoston neuropatiat lisääntyvät ja lisäksi alkoholin suurkulutus aiheuttaa dementiaa. Suussa ja nielussa alkoholin suurkulutus aiheuttaa huonoa suuhygieniää ja hampaiden reikiintymistä. (Iivanainen ym. 2007, 59.)

Lisäksi nielutulehdusten riski kasvaa. Keuhkoputkien tulehdukset lisääntyvät. Ruoka- torveen ja mahalaukkuun voi tulla haavaumia, sekä limakalvoärsytystä. Suolistossa voi esiintyä imeytymis- ja ravitsemushäiriöitä, mahdollisesti ripulia. Haimatulehduk- sen riski kasvaa. Maksaan alkoholin suurkulutus aiheuttaa maksatulehdusta, sekä maksakirroosia, ja vaarana on saada rasvamaksa. Ravintoaineet erittyvät virtsaan ja virtsahappo elimistössä lisääntyy, mikä lisää riskiä sairastua kihtiin. Sydänlihastuleh- duksen riski kasvaa, on mahdollista sairastua sydämen vajaatoimintaan, rytmihäiriöi- den riski lisääntyy, riski korkeaan verenpaineeseen kasvaa, sekä sydän-infarktiin sai- rastumisen riski kasvaa. Iho alkaa punoittaa ja voi esiintyä ihottumaa ja lisäksi haavat paranevat hitaasti. (Iivanainen ym. 2007, 59.)

Verenvuototaipumus lisääntyy ja anemian riski kasvaa. Riski sairastua suun, nielun, ruokatorven, kurkunpään ja rintasyöpään lisääntyy. Maksasyövän ja paksusuolensyö- vän riski lisääntyy hieman. Miehillä testosteronin tuotanto vähenee, jolloin hedelmät- tömyys ja impotenssi lisääntyvät. Naisilla estrogeenin tuotanto vähenee, jolloin tulevat kuukautishäiriöt ja mahdollinen hedelmättömyys. Sikiöön alkoholi vaikuttaa niin, että keskenmeno ja kehityshäiriöiden riskit lisääntyvät. Äidin ja sikiön veren alkoholipitoi- suus on sama, sekä äidinmaidon ja äidin veren alkoholipitoisuus on sama. Alkoholin käyttö vaikuttaa unen laatuun heikentävästi, ja uniapnea pahenee. (Iivanainen ym. 2007, 59.)

Kaatuminen, paleltuminen, hukkuminen, ruokaan tukehtuminen, myrkytys ja itsemur- hariski lisääntyvät. Alkoholin suurkulutus on myös merkittävä liikalihavuuden aiheut- taja. (Iivanainen ym. 2007, 59.)

5 PÄIHDEHUOLLON LAATUSUOSITUKSET

Sosiaali- ja terveysministeriö sekä kuntaliitto ovat julkaisseet vuonna 2002 päihdepalvelujen laatusuositukset, joiden tarkoituksena on lisätä päihdepalvelujen saatavuutta sekä parantaa sen laatua (Päihdelinkki 2005.)

Laatu on ominaisuuksista muodostuva kokonaisuus, joka perustuu prosessin, toiminnon, tuotteen, organisaation, järjestelmän, henkilön kykyä täyttää sille asetetut vaatimukset ja myös siihen kohdistuvat odotukset. Vaatimuksilla tarkoitetaan sitä, että ne perustuvat lainsäädäntöön, määräyksiin, sopimuksiin tai ne on määritelty erikseen asiakkaiden tarpeiden mukaan. Tehdään sopimus siitä, mitä laatu on kulloisessakin toiminnassa. Yhdessä laatu syntyy: asiakas- työntekijä(t)- työyhteisö- organisaatio. Lukuisat tekijät mahdollistavat laadun. Tavoitteena on ottaa huomioon myös käytävissä olevat resurssit. Laatutyön ja laadun näkökulmia ja menetelmiä on monenlaisia= asiakas. Laatutyötä tehdään asiakasta varten, laadun kokee viime kädessä asiakas/potilas, joka saa hyödyn hyvästä hoidosta/palvelusta. Laatutyössä pidetään tärkeänä: asiakaslähtöisyyttä, asiakaspalautetta ja osallistumista. Asiakas odottaa työntekijältä, ystävällisyyttä, asiallisuutta, arvostusta, yksilöllisyyttä, kuuntelemista, ymmärrystä, ammattitaitoa jne. (Huuhko 2010.)

Kymmenen keskeistä laatusuositusta

Päihdelinkki (2010) esittää seuraavaa kymmenen päihdehuollon laatusuositusta:

1. Kunnan on torjuttava päihdehaittoja laaja-alaisesti
2. Päihdepalveluihin tarvitaan ja edellytetään strategioita ja suunnittelua päihdepalveluihin.
3. Palvelut on mitoitettava siten, että niissä pystytään huomioimaan päihteiden käyttäjässä tapahtuvat laatusuositukset.
4. Päihdehuolto on osa kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja.
5. Hyvät päihdepalvelut ovat hyvinvoinnin lisäämistä, että syrjäytymisen ehkäisyä.
6. Työskentelyn päihdepalveluissa on oltava asiakaslähtöistä. Asiakkaan on osallistuttava itse omaan kuntoutumisensa suunnitteluun ja arviointiin.

7. Palvelujen täytyy puolustaa potilaan perusoikeuksia.
8. Asiakkaan edellytyksiin käyttää palveluja on kiinnitettävä huomiota.
9. Maksusitoumukset eivät saa olla joustavan palveluohjauksen esteenä.
10. Palveluasumisessa sekä erilaisissa tilapäismajoituksissa on kiinnitettävä huomiota tilojen tasoon sekä asukkaan itsemääräämisoikeuteen.

6 PÄIHDETYÖ

Holmbergin ym. (2008) sekä STM:n (2010) mukaan päihdetyö on kokonaisuus ja jatkuva hoitoprosessi, joka muodostuu ehkäisevästä ja korjaavasta päihdetyöstä ja sen keskeisiä käsitteitä ovat edistäminen ja ehkäiseminen. Edistämisellä (promootio) tarkoitetaan mahdollisuuksien luomista, suojaavien tekijöiden ylläpitämistä ja vahvistamista sekä pyrkimystä luoda elinoloja ja kokemuksia, joilla pyritään auttamaan yksilöä ja yhteisöä selviytymään. Edistämisellä pyritään vaikuttamaan omaan sekä ympäristön hyvinvointiin ja terveyteen jo ennen ongelmien ja sairauksien syntyä. Promootion keinoja ovat terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen. Ehkäisemisellä (preventio) tarkoitetaan jo ennakoituja ongelmia ja sairauksien ehkäisemistä ja vähentämistä. Tässä ovat lähtökohtana ongelmat, eivät voimavarat. (Holmberg ym. 2008, 56.)

Laadukkailla päihdepalveluilla ja tehokkaalla ennaltaehkäisyllä voidaan vähentää muiden palvelujen tarvetta, koska päihteiden käyttäjät eivät pelkäästään kuormita omaa päihdejärjestelmää vaan koko kunnallista palvelujärjestelmää (Holmberg ym. 2008, 56 – 57).

Ehkäisevä päihdetyö on laajempaa toimintaa, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia, edistämällä päihteettömiä elintapoja ehkäistään ja vähentämällä päihdehaittoja. Ehkäisevä päihdetyö on myös perus- ja ihmisoikeuksien edistämistä päihteisiin liittyvissä kysymyksissä. Ehkäisevällä päihdetyöllä vaikutetaan, päihteisiin ja niiden käyttöön ja haittoihin. Lääkkeet, liuottimet ja muut aineet luokitellaan päihteiksi, kun niitä käytetään päihtymistarkoitukseen. Päihteiksi luokitellaan myös alkoholi, huumeaineet ja tupakka. (Holmberg ym. 2008, 56 – 57.)

Päihdetyö edellyttääkin usean hallinnon alan ja toimijan sitoutumista pitkäaikaiseen työhön. Mielenterveyslain (14.12.1990/1116.) mukaan kuntien velvollisuus on järjes-

Monisivuinen liite

tää korjaavaa päihdetyötä. Korjaava työ sisältää päihdehuollon omat hoito- ja kuntoutuspalvelut. Korjaavaa päihdetyötä tehdään yhdessä mielenterveyspalvelujen kanssa, koska monella päihdeongelmaisilla ilmenee myös mielenterveysongelmia. Korjaavaa työtä tehdään usein myös kunnan yleisissä palveluissa: sosiaali- ja terveydenhuollossa ja lastensuojelussa. (Holmberg ym.2008, 56–57.)

Kaukosen (2000) mukaan sana alkoholi on mahdollista määritellä ongelmaksi hyvin monista eri näkökulmista. Teollistuneissa yhteiskunnissa voidaan erottaa kolme pääasiallista tapaa jäsentää väkijuomakysymystä: alkoholi voidaan nähdä järjestys- ja turvallisuusongelmana, tuottavuusongelmana tai kansanterveysongelmana. Tietoa ongelmallisuudesta löytyy kolmesta lähteestä: yksilöllisistä kokemuksista, tilastoista sekä tieteellistä tutkimuksista, painavimpia tietolähteitä ovat kaksi viimeisintä; niitä on pidetty luotettavampina kuin yksilöllistä arkihavainnointia. Pohjoismaissa tehdyillä tilastollisilla tutkimuksilla on ollut merkittäviä vaikutuksia sosiaalipoliittisiin toimintoihin, esimerkiksi Suomessa vuosisadan molemmin puolin. Päihdehuollon palvelut tuotetaan tarveharkintaisesti ja yksilökohtaisesti. Päihdeongelmat määrittyvät palveluissa pääosin yksilöllisinä elämönhallinnallisina ongelmina. Sosiaaliasia ongelmia on mielekästä ja tarpeellista tutkia sosiaalisen vuorovaikutuksen määrittelyprosessina. Yhteiskunnassa päihdehaittoja koetaan laajalti, mutta palvelut määrittävät toimenpiteillä erityisesti niiden kansalaisten elämää, joilla on jo palveluihin kontakteja. Toimintaperiaatteet ja palveluiden luonne ehdollistavat kontaktipintojen syntymistä ja pysyvyyttä. Tutkimuksessa päihteiden ongelmakäyttäjä tai päihdeongelmainen on päihdepalveluihin hakeutunut tai ohjautunut asiakas. (Kaukonen 2000, 40, 42 - 45.)

Terveydenedistämiskeskuksen (2010) mukaan ehkäisevä päihdetyö tarkoittaa toimintaa, jolla pyritään edistämään terveellisiä elämäntapoja, hyvinvointia ja turvallisuutta. Ehkäisyn tapoja on kaksi, yleinen ja riskiehkäisy. Ehkäisevää päihdetyötä säätelevät lait ja pykälät, joita ovat raittiustyölaki (19.11.1982/828)(2010) ja asetus sekä päihdehuoltolaki (17.1.1986/41.) Terveydenedistämisen keskuksen mukaan ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on. tehostaa päihteistä aiheutuvien haittojen ehkäisyä, vahvistaa eri järjestökenttien välistä yhteistyötä kansallisesti että kansainvälisesti. Tietenkin yhtenä tarkoituksena on vähentää päihteistä aiheutuva haittoja.

Monisivuinen liite

Sosiaali- ja terveysministeriö puolestaan vastaa alkoholi-, tupakki ja huumausainespolitiikan suunnittelusta, ohjauksesta ja lainsäädännöstä sekä päihteiden ja tupakkatuotteiden käytön aiheuttamien haittojen ehkäisystä. Valtioneuvosto on tehnyt siitä myös periaatepäätöksen. (STM 2009.)

Valtioneuvoston periaatepäätöksenä on yleinen alkoholihaittojen vähentäminen. Toiminnan tulisi kuitenkin erityisesti tähdätä kolmen tavoitteen saavuttamiseen:

1. Alkoholista aiheutuvien haittojen on vähennyttävä merkittävästi lasten ja perheiden hyvinvoinnissa.
2. Alkoholin riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja on vähennettävä merkittävästi.
3. Kaikkien alkoholijuomien kokonaiskulutus käännetään laskuun.

Valtiovalta seuraa tavoitteiden toteutumista erilaisten indikaattoreiden avulla, joita ovat esim. Terveys 2015- yhteydessä seurattavat nuorten terveystapatutkimukset, tilastokeskuksen tiedot alkoholin seurauksena kuolleiden määrästä ja terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tiedot tilastoiduista ja tilastoimattomasta kulutuksesta. (Valtioneuvosto 2003.)

Päihdetyön eettiset periaatteet

Päihdetyön eettisiin periaatteisiin kuuluu sosiaalinen oikeudenmukaisuus, joka tarkoittaa sitä, että syrjäytymistä ehkäistään aktiivisesti, jolloin oikeus terveyteen ja turvallisuuden toteutuvat. Päihdetyössä ensisijaisiksi pitää asettaa heikoimmat, syrjäytyneimmät ja köyhimmät henkilöt, sekä seurauksiltaan vakavimmat päihdeongelmat. Koko yhteiskunnan hyvinvointia ja turvallisuutta edistetään lisäämällä ongelmallisiksi koettujen yksilöiden tai ryhmien turvallisuutta. Yhdenvertaisuudella tarkoitetaan sitä, että ihmiset, jotka kärsivät päihteiden aiheuttamista haitoista, ovat oikeutettuja saamaan yhdenvertaista kohtelua yhteiskuntapalveluissa riippumatta ongelmien alkupeirästä tai käytetystä päihdeestä. Solidaarisuus tarkoittaa, että ihmisarvoa ei saa loukata vaikka, henkilö kärsiikin päihdehaitoista, eikä tule käyttää diskriminoivaa kieltä ja tai luoda syrjiviä käytäntöjä päihdetyössä. Osallisuus, jossa korostuu itsemääräämisoikeus ja osallistumisoikeus itseään koskeviin päätöksiin. Päihteidenkäyttäjää sekä hänen läheisiään tuetaan niin, että heille annetaan mahdollisuus järjestäytyä ja tuoda esiin omat kokemuksensa, tietonsa, tarpeensa ja vaatimuksensa. Älyllinen rehellisyys ja

Monisivuinen liite

vapaus tarkoittavat päihdetyön eettisissä periaatteissa sitä, että päihdetietouden, päihdekasvatuksen ja päihdeviestinnän pitää perustua tosiasioihin. Lisäksi sen tulee olla asiallisesti esitettyä ja tasapuolista. Osallisten ammattieettiset periaatteet tarkoittavat, että päihdetyöhön osallistuvien ammatilliset arvot ja periaatteet tunnetaan ja ne otetaan huomioon, jotta ammattieettiset periaatteet päihdetyössä voivat toteutua. Yhteiskunnallinen vaikuttaminen, tarkoittaa, että niiden jotka tekevät päihdetyötä heidän tulee tuoda tietonsa, kokemuksensa ja asiantuntijanäkemyksensä julkiseen keskusteluun päihdehaittojen lieventämisen näkökulmasta. (Levo 2008, 15.)

7 PÄIHDEHOITOTYÖ

Tutkimuksessaan Minna Mattila-Aalto(2009) selvitti, miten päihteidenkäyttäjät suhtautuivat päihteittä elämiseen: Mitä osallisuus on entiselle rappioalkoholistille tai narkkarille? Minkälaiden sosiaalisten suhteiden ja sidosten varassa hän pysyy päihdeettömänä? Tutkimus kohdistui päihdekuntoutumista käyttäviin keskusteluihin syrjäytymisestä ja sosiaalisesta osallisuudesta. Syrjäytyminen ja osallisuus näyttäytyvät olevan asteittaisina, eivät toisensa poissulkevinä ilmiöinä. Näitä voidaan hahmotella esimerkiksi käsitteparein ”osallisuus –ei-osallisuus” ja ”syrjäytyminen - ei-syrjäytyminen”. Ajatus perustuu näkemukseen, jonka mukaan nyky-yhteiskunta tuottaa lakkaamatta sekä syrjäytymistä, että erilaisia mukaan tuleminen muotoja. (Mattila-Aalto, 2009, 21 - 23).

Kuusiston (2010) mukaan toipuminen ammattiavun kautta vaatii hoitoon pääsyä, mikä vuoksi hoitojärjestelmään pääsy on avainasemassa. Kuitenkin vähemmistö päihdeongelmaisista hakeutuu hoidon piiriin. Ei ole voitu todistaa mitään hoitomuotoa toista paremmaksi eikä saatu selville sitä, kuka tai ketkä hyötyisivät hoidosta. Näin ollen havaittuja hoitoja on vaikea vartaila/arvioida. Vaikka hoidosta saadaan merkittävää apua, yleensä moni palaa ongelmalliseen päihteidenkäyttöön hoidon jälkeen. Hoidon toivotaan tuottavan kestävästä raittiutta siitäkin huolimatta, että hoito kohdistuu rajalliseen ajankohtaan. Kun oikeaa hoitoa annetaan oikeaan aikaan, saadaan hyviä hoitotuloksia. Miehet käyttävät hoitoa huomattavasti useammin kuin naiset. Naisten päihdeongelmaa hoidettaessa on otettava huomioon sukupuoleen liittyviä erityispiirteitä eritavalla. Esimerkiksi kansainvälisessä päihdetutkimuksessa on todettu, että sosiaaliset kustannukset, läheisen hoitovastuu, hoidosta tulevat taloudelliset kustannukset sekä

Monisivuinen liite

negatiiviset asenteet terveydenhuollon ammattilaisiin ja yhteisiin hoito-ohjelmiin miesten kanssa, voivat estää naisia hakeutua hoitoon. Näistä syistä naisilla esiintyy päihdeongelman kieltämistä ja he suhtautuvat tarjottuun hoitoon kielteisemmin. Myös hoitoonohjausjärjestelmän kyky tunnistaa naisten päihdeongelma on hatara, mikä johdetaan osittain yhteiskunnallisista, syvälle juurtuneista asenteista päihdeongelmaista naisista kohtaan. Hoitoonohjauksessa on otettava naisen erityistarpeet huomioon, kuten lasten mukaanotto hoitoon. Esteenä hoitoon hakeutumiselle voi olla, että päihdeongelmasta kärsivät eivät kokeneet juomistaan ongelmaksi tai he halusivat selvittää ongelman itse. Hoito-organisaatiossa hoito lähtee siltä perustalta, että henkilö myöntää itselleen alkoholistin leiman. Perimmäisenä hoidon tarkoituksena on, että ammattiapu virittää yksilön omia voimavaroja, jolloin toipuminen lähtee käyntiin, sillä lähtökohdat ovat yksilöllisiä ja hyvin erilaisia. (Kuusisto 2010, 56 - 59.)

7.1 Hoitotyön prosessi

Hoitoprosessissa on kolme päätoimintoa: hoitotyön suunnitelma, hoitotyön toteutus sekä hoitotyön tulosten arviointi. Prosessi määrittely sisältää tarpeet tai ongelmat, priorisoimisen, tavoitteiden asettamisen, hoidon toimintojen suunnittelun ja toteutuksen sekä toiminnan tulosten arvioinnin ja hoitoprosessin päättymisen ja yhteenvedon hoidon tulokset ja jatkohoito. (Kuusisto ym. 2007, 62.)

Päihdetyön kehittämisen edellytyksenä on järjestelmällinen ja arvioitava hoitotyön kirjaaminen. Tiedon kirjaamisen on oltava totuudenmukaista. Organisaation vastuulla on koko kirjaamisen kehittäminen. Ammattivelvollisuuksiin sairaanhoitajalla kuuluu tehdä aloitteita kirjaamiskäytäntöjen kehittämiseksi. Päätöksenteon perustana hoitotyössä on hoidon tarpeen määrittely, johon kuuluu asiakkaan tai potilaan tilan ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen kartoittamiseen. Hyvä hoitosuhde luo turvallisen ja luottamuksellisen yhteyden asiakkaaseen, jolloin hoitomotivaatio syntyy. Tämä mahdollistaa hoitoon sitoutumisen ja vaikeista asioista puhumisen. Erilaisia mittauksia käytetään tiedon keruussa ja hoidon tarpeen määrittelyssä (mm. alkometri, RR, pulssi, verensokeri, muut verikokeet, virtsatesti), kuunnellaan päihteenkäyttäjän omaa kertomusta, omaisia tai työnantajan näkemyksiä, lääkärin määräämiä tutkimuksia sekä muista hoitolaitoksista saatuja tietoja. (Havio ym. 2008, 34,35.)

Monisivuinen liite

Päihteidenkäyttäjät ovat hyvin yksilöllisiä, joskus jo ensitapaamisella voi ilmetä liiallista käyttöä. Päihteidenkäyttö saattaa löytyä somaattisten sairauksien taustalta. Ongelma johtuu yleensä siitä, että itse ei tunnista päihdeongelmaansa tai ei myönnä sitä itselleen. Ulkoisesti sairaanhoitaja ei välttämättä pysty tunnistamaan päihteidenkäyttäjää. Hoitajan asiallinen ja ammattitaitoinen suhtautuminen mahdollistaa päihdeasioiden käsittelyn jatkossa. Hoidon tarpeen määrittely on hyvä perusta, siinä otetaan huomioon päihteidenkäyttäjän yksilölliset tarpeet, hänen omat odotuksensa ja voimavaroinsa, johon perustuu koko hoidon kokonaisvaltainen suunnittelu. Hoidon tarpeen arviointi alkaa, selvittelemällä alkoholin tai muun päihteiden käyttöä, siihen liittyviä ilmiöitä ja käyttöä ylläpitäviä tekijöitä. Systemaattinen tilanearvio tehdään potilaan/asiakkaan kanssa. Selvitellään päihteiden merkitystä ihmisen elämässä, sitä mihin päihde on vaikuttanut/vaikuttaa ja mihin se tulee vaikuttamaan. Jotta asiakas hyötyisi hoidosta, hänen tulee ottaa vastuuta omasta elämästään ja haluta muutosta. Hoitosuhteen ammatillisesta osaamisesta vastaa hoitaja, kuten myös moniammatillinen työryhmä ja verkosto. (Havio ym. 2008, 34, 35.)

Varhaisessa vaiheessa päihdehaittojen ehkäisyyn on tarjolla lyhytneuvontaa eli mini-interventiota. Pidemmälle edenneessä päihdeongelmassa tarjolla on hoidon tarpeen arviointeja, sekä tarvittaessa suoritettavia vieroitushoitoja eli katkaisuhoidoja, joko avo- tai laitoshoidossa. (THL 2009.)

7.2 Päihteiden käyttäjän hoitosuhde

Hoitosuhteella tarkoitetaan potilaan ja sairaanhoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Potilaalla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia ja niiden ratkaisemiseen liittyviä odotuksia sairaanhoitajan suhteen. Sairaanhoitajan tehtävänä on pyrkiä auttamaan potilasta näiden ongelmien ratkaisemisessa. Sairaanhoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen laatu vaikuttaa hoidon onnistumiseen sekä hoitosuhteen luomiseen, ylläpitämiseen ja lopettamiseen. Hoitavassa potilaan kohtaamisessa keskeistä on se, että potilas kokee hänen terveydentilansa paranemisen ja ongelmiansa ratkeamisen olevan hoidon tavoitteena. Hoitosuhteen luominen ja ylläpitäminen edellyttää sairaanhoitajalta, että hän kunnioittaa potilasta, kiinnostusta tutustua potilaaseen, kykyä olla aktiivinen ja rakentava vuorovaikutussuhteessa vieraan ihmisen kanssa, kykyä tehdä yhteistyötä ja herättää potilaassa luottamusta ammattitaitoonsa ja auttamishaluunsa. Sai-

raanhoitajan ammattitaitovaatimukseen päihteenkäyttäjän hoitoprosessissa kuuluvat empaattisuus ja myötätunto. (Havio ym. 1994, 63.)

7.3 Mini-interventio osana päihdetyötä

VAMP on valtakunnallinen mini-interventioprojekti. Mini-interventio on kehitetty käytettäväksi erityisesti terveydenhoitoalalla työskenteleville henkilöille, ja sitä tulisi-kin jalkauttaa entistä enemmän terveydenhuollon ammattilaisten rutiinotoimintoihin. Tutkimusten mukaan jopa 5 minuuttia kestävä neuvonta vähentää alkoholin suurkulutusta. Mini-intervention sisältöön kuuluu esim. kartoittaa alkoholin kulutus riittävän yksityiskohtaisesti esim. AUDIT- lomakkeen avulla. Jos suurkulutuskriteerit löytyvät, tulee hoitohenkilökunnan ohjata potilasta terveydentilan vaatimalla tavalla. Tärkeänä osana mini-interventioita on myös tietojen kirjaaminen sekä sopimuksen mahdollisista jatkokäynneistä. (STM 2008.) VAMP-hankkeen ydintavoitteena on lisätä terveyskeskusten henkilökunnan mini-intervention käyttämistä. (Seppä 2008, 55)

Mini-interventio on puhekeksiottomenetelmä varhaisvaiheessa olevia alkoholin suurkuluttajia varten. Alun perin mini-interventio oli lääkäreille tarkoitettu työväline, mutta nykyään se on käytössä myös hoitohenkilökunnalla. Mini-intervention peruselementteinä ovat suurkulutuksen tunnistaminen ja alkoholinhaittojen sekä itsehallintatiedon antaminen siten, että potilas motivoituu alkoholin käytön vähentämiseen. Hoitotyössä mini-interventiota kuvataan päihteen käyttöön kohdistuvaksi terveysneuvonnaksi. Mini-interventio on päihdetyön peruslähestymistapa, johon sisältyvien taitojen avulla arvioidaan, tunnistetaan ja neuvotaan varhaisvaiheen suurkuluttajien ja riskikäyttäjien lisäksi myös vakavammista päihderiippuvuuksista ja päihdeongelmista kärsiviä. (Inkinen ym. 2000, 117.)

Mini-interventio perusterveydenhuollon työvälineenä

Perusterveydenhuolto soveltuu hyvin siihen, että alkoholin riskikäyttö voidaan tunnistaa varhaisessa vaiheessa ja antaa lyhytneuvontaa ja näin ehkäistä alkoholin suurkulutuksesta aiheutuvien sairauksien syntymistä. Perusterveydenhuolto tarjoaa laajan alueen tehdä alkoholiongelmien ehkäisytyötä, koska perusterveydenhuollossa tavataan koko väestö. Mini-interventio on helposti opittavissa ja myös menetelmänä yksinker-

Monisivuinen liite

tainen. Kustannuksiltaan mini-interventio on edullista toteuttaa. Jos mini-interventiohoitoon ollaan valmiita sijoittamaan rahaa mm. henkilöstön koulutusta varten, tuo se säästöjä mm. siinä, että ensiapukäynnit ja sairaalapäivät ja liikenneonnettomuudet vähenevät. (Seppä 2008, 20 - 21.)

Alkoholihaittojen vähentäminen on jokaisen hoitajan asia, ja jokaisessa terveydenhuollon asiakaskontaktissa tulee alkoholinkäyttö ottaa puheeksi, koska se on niin suuri kansallinen terveysuhka. Puheeksi ottaminen tarkoittaa varhaista puuttumista, jolla ehkäistään alkoholin haittavaikutusten syntymistä. (Iivanainen ym.2007, 60.)

7.4 Päihdehoitotyön työskentelymallit

Päihdehoidon historian katsottiin alkaneen Suomessa vuonna 1888, jolloin perustettiin raittiusliike, joka oli alkoholiongelmallisille tarkoitettu laitos. Juopuneena tavatun henkilön huollosta tuli laki voimaan vuonna 1931. Toimet suunnattiin aluksi erityisesti juomisen sosiaalsiin haittoihin ja köyhiin päihteidenkäyttäjiin. Aluksi valtio tarjosi päihdeongelmallisille laitoshoidoa, mutta vähitellen ei-valtiolliset, vapaaehtoiset organisaatiot ja kunnat alkoivat osallistua hoidon ja huollon toteuttamiseen. Katkaisuasema-toiminta lähti liikkeelle 1960-luvun lopulla, myös samalle vuosikymmenelle osui ensimmäinen huumeaalto, jolloin Suomessa ryhdyttiin perustamaan nuorille tarkoitettuja hoitopaikkoja eri puolelle maata. (A-klinikkasäätiö 2009.) Päihdehuoltolaki korostaa erityisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen moniammatillista yhteistyötä. Päihdekuntoutusjärjestelmän ajatellaan rakentuvan nykyisellään akuuteista hoitotoimista, avo- ja laitostatkaisusta sekä vieroituksesta, päihdepsykoosivaiheen psykiatrisesta hoidosta ja päihdepsykiatrisesta sairaalahoidosta. (Mattila-Aalto 2009, 29 - 30.)

Lillbergin (2009) tutkimuksessa selvisi, että laitostatkaisun hoitojaksojen tulisi olla pidempiä sekä asiakkaiden tulisi päästä jatkohoitoon heti katkaisuhoidosta lähdettyään.

Alkoholikatkaistu kestää enintään 1 - 5 vuorokautta, jolloin tehdään arviointi, aloitetaan hoito ja tehdään CiwaAr-testi (vieroitusoireiden voimakkuuden arviointi), jolloin lääkitys määrätään 1 - 2/vrk kerrallaan ja puhallutetaan. Psykoedukaatio kattaa kuntoutujan hoidon kokonaisuuden, johon kuuluvat kriisiapu, lääkehoito, keskustelut,

Monisivuinen liite

ohjaus, yksilöllinen hoitosuhde, erilaiset yksilö- ja ryhmämuotoiset hoidot ja terapiat, asumisvalmennus, työhön valmennus, päivätoiminta ja muut tarvittavat palvelut ja toimenpiteet. Päihdeongelmaisella täytyy olla omaa halua, ja häntä motivoidaan päihdeettömyyteen. Tarvittaessa lääkäri tekee arvioinnin. Kontrollikäynnit tehdään 3 -5 /vrk:n kuluttua katkaisuhoidon lopettamisesta. Käytetään myös keskusteluhoitoa ja terapiaa, jotka antavat tukea katkaisuhoidossa. (Mustajoki ym. 2007,669 – 672.)

Laitoskatkaisu tehdään jos ei avokatkaisu onnistu, yleensä silloin kun päihdeongelmaisella on voimakkailta vieroitusoireilta ja heikko yleistila, vaikeita psykososiaalisia ongelmia ja potilas on halukas/motivoitunut laitoskatkaisujaksolle. Laitoskatkaisuhoido tapahtuu vuodeosastolla alkoholiriippuvaiselle, jos potilaalla on vaikeat erityistä valvontaa edellyttävät vieroitusoireet tai potilas muuten somaattisesti on huonokuntoinen. Voimakkaasta deliriumista kärsivää potilasta hoidetaan erikoissairaanhoidossa, tähän lääkäri tekee lähetteen. Avohoidon työntekijä ja lääkäri tekevät arvioinnin, josta tehdään kirjallinen hoitosuunnitelma ja ehdotus sopivasta kuntoutuspaikasta. Jatkosuunnitelma tehdään ennen kotiutumista yhdessä laitoshoidon työntekijän, asiakkaan, avohoidon päihdetyön sairaanhoitajan ja sosiaalityöntekijän kanssa. (Mustajoki ym. 2007,669 – 672.)

Kuntouttavalla laitoskatkaisuhoidolla tehostetaan avohoitoa. Mikäli asiakkaan päihdekierre ei katkea, hänellä on mahdollisuus hakeutua katkaisuhoidoasemalle tai kuntoutuskeskukseen. Kuntoutuslaitoksessa hoito suunnitellaan henkilölle, jos avohuollon palvelut eivät ole riittävät katkaisuhoidon jälkeen. Kuntoutuslaitoksia ylläpitävät mm. kunnat, kuntayhtymät ja yksityiset yhteisöt, siellä hoito on yksilö- ja ryhmäkeskustelua, terveydenhoitoa ja jatkohoidon suunnittelua. Hoitoon pääsyyn tarvitaan aina lähete, ja hoitomaksu peritään maksuasetuksen mukainen maksu, jonka kuntaosuudesta huolehtii asiakkaan kotikunta. Kriteerinä ovat oma motivaatio päihdeongelman ratkaisemiseksi ja tehostettuun prosessointiin sekä terveydelliset syyt. (Mustajoki ym. 2007,669 – 672.)

Asumispalveluja järjestää päihdehuolto asunnottomille tai henkilöille, joilla on heikentynyt yleiskunto. Näitä palveluja järjestävät kunnat, kuntayhtymät, seurakunnat ja erilaiset yhteisöt. Päiväkeskukset on perustettu päihdekäyttäjien syrjäytymisen ehkäisemiseksi, siellä tarjotaan ruokailua, pyykinpesua, peseytymistä ja erilaista toimintaa,

käynnit eivät maksa mitään, mutta ruokailusta ja pyykinpesusta otetaan maksu. (MUSTAJOKI ym. 2007,669 – 672.)

Vertaistuki

Maaailmanlaajuisesti tunnetuin ja näkyvin vertaistuen toimija on AA-Nimettömät alkoholistit. Tavoitteena on kokoontua samassa tilanteessa olevien kanssa ja yhteisen ongelman vuoksi sekä pyrkiä lopettamaan juominen ja tulemaan raittiiksi. Vertaistuel-la tarkoitetaan, että saadaan tukea itselle ja autetaan muita samankaltaisessa tilanteessa olevia. Vertaistukea tarjoavia järjestöjä on nykypäivinä muitakin, niistä lienee merkittävin A-kilta sekä A-klinikka. Ryhmä toiminta on keskeisellä sijalla, toimintaa ohjaavat koulutuksen saaneet A-killan jäsenet. Toiminta perustuu jäsenten keskinäiseen auttamishaluun, jolloin toiminta perustuu koulutuksen, valistuksen ja virkistystoiminnan kautta raittiuteen tähtäävään toimintaan. A-kilta on nykypäivänä irtaantunut alkuperäisistä hoitokontekstista ja sitä voidaan pitää vertaistukeen keskittyvänä, vaikka toiminnan hoito muodot eroavat toisistaan. AA:n toiminta käydään ryhmässä. Jolloin pyritään toipumiseen, yhtenäisyyteen ja palveluun. Toipumisohjemaan kuuluu ryhmän vastuu, yhteistyö hoitolaitosten kanssa ja vielä yhteyden pitäminen juoviin sekä hengellisyys väljästi ajateltuna. Pyrkimyksenä on tuottaa vahva elementti henkiseen toipumiseen, tietysti siinä määrin kuin kukin sen haluaa omaksua. (Kuusisto 2010, 59 - 60.)

8 KATKAISUHOITO ELI VIEROITUSHOITO

Vieroitus- eli katkaisuhoidoja on monenlaisia; on lääkkeettömiä hoitoja sekä lääkkeellisiä hoitoja. Lääkkeetön hoito tapahtuu avohoidossa ja lääkehoito laitoshoidossa. Se, mikä potilaan hoitopaikka on, riippuu paljon siitä, mikä on potilaan hoidon tarve, minkälaista hoitoa on tarjolla sekä millainen on hoitopaikan ideologia. Hoidon perustana on aina hoitosuhde ja siinä tapahtuva vuorovaikutus. Hoidollisten keskusteluiden lisäksi voidaan käyttää akupunktiohoitoa sekä muita lääkkeettömiä keinoja, kuten rentoutusta, akupainantaa, lymfahoitoja sekä aroma- ja vyöhyketerapiaa. Potilaille tehdään hoidon alussa hoitosopimus, jossa määritellään vieroituksen kesto, lääkitykset ja muut tutkimukset sekä hoitolaitoksen säännöt koskien esimerkiksi ulkoilua, vierailuja, omien tavaroiden käyttöoikeutta ja päihdyttävien aineiden haltuunottoa. (THL 2009.)

Katkaisuhoitoon voi hakeutua itse tai sinne voi ohjautua omaisen tai viranomaisten aloitteesta. Vaikka katkaisuhoitoon tulevalle saattaa olla pitkä juomaputki takanaan, hän voi silti hoitoon tullessaan olla kohtuullisen hyvässä kunnossa. Katkaisuhoidon aikana asiakkaan kunto voi huonontua muutamassa päivässä, ja hänellä voi ilmetä sekavuutta, kramppeja ja jalattomuutta. Katkaisuhoidon tulisi tapahtua aina lääkärin valvonnassa. Katkaisuhoito on fyysisesti ja psyykkisesti raskas kokemus alkoholiongelmaiselle sekä hänen läheisilleen. Se saattaa pelottaa jo aikaisemmin katkaisuhoidossa olleita asiakkaita. Sekä avo- että laitostatkaisussa voidaan käyttää lääkkeitä vieroitusoireiden ja univaikeuksien vähentämiseksi. Jos asiakas ei halua lääkkeitä, katkaisussa korostuu psykososiaalisen hoidon ja asiakkaan kanssa käytävien keskustelujen osuus. Avokatkaisussa hoidetaan sellaisia alkoholi- tai muita päihderiippuvaisia, jotka eivät tarvitse ympärivuorokautista laitostatkaisuhoitoa. Pääasiassa avokatkaisu toteutetaan terveystieteissä ja A-klinikoilla. (Levo 2008, 78 – 79.)

Katkaisuhoito jaetaan lyhytaikaiseen katkaisuhoitoon ja pitkäaikaiseen kuntoutushoitoon. Katkaisuhoito on ympärivuorokautista hoitoa turvallisessa ympäristössä. Kuntoutumishoidon tarkoituksena on vahvistaa yksilön myönteisiä voimavaroja kokonaisvaltaisesti vieroituksen jälkeen. Katkaisuhoidon tarkoituksena on katkaista päihteiden käyttökierre, ehkäistä ja hoitaa vieroitusoireita sekä luoda edellytykset sosiaaliselle ja fyysiselle kuntoutumiselle jatkohoito suunnitelman avulla. Laitostatkaisuhoito kestää 2 - 12 vuorokautta, riippuen hoitavasta yksiköstä ja päihderiippuvaisesta itsestään. (Lillberg 2009, 26.)

Katkaisuhoidossa eli vieroitushoidossa on tarkoituksena pysäyttää päihteiden käyttökierre. Käsite katkaisuhoito eroaa kuitenkin vieroitushoidosta siinä, että katkaisuhoito on ensisijainen päihteiden käyttöön liittyvää työtä, joka akuutissa vaiheessa voi myös sisältää vieroitustilan hoidon. (Havio ym. 2008, 140). Tarkoituksena katkaisuhoidossa on pystyä luomaan yksilölle hyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset edellytykset elämiseen. Katkaisuhoidon pohjana pitäisi olla hoitosuunnitelma, jolla pyrittäisiin selvittämään päihdeongelman vaikeusaste. Selvittelyn tukena voidaan käyttää esim. alko-metriä. Potilaan hoidon kannalta on tärkeää selvittää taustat ja se kuinka kauan päihteiden käyttö on jatkunut, neljän viikon taustatiedot juomisesta antaa jo hyvän pohjan hoitotyöhön. (THL 2009.)

Nykyisellään päihdeongelmaisten hoito sisältää monenlaisia toimintoja: sosiaalityötä, lääketieteellistä hoitoa ja terapiaa. Katkaisuhoidon tarkoituksena on lievittää alkoholin fyysisiä vieroitusoireita, jotka tulevat usein pitkän juomakauden päästä. Päihdeavohoitto perusturvassa sisältää päihderiippuvuuden arviointia/kartoitusta, haastatteluja, AUDIT (alkoholikäytönriskit), SADD (alkoholiriippuvuustesti), DAST (nuorten päihdemittari), tarvittaessa käynnin lääkärin vastaanotolla ja laboratoriotutkimuksia. Lisäksi selvitetään fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista tilannetta. (Kiiänmaa ym. 1993, 220.)

8.1 Avovieroitus eli avokatkaisu

Avovieroituksen tavoitteena on helpottaa lääkityksen avulla vieroitusoireita siten, että asiakas uskaltaa lopettaa päihteiden käytön ja pystyy käymään työntekijän kanssa tuki- ja tavoitekeskusteluja. Avovieroituksessa asiakas hakee itse päivittäin lääkkeensä hoitopaikasta, jolloin työntekijät voivat samalla tarkastaa mahdollisen päihteiden käytön. Avovieroituksessa asiakasta voidaan motivoida pysyvään muutokseen päihteiden käytössä esimerkiksi keskustelemalla hänen kanssaan. Avovieroituksessa asiakkaan fyysistä ja psyykkistä vointia seurataan ja tuetaan häntä pysyvään raittiuteen. (THL 2009.)

8.2 Laitosvieroitus eli laitосkatkaisu

Laitosvieroituksessa käytetään aina lääkehoitoa, joka vaatii ympärivuorokautisen seurannan. Lääkehoitoa käytetään laitoshoidossa alenevin annoksin. Potilaan siirtyessä avohoitoon tai kotiin lääkitystä ei yleensä enää ole. Laitoshoidossa pyritään asiakkaan fyysisen ja psyykkisen kunnon tasaannuttamiseen, jolloin avohoito toimii kuntouttavana hoitona. Laitoskatkaisua toteutetaan katkaisuasemilla, mutta myös terveyskeskusten vuodeosastot voivat toimia laitосkatkaisupaikkoina. (THL 2009.)

Terveyskeskuksen vuodeosastot ovat muodostuneet hieman ongelmallisiksi paikoiksi hoitaa katkaisuhoidopotilaita. Potilaat tulevatkin usein päivystyksen kautta, ja päihteiden käyttö on lähes jatkuvaa, ja runsasta. Asiakkaat saattavat tulla katkaisuhoidoon myös kaveriporukalla. (Havio ym. 2008, 143.)

8.3 Vieroitusoireisen potilaan hoito

Runsaan päihteiden käytön jälkeen lopettamisen seurauksena esiintyy yleensä vieroitusoireyhtymä. Tällä tarkoitetaan sekä somaattisten, että psyykkisten vieroitusoireiden kokonaisuutta. Vieroitusoireyhtymät jaotellaan kahteen eri luokkaan: komplisoitumaton ja komplisoitunut vieroitusoireyhtymä. Komplisoituneessa oireyhtymässä oireet ovat selkeitä alkoholista johtuvia vieroitusoireita. Komplisoituneessa oireyhtymässä oireisiin liitetään yleensä somaattisia oireita, kuten. kouristuksia tai delirium tremes. Vieroitusoireisen potilaan hoitotyön tavoitteena on vieroitusoireiden arvioiminen sekä hoitaminen. Hoidolla tarkoitetaan esim. kouristusten ennaltaehkäisyä. Tärkeänä osana potilaan hoitoa on pyrkiä katkaisemaan juoma- tai muu päihdekierre. (Havio ym. 2008, 139, 140.) Alkoholin vieroitusoireiden hoidon tavoitteena on mm. totuttaa elimistö alkoholittomaan tilaan ja pyrkiä välttämään rytmihäiriöiden, kouristusten ja sekavuuden kehittyminen. Potilaalle on taattava moralisoimaton ja turvallinen hoitoympäristö, joka motivoi alkoholiongelman jatkoselvittelyyn. Tiamiinin puutoksesta aiheutuvat pysyvät aivovauriot on estettävä. (Duodecim, 2008, 1463.)

Diatsepaamikyllästyshoito

Diatsepaamikyllästyshoito toteutetaan laitoshoidon olosuhteissa. Periaate on, että alle puolessa vuorokaudessa annetaan kyllästysannos, jonka poistuminen ihmisen elimistöstä kestää useita vuorokausia. Kyllästyshoidon aikana tulee huolehtia potilaan suolatasapainosta, sekä siitä, että potilas ei kuivu. Kyllästyshoidossa on muistettava, että ennen hoitoa on pois suljettava kalloamma, infektio, lääkemyrkytys, sekä diabetes. Lisäksi hoitamaton delirium voi olla hengenvaarallinen. (Duodecim 2008, 1464.)

Lääkkeet annostellaan niin, että annetaan 20 mg diatsepaamimikstuuraa suun kautta 1,5 - 2 tunnin välein siihen saakka kunnes potilas nukkuu. Mikäli potilas on yli promillen humalassa, aloitusannos on 10 mg. Keskimääräinen kyllästysannos on 80 - 100mg diatsepaamia. Tarvittaessa hoitoa voidaan tehostaa antamalla potilaalle haloperidolia, etenkin jos hän on väkivaltainen tai hänellä on aistiharhoja. Tavallisin virhe diatsepaamin antamisessa on liian hidas annostelu. Jälkihoitona potilasta on seurattava kahden vuorokauden ajan sairaalassa diatsepaamihoidon aloittamisesta. Unilääkkeeksi

Monisivuinen liite

diatsepaamiannos riittää useaksi yöksi. Tarvittaessa voidaan lisäksi kuitenkin antaa unettomuuteen tematsepaamia 20 mg yöksi 5 - 10 vuorokauden ajan. Kotiutusvaiheessa potilaalle kerrotaan ohjeet, siitä että lääke vaikuttaa suorituskykyyn viiden vuorokauden ajan. Alkoholin nauttiminen tänä aikana on kiellettyä. Vieroitushoidon jälkeen potilas ohjataan jatkohoidon tarpeen arvioon ja hoidon järjestämistä varten työterveysasemalle, terveyskeskuksen vastaanotolle tai A-klinikalle 1 - 3 viikon sisällä potilaan tilasta riippuen (Duodecim 2008, 1464.)

Lepositeiden käyttö

Perustuslain (731/1999) ja potilaslain (785/1992) mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, jolloin lähtökohtana on jokaisen koskemattomuus ja henkilökohtainen vapaus. Somaattisessa hoidossa on kuitenkin tilanteita, joissa joudutaan puuttumaan potilaan itsemääräämisoikeuteen ja sitä joudutaan rajoittamaan esimerkiksi potilaan oman turvallisuuden vuoksi. Pakkotoimet kuten esimerkiksi lepositeiden käyttö tai turvahuone ovat viimeisiä keinoja, silloin kuin muut toimet eivät riitä. Lepositeitä käytettäessä onkin potilaan lähellä oltava jatkuvasti nimetty henkilö, joka varmistaa potilaan turvallisuuden.

9 TUOTEKEHITYSPROSESSI

Päädyimme työssämme käyttämään Jämsän ja Mannisen (2000) sosiaali- ja terveysalalle suunnattua tuotteistamisen mallia. Heidän mukaansa tuotekehitys jaetaan viiteen eri vaiheeseen, joita ovat ongelmien ja kehitystarpeiden tunnistaminen, ideavaihe, luonnosteluvaihe, tuotteen kehittelyvaihe sekä tuotteen viimeistelyvaihe.

9.1 Ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen

Jämsän ja Mannisen (2000, 83) mukaan ongelmien ja kehittämistarpeiden tunnistaminen on lähtökohtana tuotekehitykselle. Työkokemuksemme perusteella ongelmaksi katkaisuhoidopotilaan osalta on tullut vuodeosastolla etenkin potilaiden tietämättömyys hoitonsa eri vaiheista sekä heidän halunsa sitoutua hoitoon. Heillä ei välttämättä ole tietoa siitä, kuinka kauan hoito kestää tai mitä siihen pääpiirteessä sisältyy. Osaston toiminta ohjeet ja säännöt on myös koettu epäselviksi. Opinnäytetyön tilaaja Lep-

Monisivuinen liite

päivirran terveystakeskus on tilannut työn hoitotyön prosessin etenemisestä. Opinnäytetyössämme voisimme tuoda esille katkaisuhoidopotilaan hoitotyön prosessin, joka tukisi potilaan hoitoa osastolla.

9.2 Ideavaihe

Ideavaihe Jämsän ja Mannisen (2000, 32 - 42) mukaan voi olla lyhyt, jos kysymyksessä on jo olemassa oleva tuote, jota lähdetään uudistamaan. Tällaisten vaihtoehtojen puuttuessa on ongelmia lähdettävä ratkaisemaan eri lähestymistavoin ja erilaisten ratkaisumallien kautta.

Ideavaiheessa aloimme miettiä kyselyn tekemistä hoitohenkilökunnalle. Kysely tuntui aluksi hyvältä vaihtoehdolta, sillä siinä selkeytyisivät katkaisuhoidopotilaan hoitoprosessin eri vaiheet. Toinen ajatus oli tehdä potilasopas, jossa voisi tulla esille katkaisuhoidopotilaan hoitotyön prosessin eri vaiheet, osaston ohjeet ja säännöt. Tämän voisi jakaa potilaalle hänen tullessaan hoitoon osastolle. Oppaan hyöty oli meidän mielestämme suurempi kuin pelkän kyselyn; potilaat voisivat hoitonsa aikana lukea opasta, tarkastaa sääntöjä, ja luultavasti hoitohenkilökuntakin hyötyisi siitä. Kuntamme päihdestrategian tavoitteena on minimoida päihdehaittoja sekä edistää kuntalaisten terveyttä. Opas voisi toimia tässäkin suhteessa osana valistustyötä. Päätimme lähteä ehdottamaan ja esittelemään tilaajalle ajatusta oppaasta katkaisuhoidopotilaille

9.3 Luonnosteluvaihe

Luonnosvaihe käynnistyy Jämsän ja Mannisen (2000, 46 - 52) mukaan silloin, kun on päätös siitä, millainen tuote on päätetty tehdä. Opinnäytetyömme tuotteen luonnosteluvaihe alkoi siitä, kun päätimme lähteä kuulemaan sidosryhmiä ja tuotteen tilaajaa. Lähdimme esittelemään ajatusta ensin osastohoitaja Eeva Kaarina Krögerille, joka tuki ajatusta oppaan tekemisestä mutta toi myös esille uuden kehitysidean, joka oli katkaisuhoidosopimuksen uusiminen tai uudelleen kehittäminen. Hänen mielestään nykyisin käytössä oleva katkaisuhoidosopimus ei ole ajanmukainen. Tässä vaiheessa yksi tuote muuttui kahdeksi tuotteeksi.

Monisivuinen liite

Seuraava vaihe luonnosteluvaiheessa oli lähteä esittelemään osaston henkilökunnalle opinnäytetyömme aihe ja tuotteet, jotka oli tarkoitus tehdä. Samalla voisimme käyttää avointa haastattelua ja selvittää, millaisia ajatuksia henkilökunnalla tuotteista olisi. Miten tuotteisiin sijoitettaisiin hoitotyön prosessi? Kuinka tuotteista saataisiin laadukkaat ja helposti päivitettävät versiot, jotka palvelisivat sekä potilasta että henkilökuntaa?

Avoin haastattelu ja sen tulokset

Osastokokouksessa esittelimme opinnäytetyömme aiheen ja ajatuksia tuotteista, jotka meillä oli tarkoitus tehdä. Osastokokoukseen osallistui osasto 1:n henkilökuntaa ja osastohoitaja. Tilanteen ja osaston luonteen vuoksi paikalla olijoiden määrä vaihteli. Joissakin kysymyksissä paikalla saattoi olla 10 henkilöä ja joissakin vain 5 henkilöä, joten selvää osallistujien määrää emme pysty laskemaan. Avoimessa haastattelussa olimme tehneet valmiit kysymykset, jotka kysyimme haastattelutilanteessa. Kysymyksiin vastattiin yksi vastaus kerrallaan, ja haastatteliija itse kirjoitti ylös kommentit sekä muistiinpanot vastauksista. Tämän jälkeen haastatteliija itse kirjoitti muistiinpanot puhtaaksi.

Halusimme vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Koetteko, että katkaisuhoidosopimus ja potilasopas ovat tarpeelliset?
2. Mistä haluaisitte tuotteiden sisällön koostuvan?

Vastaukset kysymyksiin on koottu yhteenvetoina:

1. Tuotteiden tarpeellisuus?

Katkaisuhoidosopimus tarvitsee ehdottomasti päivityksen. Sopimusta ei oteta tarpeeksi vakavasti, eikä sitä välttämättä edes lääkärin vastaanotolla allekirjoiteta. Potilasopasta ei ole aiemmin ollutkaan. Tuotteet ovat tarpeelliset ja selkeyttävät hoitajien työtä ja potilaiden tietoutta hoidosta.

2. Tuotteiden sisältöehdotukset?

Oppaan olisi hyvä sisältää osaston säännöt, päiväohjelma ja hoitotyön prosessin eteneminen päivittäin. Samalla oppaaseen tulisi laittaa yhteystietoja jatkohoitopaikoista. Entinen katkaisuhoidosopimus oli henkilökunnan mielestä myös liian raskas, ja sitä ei

Monisivuinen liite

hyödynnetty tarpeeksi. Muuten henkilökunta halusi antaa vapaat kädet suunnitella tuotteet. Saamme opinnäytetyömme tekoon käyttöön päihdehoitotyö kansion

9.4 Tuotteen kehittelyvaihe

Jämsän ja Mannisen (2000, 54,55,56) mukaan tuotteen kehittely etenee luonnosteluvaiheessa tehtyjen ratkaisujen ja päätösten mukaan. Etsimme vastauksia luonnosteluvaiheen kysymyksien kautta.

1 Ketkä ja millaiset ovat tuotteiden käyttäjät ja hyödynsaajat?

Tuotteiden käyttäjät ja hyödynsaajat ovat katkaisuhuopotilaat, välillisesti heidän omaisensa ja hoitohenkilökunta.

2 Keitä ovat muut henkilöt tai osapuolet, organisaatiot tai yksiköt, jotka osallistuvat tuotteiden käyttöön?

Muut osapuolet, jotka osallistuvat tuotteiden käyttöön, olisivat poliklinikan henkilökunta, joka osallistuu katkaisuhoidosopimuksen käyttöön silloin, kun potilas siirtyy osastolle katkaisuhoidon. Osaston henkilökunnan toiveena olisikin, että sopimus allekirjoitettaisiin jo ennen osastolle saapumista. Tämä voisi sitouttaa potilasta paremmin hoitoonsa. Oppaasta voisi olla käyttöä myös katkaisuhoidon osallistuvan omaisille.

3 Mitkä ovat tuotteen käytön tavoitteet ja mitä tavoitteiden saavuttaminen mahdollisesti edellyttää? Mistä osista tuotteet koostuvat?

Tuotteen tavoitteina olisi toimia katkaisuhuopotilaan hoidon tukena, tiedottaa ja opastaa osaston säännöistä sekä katkaisuhuopotilaan hoitotyönprosessista. Katkaisuhoidosopimus on sopimus, jonka pitäisi sitouttaa potilasta hoitoon. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttäisi sitä, että löydämme tietoa katkaisuhuopotilaan hoitotyön prosessin etenemisestä Leppävirran terveystieteiden keskuksessa.

Entinen katkaisuhoidosopimus löytyy päihdehoitotyön kansioista, jonka osastolle ovat tehneet Anni Kuohukivi ja Anna-Reetta Seppä. Saimme selville, että hoitosopimusta on mahdollista muuttaa ja luoda uusi katkaisuhoidosopimus Efficaan, sivulle APU-lomake, josta myös entinen sopimus löytyy.

Monisivuinen liite

4 Mitkä ovat tuotteiden arvot? Mitkä periaatteet ohjaavat suunnittelua?

Tuotteiden arvona olisi hyvän ja laadukkaan hoidon tukeminen, ja suunnittelua ohjaivat hoitotyön eettiset ohjeet sekä kunnan päihdehoitostrategia ja osaston säännöt.

5 Mitkä ovat yksilölliset sisällöt, joita tuotteet voivat välittää?

Katkaisuhoitosopimus sisältäisi ohjeita ja sääntöjä, joita katkaisuhoitossa on syytä noudattaa. Potilasopas sisältäisi samoja ohjeita, joita katkaisuhoitosopimuksessa, sekä lisäksi AUDIT-kyselyn ja yhteystietoja.

6 Mitkä ovat ratkaisuvaihtoehdot tuotteiden kehittäessä?

Tuotteiden tarkoituksena on tehdä sähköiset ja kirjalliset tuotteet, joita on helppo päivittää. Opas tuotetaan Word-tekstinkäsittelyohjelman muotoon ja tallennetaan esim. osaston kanslian tietokoneelle, josta sitä olisi tarvittaessa helppo päivittää. Oppaan kansi voisi olla värillinen ja tekstiosat mustavalkoiset. Opas voisi sisältää myös kuvia sekä tehtäviä, esim. AUDIT-lomakkeen. Tavoitteena on selkeys, tiiviys ja ymmärrettävyys.

7 Mitä asiantuntemusta valmistuksessa tarvitaan?

Tuotteiden valmiiksi saattamiseen tarvitaan ATK-vastaavan LiisaTolosen apua, jotta katkaisuhoitosopimus voidaan viedä Efficaan ja APU-lomakkeelle. Samoin tarvitsemme joidenkin muiden kuntien katkaisuhoitosopimuksia, jotta pystymme kartoittamaan, millaisia katkaisuhoitosopimuksia muilla kunnilla on käytössä. Tutkimme Joensuuun kaupungin ja Pyhäselän kunnan katkaisuhoitosopimuksia. Oppaan tekemiseen tarvitsimme myös erilaisia oppaita, joita potilaiden ohjaukseen on aiemmin tehty.

Teimme kaksi versiota katkaisuhoitosopimuksesta. Veimme viimeistelyvaiheessa esittelyyn kummankin mallit, joista henkilökunta valitsi heille sopivamman.

8 Mitä materiaalia ja laitteita tarvitaan tuotteiden valmistamiseen?

Tuotteet tehdään sähköiseen muotoon. Oppaan tallentaminen onnistuu osasto ykkösen kanslian koneelle, josta se on jatkossa helppo kenen tahansa henkilökuntaan kuuluvan tulostaa. Oppaan valmistamiseen tarvitsemme myös kopiokoneen, josta olisi mahdollista saada värillisiä tulosteita. Osastolle on tullut uusi kopiokone, josta voidaan tulos-

Monisivuinen liite

taa vihkoversioita. Vihkoversio olisi potilaalle mielestämme miellyttävä ja taskuun mahtuva koko.

9 Millä tavalla tuotteiden suunnittelua ja kehittelyä on tarvetta arvioida?

Luonnosversioita tehdessämme mietimme toiveita, joita avoimessa haastattelussa oli tullut ilmi. Katkaisuhoidosopimuksen mallit muokattiin Leppävirran kuntaan sopiviksi. Niihin lisättiin Leppävirran terveyskeskuksen nimi, osaston katkaisuhoidoajat sekä osaston säännöt. Muokkasimme myös vierailuajat Leppävirran vuodeosaston vierailu-aikojen mukaan.

Oppaan työstäminen oli hitaampaa, ja se alkoi hakemalla Word-ohjelmasta malli, joka sisälsi kansilehden. Seuraavaksi työstimme osuuden, joka sisälsi yleistä tietoa alkoholista sekä osuuden Leppävirran kunnan päihdestrategiasta. Etsimme tietoa hoitoprosessin etenemisestä päihdehoitokansion monisteista ja niistä pystyimme rakentamaan hoidon eteneminen osastolla päivä kerrallaan -osion. Osaston päiväohjelman rakensimme osaston työajoista sekä ruokailuajoista. Audit -lomakkeen tarkoituksena oli toimia valistustyönä katkaisuhoidopotilaille, se olisi hyvä laittaa tässä vaiheessa oppaaseen. Oppaan loppuun lisäsimme eri tahojen yhteystietoja, nämä tiedot löytyivät päihdehoitokansiosta sekä Leppävirran kunnan Internet-sivuilta.

Tuotteiden luonnosversioiden valmistumisen jälkeen osaston henkilökunta kommentoi tuotteita. Sillä on myös vielä tässä vaiheessa mahdollista vaikuttaa tuotteen lopputulokseen. Oppaan testaaminen asiakkaalle olisi tässä vaiheessa mahdollista, jos osastolla olisi sillä hetkellä katkaisuhoidopotilas.

9.5 Tuotteen viimeistelyvaihe

Viimeistelyvaiheessa Jämsän ja Mannisen (2000 80, 81) mukaan tuotteeseen tehdään tarvittavat muutokset, ja voidaan vielä kysellä mielipidettä sekä hioa yksityiskohtia. Kävimme esittelemässä tehdyt tuotteen osastokokouksessa 16.2.2011.

Katkaisuhoidosopimusmalleista osasto ykkösen henkilökunta valitsi liitteessä 2 esitetyn vaihtoehdon, jossa oli hyödynnetty Pyhäselän kunnan katkaisuhoidosopimusta (2010). Perusteena olivat seuraavat seikat: lyhyt ja selkeä malli, kaikki tärkeät asiat

Monisivuinen liite

ovat esillä sopimuksessa. Lisäyksenä he toivoivat kohtaan seitsemän lisättävän tekstin: ”Kieltäytyessään hoidosta katkaisuhoidopotilaan pitää allekirjoittaa sopimus hoidosta kieltäytymiseksi.”

Potilasoppaan kommentit olivat seuraavanlaiset:

”Hyvä opas, ei liian pitkä, jotta katkaisuhoidopotilas jaksaa sen varmasti lukea”

”Voisiko oppaaseen lisätä vielä tulopäivän kohdalle lauseen: Lääkäri on tehnyt lääkitystäsi koskevia määräyksiä, sekä tarvittavia määräyksiä hoidosi turvallisuuteen liittyen, esim leposideluvat. Näitä määräyksiä osaston henkilökunta noudattaa.”

”Voisiko oppaaseen lisätä lauseen: Joudumme joskus rajoittamaan kotikaljan tarjoilua, jopa kieltämään sen katkaisuhoidoon liittyen”

”Voisiko oppaaseen lisätä lauseen Kieltäytyessäsi katkaisuhoidosta tulee sinun allekirjoittaa hoidosta kieltäytymissopimus.”

Viimeistelyvaiheessa teimme pyydetty muutokset, tarkastimme mahdolliset kirjoitusvirheet, lähdemerkinnät sekä ulkoasua koskevat värivalinnat. Valitettavasti emme pystyneet testaamaan opasta katkaisuhoidopotilaalla, sillä osastolla ei ollut yhtään katkaisuhoidopotilasta.

10 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa Leppävirran kuntaan uusi katkaisuhoidosopimus sekä opas katkaisuhoidopotilaalle. Käsittelimme nämä kaksi eri työtä omina kokonaisuuksina. Opinnäytetyössämme jouduimme käyttämään kahta eri menetelmänä; avointa haastattelua sekä tuotekehitysprosessia.

Katkaisuhoidosopimuksen teimme kahden eri kunnan mallin mukaan työstämällä niistä toisen Leppävirran kunnan omaksi malliksi. Työyhteisö sai vaikuttaa mallin työstämiseen, joka edesauttoi hyvän katkaisuhoidosopimuksen syntymiseen. Uudesta katkaisuhoidosopimuksesta on tulevaisuudessa hyötyä niin henkilökunnalle kuin katkaisuhoidopotilaille. Uusi sopimus on lyhyt, selkeä ja helposti ymmärrettävässä muodossa.

Oppaan katkaisuhuitoon teimme Jämsän & Mannisen (2000) tuotekehitysprosessin mukaan. Opas kokonaisuutena sai hyvää palautetta terveystieteiden vuodeosastoykkösellä. Opas helpottaa katkaisuhuitoon ymmärtämään hänen hoito prosessinsa, sekä toimii hyvin tiedon lähteenä osaston sääntöihin. Lisäksi oppaasta löytyy ajavietettä AUDIT- lomake, jonka katkaisuhuitoon voi halutessaan täyttää. Terveystieteiden edistämiskeskus on määrittänyt julkaisusarjassaan 7/2001 laatukriteerit terveystieteistolle. Laatukriteereitä ovat konkreettinen terveystavoite, sisällön selkeä esitystapa, helppolukuisuus, helppo hahmoteltavuus, oikea ja virheetön tieto, sopiva tietomäärä, kohderyhmän selkeä määrittely, kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen, tekstiä tukeva kuvitus, huomiota herättävyys ja hyvä tunnelma. Oppaamme ei siis täytä kaikkia näitä kriteereitä, joten sitä ei voi valitettavasti luokitella terveystieteistoksi.

Työskentely tuotteiden kanssa oli mielekästä, mutta myös raskasta, näistä aiheista ei erillisiä opinnäytteitä löytynyt etsinnästä huolimatta, joten jouduimme työskentelemään hyvin omatoimisesti, tietenkin opinnäytetyön ohjaajaan tukeutuen. Prosessin aikana ongelmaksi koimme vuorotyön haitat, yhteistä aikaa opinnäytetyön tekemiselle ei meinannut löytyä, ja jouduimme järjestämään tapaamiset kouluviikoille. Yhteydenpitoa hoidettiin myös sähköpostin ja puhelimen välityksellä, jossa ongelmaksi usein muodostuivat ajatuskatkokset ja tekstien toistot. Kokonaisuutena olemme kuitenkin tyytyväisiä tuotettuihin tuotteisiin ja eettisesti tutkimustyössämme olemme pyrkineet toimimaan oikealla tavalla. Olemme halunneet toimia rehellisesti ja luottamusta herättäen sekä kunnioittaen ihmisoikeuksia. Prosessissa pystyimme huomioimaan tilaajan tarpeet, kysely tehtiin avoimesti ja jokaisella työntekijällä oli mahdollisuus vaikuttaa tuotteiden laatuun. Opinnäytetyössämme pystyimme huomioimaan ja ohjaamaan katkaisuhuitoon noudattamaan Leppävirran terveystieteiden ohjeita ja sääntöjä.

Jatkotutkimusehdotuksena Leppävirran terveystieteiden voisi olla päihdetyönkansion päivittäminen. Kansio sisältää paljon hyvää tietoa, mutta sitä ei voi käyttää Leppävirran kunnassa. Kansion yhteystiedotkaan eivät olleet ajan tasalla. Lisäksi päihdehoitokansioon voisi lisätä myös lääkeseuranta, joka tällä hetkellä löytyy eri kansioista, näin kaksi kansiota voisi yhdistää yhdeksi. Miksei myös jatkotutkimuksena voisi olla katkaisuhuitosopimuksen ja oppaan yhdistäminen yhdeksi materiaaliksi.

LÄHTEET

Dahl, Päivi. & Hirschovits, Tanja 2002. Tästä on kyse. Tietoa päihteistä. 4. Helsinki: Hakapaino Oy.

Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus.

Havio, Marjaliisa, Mattila, Riitta, Sinnemäki, Tarja, & Syysmeri, Leena 1995. Päihteenkäyttäjän hoitotyön haasteena. Jyväskylä: Gummerus

Havio, Marjaliisa, Mattila, Riitta, Sinnemäki, Tarja & Syysmeri Leena 1994. Päihteenkäyttäjähoidon haasteena. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Heikkilä, Antti 1995. Riippuvuus, valheiden verkko Tallinna 2005. Raamatutrukikoda

Holmberg, Jan, Hirschovits, Tanja, Kylmänen, Petri & Agge, Eva 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki: Suomen Graafiset palvelut Oy.

Huuhko 2010. Huuhkon kotisivut. WWW- dokumentti
http://www.huuko.fi/?download=H2_laatusuositukset.pdf. Luettu 6.5.2010.

Iivainen, Ansa, Jauhiainen, Mari & Pikkarainen, Pirjo 2007. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Helsinki: Tammi.

Inkinen, Maria, Partanen, Airi & Sutinen, Tiina 2000. Päihdehoitotyö. Tampere: Tammer-paino Oy.

Isoherranen, Kaarina 2004. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: Werner Söderström Osakeyhtiö

Joensuun kaupunki 2011. Katkaisuhoidosopimus. Painotuote.

Jämsä, Kaisa & Manninen, Elsa 2000. Osaamisen tuotteistaminen. Vantaa: Tumma-
vuoren kirjapaino Oy

Kaukonen, Olavi 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Helsingin yliopisto. Tietokanta. Pro Gradu tutkielma.

Katkaisuhoidon Lehmustuvalla liikuntarajoitteisten henkilöiden kokemana 2008.
www-dokumentti.

http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Helsinki2008/788e0b_Helsinki_KiuruPekkaManninenSuvi_2008.pdf. Luettu 14.1.2011.

- Kiiianmaa, Kalervo & Salaspuro, Mikko 1993. Alkoholi. Biolääketieteellinen käsikirja. Keuruu: Otava.
- Kuusisto, Katja 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampereen yliopisto. Tietokanta. Väitöskirja.
- Käypähoito 2009. Erityistarkkailuhuoneen ja lepositeiden käyttö ensiapu Acutassa. WWW-dokumentti <http://www.kaypahoito.fi/khhaku/PrintArticle?tunnus=nix01379>. Luettu 27.2.2011
- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 17.8.1992/785. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 28.2.2011
- Leppävirran terveystieteiden keskus 2000. Katkaisuhoidon malli. Vuodeosasto. Painotuote.
- Levo, Tarja 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Helsinki: Vammalan Kirjapaino oy.
- Lillberg, Taru 2009. Toimivat laitostarkkailuhoidon käytännöt Lahden, Kouvolan ja Kotkan tarkkailuhoitoasemilla. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/5036>. Luettu 9.6.2010
- Duodecim 2008. Lääkärin käsikirja: Jyväskylä: Gummerus.
- Mattila-Aalto, Minna 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi, Tutkimus entisten rakkautensa käyttäjien kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Yliopiston tietokanta. Väitöskirja.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Luettu 5.6.2010
- Mustajoki, Marianne, Alila, Anja, Matilainen & Elina, Rasimus, Mirja 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Niemelä, Jorma 1999. Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Tampereen yliopisto. Tietokanta. Väitöskirja.
- Perustuslaki 11.6.1999/731. WWW-dokumentti <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Luettu 28.2.2011.
- Puhakka, Antero 2000. Hoitoonohjaus hoitoon ohjatun silmin -subjektiivinen totuus ja sen tulkinta. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.
- Pyhäselänkunta 2000. Katkaisuhoidosopimus. Painotuote.

Monisivuinen liite

Päihdelinkki 2010.Pikatieto alkoholist. Päihdehuollon laatusuosituks
WWW.dokumentti <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/612-paihdehuollon-laatusuosituks>. Luettu 4.5.2010.

Päihdelinkki 2010.Pikatieto alkoholist/mitä se on. WWW-dokumentti
<http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/alkoholi-mita-se-on>. Luettu 28.12.2010

Päihdestrategia. 2008. Leppävirrankunta. WWW-dokumentti
http://www.leppavirta.fi/files/orig/220_leppavirta_paihdestrategia_2008_2010.pdf.
Päivitetty 14.2.2008. Luettu 15.2.2010.

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. Luettu 5.6.2010

Raittiustyölaki 19.11.1982. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1982/19820828>. Luettu 5.6.2010

Seppä, Kaija-Liisa (toim.) 2008 Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon : teoriasta toimivaksi käytännöksi. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Päihdetyö ja palvelut. WWW- dokumentti.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdetyo_ja_palvelut. Luettu 29.4.2010.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. VAMP sosiaali- ja terveysministeriön selvitys. WWW-dokumentti
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf Luettu 29.4.2010.

Terveyden edistämisen keskus 2010 WWW-Ehkäisevä päihdetyö dokumentti.
http://www.health.fi/index.php?page=toi_paihdetyo. Luettu 26.3.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2009. Neuvoa antavat. WWW dokumentti
<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/index.htm>. Päivitetty. 28.9.2009. Luettu. 1.4.2010.

Terveyden edistämiskeskus.2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas julkaisusarja 7/21.Helsinki:Trio-offset.

Valtioneuvosto 2003. Valtioneuvoston periaatepäätös alkoholipolitiikan linjauksista. WWW- dokumentti. <http://pre20090115.stm.fi/is1208414751740/passthru.pdf>. Luettu 15.2.2010.