

SAIRAANHOITAJAN ROOLI PÄIHDETYÖSSÄ SUOMESSA

Nina Tyni

SAIRAAHOITAJAN ROOLI PÄIHDETYÖSSÄ SUOMESSA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Nina Tyni

Opinnäytetyö, syksy 2017

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Tyni, Nina. Sairaanhoidajan rooli päihdetyössä Suomessa. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus. Syksy 2017, 53 sivua. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuskatsauksen avulla sairaanhoitajan roolia päihdetyössä. Tutkimuksessa selvitetään mitä hoitajan tulee huomioida kohdatessaan eri päihderiippuvuuksista kärsiviä ihmisiä ja miten eri riippuvuuksia voidaan tunnistaa.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli lisätä eri osastoilla ja laitoksissa työskentelevien sairaanhoitajien tietämystä päihdepotilaiden kohtaamisestaan ja heidän hoitamisestaan.

Opinnäytetyössäni keskityn alkoholiin ja sen aiheuttamiin ongelmiin. Tämän lisäksi valitsin huumaavista aineista kolme Suomessa yleisimmin tällä hetkellä käytössä olevaa: kannabis, buprenorfiini ja amfetamiini. Käsittelin opinnäytetyössäni kyseisten päihteiden vaikutuksia ihmiseen.

Opinnäytetyön tulosten mukaan asiakkaan kohtaaminen on tärkeä osa hyvää hoitoa. Hyvällä vuorovaikutussuhteella on huomattava merkitys potilaan onnistuneen hoidon kannalta. Toimivan vuorovaikutussuhteen puuttuessa potilaan hoito vaikeutuu ja jopa pitkittyy. Ammatillisessa auttamisessa on kyse vuorovaikutussuhteesta, jossa potilaalla on oikeus olettaa, että suhde on olemassa hänen auttamistaan varten. Aito kohtaaminen vaatii onnistuakseen läsnäoloa, eli pysähtymistä, kuuntelemista ja välittämistä. Päihdeongelmaisiin kohdistuvat asenteet hoitoalalla ovat usein negatiivisia ja niihin vaikuttaminen koulutuksen avulla on tärkeää. Hoitajilla on työssään velvollisuus kehittää ammattitaitoaan ja näin samalla vaikuttaa työyhteisöönsä.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineistoa hankittiin sekä sähköisiä tietokantoja että manuaalista hakua käyttäen.

Asiasanat: alkoholismi, huumeet, sairaanhoitaja, päihdetyö

ABSTRACT

Tyni, Nina. A nurse`s role in the substance abuse work in Finland. A descriptive literature review. 53 pages. Language: Finnish. Autumn 2017. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The purpose of this thesis was to describe with the help of literature review the nurse's role in the alcohol and the substance abuse counseling services. Especially, to increase the knowledge of nurses working in different departments and institutions about encountering and treatment of the substance abuse patients. Moreover, what should a nurse observe when confronting a client suffering from the addiction of different substances and furthermore, how different dependencies can be recognized.

In this study, the focus was on alcohol and the problems that it causes. In addition, the focus was on the three most commonly used drug substances in Finland: Cannabis, buprenorphine and amphetamine. In the study, was discussed the effects of these intoxicants on humans.

The major results can be summarized as follows. A good therapeutic alliance has a significant impact on the success of a patient's treatment, whereas the lack of one can hamper and prolong it. Professional help in substance abuse work includes the formation of a therapeutic alliance, in which patients have the right to expect an interactive relationship that exists in order to help them. A successful and sincere nurse-patient meeting requires learning how to be genuinely present – stopping, listening and caring. Attitudes towards substance abusers in health care are often negative, and shaping them through training is important. Nurses are obligated to develop their professional skills, and simultaneously they shape the attitudes of their work community. Interacting with customers is an integral part of good patient care and guarantees high quality care.

The thesis has been carried out as a descriptive literature review. Material was acquired through both electronic databases and manual search.

Keywords: Alcolism, drugs, nurse, abuse treatment

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖNTARKOITUS, TEHTÄVÄ, TAVOITTEET	8
3 KUVVAILEVA KIRJALLISUUS KATSAUS	9
4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN AINEISTO	10
4.1 Aineiston keruu.....	10
4.2 Aineiston hakuprosessi.....	11
5 PÄIHDERIIPPUVUUS.....	12
5.1 Päihhteet	12
5.2 Riippuvuus.....	13
6 ALKOHOLI	16
6.1 Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen	17
6.2 Alkoholi ja aivot	21
6.3 Vieroitusoireet ja tutkimukset.....	23
6.4 Lääkitys ja muu hoito.....	24
7 HUUMEET	27
7.1 Kannabis, amfetamiini, buprenorfiini	27
7.2 Huumeusaineiden käytön tunnistaminen.....	29
7.3 Vieroitusoireet	32
8 PÄIHDETYÖ	33
8.1 Alkoholiongelmaisen hoito.....	33
8.2 Huumeongelmaisen hoito.....	34
8.3 Päihdeasiakkaan kohtaaminen.....	35
9 PÄIHDEASIAKKaidEN PALVELUT	41
10 POHDINTA	43
10.1 Opinnäytetyöstä	43
10.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys	45

10.3 Opinnäytetyön jatkotutkimushaasteet.....	46
LÄHTEET.....	47

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka aiheena on sairaanhoitajan rooli päihdetyössä suomessa. Keskityn opinnäytetyössäni pääasiassa alkoholiongelmaisiin sekä huumeriippuvaisiin asiakkaisiin. Sairaanhoitaja tulee kohtaamaan heitä työssään, sairaalassa, terveyskeskuksessa tai vaikkapa kotihoiton piirissä.

Nykypäivänä eri päihteiden käyttäjät voivat herättää turhautumista, pelkoa tai jopa vastenmielisyyttä. Hoitohenkilökunta ei ehkä koe niin tärkeänä auttaa ja hoitaa ns. itse aiheutettuja sairauksia. Näitä potilaita/ asiakkaita kuitenkin on ja tulee tulevaisuudessakin olemaan riippumatta siitä, missä paikassa työskentelee sairaanhoitajana. Sairaanhoitajan on tärkeää tietää päihteiden vaikutuksista, miten tunnistaa eri päihteiden käyttäjiä ja miten kohdata heidät sekä minne heitä voi ohjata jatkohoitoon tarvittaessa.

Tässä opinnäytetyössäni käsittelen aikuisia työkäisiä päihteiden käyttäjiä, joten opinnäytetyö ei keskity alaikäisten hoitoon. Opinnäytetyössä ei käsitellä raskaana olevia tai päihteiden vaikutuksia sikiöön. En myöskään käsittele päihteiden vaikutusta iäkkäisiin ihmisiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut koota päihdetietoutta sairaanhoitajille akuuttihoitotilanteisiin, jotka johtuvat asiakkaan päihteiden käytöstä sekä myös tilanteisiin joissa on syytä epäillä päihdeongelmaa kun potilas/asiakas on tullut vastaanotolle jonkin muun vaivan takia. Käytän opinnäytetyössäni termiä asiakas, sillä opinnäytetyöni ei keskity pelkästään sairaalahoidossa oleviin potilaisiin.

Jotta opinnäytetyöstäni ei tulisi liian laaja, olen valinnut tarkasteltavaksi päihteistä yleisimmän eli alkoholin ja siihen liittyvät ongelmat. Lisäksi olen valinnut käsiteltäväksi huumaavista aineista kolmea suomessa tällä hetkellä yleisimmin käytössä olevaa eli kannabis, buprenorfiini ja amfetamiini.

Aihe opinnäytetyöhöni tuli omasta mielenkiinnostani päihdehoitotyötä kohtaan ja myös siitä, miten harjoittelujaksoillani sekä työelämässäni ollessani olen usein törmännyt hoitajien voimakkaisiin ennakoasenteisiin heidän hoitaessaan päihdeasiakkaita. Päihdeasiakkaan kohtaaminen voi ahdistaa, ei tiedetä miten puuttua asioihin, mitä asiakkaalta voi kysyä ja miten olla neutraali kohdatessaan esimerkiksi huumeiden käyttäjän. Asiakkaan aggressiivisuus, hermostuneisuus ja keskittymiskyvyn puute voivat luoda omia haasteita hoitotilanteelle.

Tietämys eri päihteiden yleisimmistä vaikutuksista ihmisen kehoon sekä mieleen edesauttaa hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutusta hoitotilanteissa. Opinnäytetyössäni määrittelen ensin yleisesti riippuvuutta käsitteenä ja sen syntymistä. Päihteistä olen keskittynyt käsittelemään niiden vaikutuksia yleensä, niiden aiheuttamia yleisimpiä oireita ja sairauksia, sekä vieroitusoireita. Tämän lisäksi käyn lyhyesti opinnäytetyössäni läpi eri hoitomuotoja.

2 OPINNÄYTETYÖNTARKOITUS, TEHTÄVÄ, TAVOITTEET

Tämä opinnäytetyöni on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, metodimuotona olen käyttänyt narratiivista yleiskatsausta. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kuvata, mitä sairaanhoitajan tulee ottaa huomioon ja mitä on hyvä tietää eri päihteistä sekä niiden vaikutuksista kun kohtaa työssään päihteiden käyttäjiä.

Kirjallisuuskatsaus noudattaa Diakin ammattikorkeakoulun opinnäytetyön kriteerejä.

Opinnäytetyön tehtävänä oli saada kirjallisuuskatsaukseen perustuen vastaus seuraaviin kysymyksiin:

Miten sairaanhoitaja voi tunnistaa ihmisen jolla on päihdeongelma?

Mitä sairaanhoitajan tulee tietää ja huomioida kohdatessaan päihdeasiakas?

Opinnäytetyöni tavoitteena on kerätä tietoa siitä, miten sairaanhoitajan tulee kohdata päihdepotilas tai asiakas työssään, ja mitä hänen on tärkeää tietää päihteistä sekä niiden vaikutuksista.

3 KUIVAILEVA KIRJALLISUUS KATSAUS

Yleisen luonnehdinnan mukaan kirjallisuuskatsaus on metodi ja tutkimustekniikka, jossa tutkitaan tehtyä tutkimusta. Sen avulla tehdään 'tutkimusta tutkimuksesta', eli kootaan tutkimuksien tuloksia, jotka ovat perustana uusille tutkimustuloksille. (Salminen 2011, 1.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmin käytetyistä kirjallisuuskatsauksen perustypeistä. Sitä voi luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot ovat laajoja ja aineiston valintaa eivät rajaa metodiset säännöt. Tutkittava ilmiö pystytään kuitenkin kuvaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan tutkittavan ilmiön ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä kuin systemaattisessa katsauksessa tai meta-analyysissä. Kuvaileva katsaus toimii itsenäisenä metodina, mutta sen katsotaan myös tarjoavan uusia tutkittavia ilmiöitä systemaattista kirjallisuuskatsausta varten. (Salminen 2011, 6.)

Metodisesti kevyin kirjallisuuskatsauksen muoto on narratiivinen kirjallisuuskatsaus. Sen avulla pystytään antamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta, tai kuvailla käsiteltävän aiheen historiaa ja kehityskulkua. Kuvailevana tutkimustekniikkana narratiivinen katsaus auttaa ajantasaisesti tutkustamaan tutkimustietoa, muttei tarjoa varsinaista analyttisintä tulosta. (Salminen 2011,7.)

Ensimmäiseksi asetetaan tutkimuskysymys. Tämän jälkeen on edessä kirjallisuuden ja tietokantojen valinta. Kolmannessa vaiheessa valitaan hakutermit, jotka voivat olla sanoja tai fraaseja. Hakutermin huolellisella valinnalla pyritään rajaamaan hakutuloksia siten, että jäljellejäävä materiaali vastaisi tutkimuskysymystä. Seuraavat vaiheet koskevat seulontaa. Neljännessä vaiheessa hakutuloksia karsitaan käytännön seulan kautta. Tällä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, mitkä kielet ja vuodet kelpuutetaan rajaaviksi kriteereiksi. Tämän jälkeen hakutuloksia seulotaan metodologisessa mielessä. Päämääränä on arvioida artikkeleiden ja tutkimusten tieteellistä laatua, eli valikoida katsaukseen laadukkain mahdollinen materiaali. (Salminen 2011,10.)

4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN AINEISTO

4.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön lähdemateriaali on valittu lähteistä, jotka ovat enintään kymmenen vuotta vanhoja. Materiaalina on käytetty alan oppikirjoja, eri hoitoalantietokantojen artikkeleita aiheesta sekä niitä Internet lähteitä, joiden tarkoitus on antaa kansalaisille luotettavaa tietoa. Opinnäytetyön lähteet ovat kaikki suomenkielisiä

Opinnäytetyön aineisto kerättiin käyttämällä sähköisiä tietokantoja ja manuaalista hakua. Sähköisessä tiedonhaussa käytettiin seuraavia tietokantoja: Diana, Medic, Melinda, Arto, Duodecim. Manuaalinen tiedonhaku tehtiin käyttäen Googlea ja Google Scholaria.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Kyseessä tieteellinen tutkimus	Kyseessä ei ole tieteellinen tutkimus
Käsittelee aikuisia työkäisiä	Ei käsittele aikuisia työkäisiä
Julkaistu vuosina 2010 - 2017	Julkaistu ennen vuotta 2010
Julkaistu suomenkielellä	Julkaisukieli jokin muu kuin suomi
Saatavana netissä tai kirjastoissa	Ei saatavana netissä tai ei helposti saatavilla kirjastossa

Aineistoksi hyväksyttiin vuoden 2010 ja sen jälkeen julkaistu materiaali. Aineiston tuli käsitellä alkoholismia tai yleensäkin päihteitä sekä niiden vaikutuksia. Aineistoksi valittiin aikuisia työkäisiä koskeva materiaali, jottei työ paisu liian suureksi. Rajaus tehtiin myös koskemaan Suomessa tapahtuvaa hoitotyötä, joten tämänkin takia aineistojen julkaisukieleksi valikoitui suomenkieli. Lisäksi huumausaineiden osalta keskityttiin pelkästään kannabikseen, buprenorfiiniin ja amfetamiiniin.

4.2 Aineiston hakuprosessi

Taulukko 2. Aineiston hakuprosessin tulokset

<i>Tietokanta ja käytetyt hakusanat</i>	<i>Osumat</i>	<i>Otsikon ja abstraktin perusteella tarkempaan tarkasteluun valitut</i>	<i>Opinnäytetyöhön hyväksytyt</i>
MEDIC			
<i>Alkoholismi, sairaanhoito, päihdetyö</i>	128	20	4
DIANA			
<i>Päihheet, alkoholi</i>	100	24	1
<i>Päihd? hoitot?</i>	42	10	4
MELINDA			
<i>Alkoholi?hoitot?</i>	12	2	0
TERVEYSPORTTI, sairaanhoitajan tietokannat			
<i>Alkoholismi, päihdetyö</i>	56	15	7
<i>Huumeriippuvuus</i>	48	22	2
GOOGLE, GOOGLE SCHOLAR			
<i>alkoholismi, huumeet, päihdetyö sairaanhoito</i>	1560	10	3

5 PÄIHDERIIPPUUUS

5.1 Päihteet

Päihde on yleisnimitys kaikille kemiallisille aineille, jotka tuottavat päihtymyksen tunteen tai humalatilaa. Ne ovat valmisteita tai aineita, jotka aiheuttavat väliaikaisia muutoksia ihmisen havainnointiin, mielialaan, tietoisuuteen tai käytökseen. Päihteinä käytettävät aineet voidaan jaotella laillisiin, laittomiin ja muihin aineisiin. (Hietaharju & Nuutila 2016, 208.)

Päihteiden käytöllä on pitkä historia. Arkeologisten kaivausten pohjalta on löydetty merkkejä siitä, että ihmiset ovat käyttäneet psykoaktiivista – psyykeen vaikuttavia – aineita jo yli 10 000 vuotta sitten.

Päihde tarkoittaa päihdehuoltolain (41/1986) 2§:n mukaan alkoholijuomaa sekä muuta päihtymistarkoituksessa käytettävää aineita. Huumausaineella tarkoitetaan laitonta, huumaavassa tarkoituksessa käytettyä ainetta. Huumausaineeksi määritellään huumausainelain (373/2008) 3§:n mukaan YK:n huumausaineyleissopimuksen ja psykotrooppisia aineita koskevan yleissopimuksen liistämien aineiden ja valmisteiden lisäksi YK:n uusia psykoaktiivisia aineita koskevien päätösten mukaiset aineet sekä tietyt kasvit ja siemenet.

Suomessa käytettyjen huumausaineiden pääryhmät ovat kannabis, amfetamiinit ja muut stimulantit, opioidit ja hallusinogeenit. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 62.)

Nyky-yhteiskunnassa päihteiden nauttiminen voi yhä olla osa esimerkiksi uskonnollista rituaalia, mutta sitä enemmän päihteet kuuluvat vapaa-ajan viettoon, juhlaperinteisiin ja ruoka- ja juomakulttuuriin. Päihdepoliittinen päätöksenteko ja yhteiskunnallinen kehitys vaikuttavat siihen, mitkä aineet valikoituvat valtapäihteiksi. Päihteiden käyttö on myös kansainvälinen ilmiö, mutta päihdekulttuureissa on maakohtaisia eroja: moniin muihin maihin verrattuna Suomessa korostuu alkoholin raju kertakäyttö haittoineen. Ylipäätään päihteiden riski- tai liikkakulutus on suomalaisessa yhteiskunnassa yleistä, ja se kietoutuu yhteen monen muun yhteiskunnallisen ilmiön, kuten mielenterveysongelmien ja taloudellisten vaike-

uksien kanssa. Päihteiden käyttö ja etenkin päihderiippuvuus ovat Suomessa kasvavia yhteiskunnallisia ongelmia. (Holmberg 2010, 12.)

Mitä aikaisemmassa vaiheessa mahdolliset päihdeongelmat tunnistetaan, sitä enemmän päihteitä käyttävällä itsellään on voimavaroja muuttaa päihteiden käyttötappaa niin, ettei ongelmia pääse syntymään tai orastavat ongelmat saa helposti ratkaistua. Myös monet itsehoitoa tukevat palvelut voivat tällöin olla riittäväksi tueksi muutokselle. Hoito on ajankohtaista siinä vaiheessa, kun omat keinot muutoksen aikaansaamiseen eivät enää riitä. Runsas päihteiden käyttö ja riippuvuus voivat vaikeimmillaan kapeuttaa ja kurjistaa käyttäjänsä elämän päihteiden ympärille kokonaan, ja tällöin voidaan tarvita toistuvia ja pitkäaikaisiakin hoitopaketteja ja muuta tukea. (THL 2015.)

5.2 Riippuvuus

Riippuvuus määritellään siihen kytkeytyvän aineen tai toiminnan kautta (esimerkiksi peli-, alkoholi- ja huumeriippuvuus). Riippuvuutta ei tuota aine tai toiminta sinänsä vaan aineen tai toiminnan oma-aloitteinen käyttö sisäisen tilan säätelyyn ja siihen liitetyt merkitykset. Riippuvuudelle ovat ominaisia sietokyvyn kasvu esimerkiksi tiettyä ainetta kohtaan, lisääntynyt tarve tehdä tiettyä asiaa ja vieroitusoireet. (Partanen ym. 2015, 106.)

Riippuvuuskäyttäytymiselle on luonteenomaista, että sitä jatketaan huolimatta haitallisista seurauksista. Riippuvuutta on vaikea hallita tietoisien minuiden keinoin. Virallisessa tautiluokituksessa riippuvuudet muodostavat 40 % kaikista mielenterveyden häiriöiden sairausnimikkeistä. Tautiluokitus ICD 10 tuntee 356 riippuvuutta, joista 49 liittyy alkoholiin. (Peltoniemi (toim.), Pyökkänen, 2013, 104.)

Viime aikoina tieto sekä perinnöllisen alttiuden sekä neurobiologisten tekijöiden merkityksestä on täsmentynyt. Päihderiippuvuutta pidetään biokemialliseen muutostilaan perustuvana sairautena. Silti mekanismi, jolla hallittu päihteiden käyttö muuttuu riippuvuudeksi, on edelleen epäselvä. Ihmisen mielen psykolo-

ginen ja psykoterapeuttinen tutkimus on valottanut riippuvuuden yhteyttä mielenterveyden häiriöihin. Moniin tavallisiin mielenterveydenhäiriöihin on todettu liittyvän samankaltainen riippuvuus alkoholista tai muista päihteistä. Nämä havainnot eivät kuitenkaan koske kaikkia riippuvuudesta kärsiviä. (Pylkkänen, 2013, 105.)

Psykodynaamisissa tutkimuksissa on korostettu minän rakenteen puutteiden merkitystä päihderiippuvuuden kehittymisessä. Alkoholiriippuvuuteen on todettu usein liittyvän eheän itsetunnon ylläpitämisen vaikeuksia ja heikentynyttä kykyä sietää ahdistusta ja hallita tunnereaktioita. Noin kolmanneksella alkoholiriippuvaisista potilaista on todettu epävakaata persoonallisuushäiriötä. Alkoholilla korvaa tällöin puuttuvia persoonallisuuden rakenteita ja palauttaa puuttuvan sisäisen eheyden ja itsetunnon kokemuksen. (Pylkkänen, 2013, 105.)

Länsimaisessa yhteiskunnassa sivistystä mittaa usein juuri se, miten kaikkein heikoimmassa asemassa oleviin suhtaudutaan ja miten yksilöitä autetaan. Yhteiskunnasta syrjäytyneitä, kielteisestä riippuvuudesta kärsivää ihmistä pidetään usein tällaisessa asemassa olevana. Lisäksi addiktiopuheeseen liittyy runsaasti valtasuhteita ja vallankäyttöä. Niiden vuoksi addiktiosta on yhteiskunnassa vähän vaihtoehtoisia tulkintoja ja sitä koskevat toimintatavat ovat rajalliset. Toisaalta addiktiota aiheuttavilla hyödykkeillä ja palveluilla on yhteiskuntaa hyödyttävä vaikutus. Vuonna 2013 esimerkiksi pelkästään tupakkaverot tuotti valtiolle lähes 780 miljoonaa euroa ja alkoholiverot yli 1,4 miljardia euroa. (Partanen ym. 2015, 109.)

Kirjallisuus ja kokemukset eivät tarjoa yhtä ainoaa kuvaa päihderiippuvuudesta vaan erilaisia selitysmalleja. Niitä ovat muun muassa neurobiologiaan, genetiikkaan, psykologiaan, oppimispsykologiaan, sosiologiaan, lääketieteeseen ja kokemuksellisuuteen perustuvat selitysmallit. Lääketieteessä päihderiippuvuus on määritelty krooniseksi ja relapsoivaksi sairaudeksi, jolla on diagnostiset kriteerit. Neurobiologisissa selitysmalleissa riippuvuuden kehittyminen nähdään eri välittäjäaineiden säätelien hermoratojen toiminnan muuttumisena toistuvien päihdealtistusten ja vieroitustilojen seurauksena. Päihde vaikuttaa virheellisesti riippuvuutta syventäen.

Farmakologinen näkemys painottaa päihderiippuvuudessa fysiologista ja fyysistä riippuvuutta ja pitää vieroitusoireita sen yhtenä määrittelyperusteena. Lääkityksellä voidaan usein vain helpottaa riippuvuuden oireita.

Poikkeukseksi on esitetty opioideista riippuvaisen korvaushoitoa. Se on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi psykososiaalisten menetelmien toimiessa hoidon perustana. (Partanen ym. 2015, 118.)

6 ALKOHOLI

Alkoholi (etanoli) on päihde, joka muuttaa keskushermoston toimintaa. Hermoston toiminnan muuttuminen johtaa alkoholille tyypillisiin käyttäytymismuutoksiin ja myös selittää alkoholin käyttöä ja alkoholiriippuvuuden kehittymistä. Alkoholi on riippuvuutta aiheuttavana aineena täysin rinnastettavissa huumeisiin. Toiseksi alkoholilla on koko elimistön toimintaan lukuisia aineenvaihdunnallisia ja muita vaikutuksia, jotka voivat olla alkoholin käytön jatkuessa elimistön toimintaa vahingoittavia. Sekä alkoholin että huumeiden riippuvuutta aiheuttavat ominaisuudet ovat pohjimmiltaan samankaltaisia, koska ne muokkaavat samoja aivojen keskeisiä mielihyvätöimintoja. (Peltoniemi(toim.), Kiiänmaa, 2013, 43.)

Alkoholinkulutus on Suomessa eurooppalaista keskitasoa, mutta keskeinen ongelma on runsas kertakulutus eli humalajuominen. Viimeisen 10 vuoden aikana alkoholin kokonaiskulutus on pysynyt melko tasaisena tai jopa hieman vähentynyt. Alkoholinkulutuksen ja alkoholihaittojen välillä on selvä yhteys: haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään. Alkoholi on merkittävä työkäisten kuolemien aiheuttaja. On arvioitu, että alkoholin riskikäyttäjiä (henkilöitä, joilla alkoholinkäyttö on terveysriski) on Suomessa noin 500 000. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) mukaan noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjiä. (THL 2014.)

Alkoholiriippuvuus voidaan jakaa kahteen tyyppiin. A-tyypissä (I tyyppi) alkoholin käyttö alkaa myöhään, yli 25-vuotiaana. A-tyypin alkoholiriippuvuuteen liittyy ahdistuneisuutta ja juomapatkua sekä ajoittaista pyrkimystä raittiuteen. Riippuvuus kehittyy hitaasti useiden vuosien kuluessa. Alkoholisteista noin 80 prosenttia kuuluu tähän ryhmään. B-tyypin (II tyyppi) alkoholiriippuvuus alkaa varhaisessa nuoruusiässä, ja siihen liittyy käytös- ja impulssikontrollin häiriöitä. B-tyypin alkoholiriippuvuus kehittyy nopeasti, ja ainakin alttius siihen näyttäisi olevan periytyvää. Noin 15 – 20 prosenttia alkoholisteista kuuluu tähän ryhmään. Gamma-alkoholiriippuvuus on niin sanottua kausijuopottelua, jossa ihminen ei kykene lopettamaan yhtäjaksoista alkoholinkäyttöä. Lisäksi puhutaan vielä del-

ta-alkoholiriippuvuudesta, jossa ihminen käyttää alkoholia päivittäin suhteellisen pieniä määriä. (Hietaharju & Nuutila 2016, 210–211.)

6.1 Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen

Alkoholiongelma mielletään edelleen terveydenhuollossa yleisimmin riippuvuudeksi. Riippuvainen potilas taas luo mielikuvan päivystykseen vastentahtoisesti tuodusta voipuneesta tai rähisevästä, pahalle haisevasta henkilöstä. Jos alkoholi on aiheuttanut sellaisen komplikaation, joka edellyttää sairaalahoitoa, mieleen ovat jääneet varsinkin ne potilaat, jotka heti jalkojen kantaessa poistuvat sairaalasta ja ovat muutaman päivän kuluttua jälleen kolkuttamassa päivystyksen ovea. Toipuneet ongelmaiset eivät vastaanotolla näy, siksi kokonaisuudesta muodostuu vinoutunut kuva. (Peltoniemi(toim.), Seppä 2010, 151.)

Alkoholin ongelmakäyttö (liikakäyttö) jakautuu kolmeen luokkaan:

1. *Alkoholin riskikäytössä* ylittyy korkean riskin kulutuksen rajat, mutta merkittäviä alkoholihaittoja tai -riippuvuutta ei ole vielä ilmaantunut.
2. *Alkoholin haitallisessa käytössä* on selvästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia alkoholinkäytön aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei riippuvuutta.
3. *Alkoholiriippuvuus* (alkoholismi) on oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat muun muassa juomisen pakonomaisuus, vieroitusoireet ja toleranssin kasvu juomisen jatkuminen haitoista huolimatta. (Käypä hoito suositus i.a.)

Sairauksien ja kuoleman vaara ylittää meta-analyysien mukaan raittiiden vastaavan vaaran, jos päivittäin juotu alkoholimäärä ylittää keskivertomiehellä 40 g ja -naisella noin 20 g. Ravintola-annoksiksi muutettuna nämä määrät ovat noin 3 ja 1,5 lasillista. Lasillinen tarkoittaa annosta, joka sisältää keskimäärin noin 12 grammaa alkoholia, esimerkiksi 33 cl keskiolutta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkevää juomaa. Optimaalinen keskimääräinen alkoholimäärä terveelle aikuiselle

olisi tutkimusten mukaan yksi lasillinen päivässä. Koska keskivertoihminen kuitenkin aliarvioi alkoholinkäyttöään, nämä määrät ovat todellisuudessa ilmeisesti suurempia. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

Pakonomainen, jatkuva, riippuvuutta ilmaiseva (addiktiivinen) tai humalahakuinen alkoholin käyttö on vakava sairaustila. Psykologisella tasolla pakonomaisen tai addiktiivisen päihteiden käytön taustalla on henkilön taustaan ja elämäntilanteeseen liittyvä ja mielelle sietämätön avuttomuuden tunne. Biologisella tasolla taustalla on päihteiden jatkuvan käytön ja pitkäaikaisen stressin aiheuttama keskushermoston toiminnan muutos. Tämän vuoksi addiktiivisesti päihteitä käyttävä ei yleensä pysty katkaisemaan alkoholin tai päihteen käyttöään ilman ammatillista apua tai katkaisuhoidtoa sairaalassa tai katkaisuhoidoyksikössä. Riippuvuutta eli addiktiota ylläpitävä keskushermoston toimintatavan muutos korjautuu hitaasti ja edellyttää 3–6 kuukauden pituista raitista jaksoa. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

Alkoholiriippuvuus on kaikkine seuraamuksineen keskeinen kansanterveydellinen ongelma. Noin 10–15 % miehistä kärsii jossain elämänsä vaiheessa alkoholiriippuvuudesta. Vaikka alkoholiriippuvuus onkin miesten parissa naisia yleisempää, on naisten kärsimä alkoholiriippuvuus viime vuosina selvästi yleistynyt. Monet psykiatriset häiriöt lisäävät alkoholin ongelmakäyttöä ja alkoholiriippuvuuden kehittymisriskiä, koska alkoholin käyttöön turvaudutaan usein eriasteisten ahdistus-, pelko- ja masennusoireiden lievittämiseksi. Varsin usein etenkin jaksoittaisen alkoholin käytön taustalla voi olla hoitamaton, vakava masennus tai kaksisuuntainen mielialahäiriö. Toisaalta alkoholin ongelmakäyttö ja alkoholiriippuvuus kaikkine seurauksineen sekä aiheuttaa että vaikeuttaa ahdistus-, pelko-, unettomuus- ja masennusoireita. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

Alkoholilla on elimistössä kahdenlaisia vaikutuksia: aineenvaihdunnallisia ja farmakologisia eli lääkkeenomaisia. Vaikutukset kohdistuvat lähes kaikkiin elimiin ja elinjärjestelmiin. Maailman terveysjärjestön mukaan alkoholinkäytöllä on yhteyksiä ainakin 60 sairauteen. (Peltoniemi(toim.) Huttunen 2013,11.)

Tärkeimmät sairaudet ja terveysongelmat, joiden yhteydessä alkoholin suurkulutus tai alkoholiongelmia on syytä muistaa.

Taulukko 3

Alkoholimyrkytys	Vuosittain alkoholimyrkytykseen kuolee lähes 600 ihmistä
Ylipaino	Kaksi tuopillista olutta päivässä aiheuttaa 1.5–2kg painonnousun kuukaudessa
Metaboliset vaikutukset	Hypoglykemia (paaston yhteydessä), hypertriglyceridemia, suurentunut virtsahappopitoisuus ja kihti
Haimatulehdus	Tapauksista 60 – 80 % aiheutuu alkoholista
Alkoholimaksasairaus	Suomen tärkein maksasairausyhtymä (kuolleita noin 1 000vuodessa)
Syöpäsairaudet	Ruuansulatuskanavan syöpien riski suurenee suorassa suhteessa alkoholinkäyttöön, ja tupakointi suurentaa edelleen riskiä Alkoholin suurkulutus suurentaa merkittävästi rintasyövän riskiä
Ripuli	Yleinen oire ongelmakäyttäjillä
Alkoholiepilepsia	Alkoholiriippuvaisen epilepsiariski on kymmenkertainen normaaliväestöön nähden
Aivovammat	Alkoholiriippuvaisilla kolme kertaa yleisempiä kuin väestössä keskimäärin
Aivoverenvuoto	Riski kaksinkertainen muuhun väestöön verrattuna
Dementia	Joka toisella alkoholiriippuvaisella on lievähkö dementia Wernicken taudin riski on alkoholiriippuvaisella 50-kertainen (tiamiinin puute)
Pikkuaivoatrofia (ataksia) ja polyneuropatia	Yleistä alkoholiriippuvaisilla
Hormonihäiriöt	Impotenssi, kivesten surkastuminen, hedelmät-

	<p>tömyys ja gynekomastia ovat yleisiä löydöksiä alkoholiriippuvaisilla</p> <p>Miehet feminisoituvat ja naiset maskulinisoituvat suurkulutuksen seurauksena</p>
Unihäiriöt	<p>Alkoholiriippuvuuteen liittyy 60 %:lla jokin unihäiriö:</p> <p>lyhyt unijakso</p> <ul style="list-style-type: none"> – unen heikentynyt laatu – katkonainen aamu-uni
Iho- ongelmat	<p>Punoitus, teleangiektasiat ja ”flushing”</p> <p>Ekseemat ovat yleisiä</p>
Kardiomyopatia	<p>Riski on satakertainen</p> <p>Kardiomyopatian esiintyvyys alkoholiriippuvaisilla on 1–3 %</p>
Eteisvärinä	<p>2–4 päivittäistä annosta lisää takyarytmioita</p> <p>3-5 kertaa keskimääräistä yleisempi ongelmakäyttäjillä</p> <p>Myös runsas kertakäyttö voi aiheuttaa eteisvärinää</p>
Kohonnut verenpaine	<p>Ongelmakäyttäjillä 1.6–4 kertaa keskimääräistä yleisempi</p> <p>Ongelmakäyttö selittää 5-10 % miesten verenpainetaudeista länsimaissa</p>
Mielenterveysongelmat	<p>Masennuspotilaista 10 – 30 %:lla on samanaikainen alkoholiongelma</p> <p>Alkoholiriippuvaisista 30 – 60 %:lla on kliinisesti merkittävä depressio</p> <p>Alkoholiongelmaisen itsemurhariski on huomattavasti suurentunut</p>

(Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito – suositus 2011)

6.2 Alkoholit ja aivot

Alkoholinkäytön jatkuessa pitkään, seurauksena on aivosolujen kuolemaa eli aivoatrofiaa. Älylliset toiminnot heikkenevät, yleisimmin seuraa muistivaikeuksia, tiedon prosessoinnin hidastumista, toiminnan ohjaus vaikeutuu ja persoonallisuus muuttuu. Kun aivosoluja on kuollut pikkuaivoista, kävely muuttuu vaikeammaksi, se vaikuttaa humalaisen kävelyiltä vaikka henkilö ei olisikaan humalassa. Alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen osa aivosoluista voi toipua ja oireet voivat lievetä tai hävitä. Mikäli alkoholinkäyttö jatkuu, seurauksena on pysyvä aivoatrofia.

Wernicken taudissa alkoholistin yksipuolinen ravinto johtaa tiamiinin puutoksesta johtuviin oireisiin: silmävärveeseen, kahtena näkemiseen, tasapainohäiriöihin ja mieleenpainamiskyvyn katoamiseen.

Polyneuropatiassa alkoholistin ääreishermostossa on tapahtunut solutuhoa. Tällöin oireina esiintyy raajojen tuntohäiriöitä, pistelyä ja puutumista ja yleistä voimattomuutta. Aivoverenkiertohäiriöt ovat myös yleisiä. Oireita ovat raajojen tuntohäiriöt, halvaukset, afasia eli puheen tuoton ja/tai ymmärtämisen vaikeudet, näköhäiriöt ja väsymys. (THL 2016.)

Serotoniini on yksi hermosolujen viestinvälityksen välittäjäaineista, joka liittyy muun muassa käyttäytymiseen ja mielialan säätelyyn. Sillä on tärkeä rooli impulsiivisesti väkivaltaisessa käyttäytymisessä ja itsetuhoisuudessa. Sen heikko toiminta liittyy myös alkoholihumalan yhteydessä syntyvään väkivaltaisuuteen. Hermoston monoamiini-välittäjäaineita pilkkova entsyymi, monoamino-oksidaasi, on eräs niistä geneettisen kontrollin alla olevista tekijöistä, jotka liittyvät impulsiivisuuteen. Suomalaisessa aineistossa geenimuoto, joka suosii voimakasta monoamino-oksidaasiaktiivisuutta, muodosti riskitekijän alkoholismille ja väkivaltaisuudelle, mikäli se liittyi lapsuuden epäsuotuisiin kasvuoloihin. Tunnetaan myös muuan vakavaan impulsiivisuuteen liittyvä mutaatio, joka on toistaiseksi havaittu ilmeisesti pelkästään suomalaisissa ja suomalaislähtöisissä siirtolaisissa. Tämän geenin kantajista valtaosa viettäneen normaalia elämää, joten kyseessä on riskitekijä, ei kohtalo.

Humalassa toistuvasti väkivaltaisilla miehillä on taipumusta verensokerin poikkeukselliseen laskuun sokerirasituskokeessa, ja heikko glukoosiaineenvaihdunta käyttäytymiskontrollista vastaavassa prefrontaalisessa aivokuoressa. Lihasokerin eli glykogeenin matala taso ennustaa niin ikään humalaväkivaltaa. (Peltoniemi(toim.), Lauerma 2013, 76.)

Hoitoetiikan perusteita ovat potilaan autonomian kunnioittaminen, hyvän tuottaminen, haitanteon välttäminen ja oikeudenmukaisuus. Alkoholiriippuvaisen autonomiakyky on ainakin päihtymys- ja vieroitusvaiheessa alentunut päihdekontrollin osalta, ei välttämättä muuten. Alentuneen autonomian nimittäminen huonoksi hoitomotiivaatioksi kertoo siitä, että riippuvuuden aivosairausluonne on jäänyt ymmärtämättä. Lääkärit voisivat kuitenkin omalla asenteellaan kertoa potilaille, omaisille, hoitoväelle ja medialle, että alkoholiriippuvaiset ovat täysivaltaisia kansalaisia, joiden aivoihin alkoholi on aiheuttanut toimintahäiriön. Siis sen ilmiön, joka ulkopuolisista näyttää "itse aiheutetulta" ja haitanteolta sekä itselle että läheisille. He tarvitsevat eettisesti arvokkaan kohtelun ja hoitoresursseja riittävästi, kenties jopa enemmän kuin keskivertokansalaiset, joiden aivot ovat kunnossa ja itsekontrolli kyky tallella. (Mäkelä 2012, 3374–3375.)

Monen potilaan itsemääräämiskyky on pitemmän alkoholin käytön myötä heikentynyt niin paljon, että omaehtoinen hoitoon hakeutuminen viivästyy tai hoitoon sitoutuminen jää kesken. Tällöin on suuri vaara, että sekä hoitopaikka että potilaan omaiset tulkitsevat sairauden oireisiin kuuluvan itsemääräämiskyvyyttömyyden tietoiseksi ja tahdonalaiseksi hoitohaluttomuudeksi. Tällöin hoidettava ongelma nähdään mieluummin itse aiheutettuna paheena. Osalla hoitoväestä on valmiina perinteiden mukainen torjuva ja moittiva moraalimalliin sopiva asenne. Kaksi suomalaislääkärää viidestä ei pidä alkoholiriippuvuutta sairauteena. Yksikin ihmisarvoa loukkaava kokemus hoitopaikassa voi siirtää potilaan seuraavan hoitoyrityksen hamaan tulevaisuuteen. Epäonnistuneesta hoitokontaktista syntyy hoitojärjestelmän tuottama haitta, kun potilaan autonomiavajetta ei ymmärretä. (Mäkelä 2013, 1915–1917.)

6.3 Vieroitusoireet ja tutkimukset

Alkoholivieroitustila liittyy yleensä useita päiviä jatkuneen runsaan alkoholin käytön nopeaan lopettamiseen tai vähentämiseen. Vieroitusoireet vaihtelevat käytetyn määrän, käyttöjakson ja yksilöllisten ominaisuuksien mukaan.

Vieroitustila voi olla lievä, keskivaikea tai vaikea. Alkoholin vieroitusoireet ilmaantuvat pääsääntöisesti 1–2 vuorokauden sisällä. Alkoholin vieroitusoireita voidaan hoitaa niiden voimakkuudesta riippuen avohoitona tai laitoshoidona.

Alkoholivieroitustilan oireita: Päänsärky, pahoinvointi, oksentelu, hikoilu, sydämen tykytykset, vapina, levottomuus, ahdistus, masennus, unettomuus, kouristukset, näkö- tai kuuloharhat, sekavuus, desorientaatio, alkoholin haju hengityksessä. (Terveysportti. Sairaanhoitajan tietokannat.)

Juoppohulluus eli *delirium tremens* (ICD-10-diagnoosikoodi F10.4) kehittyy muutama tunti tai useimmiten 2–3 vuorokautta pitkään kestäneen ja runsaan alkoholinkäytön lopettamisen jälkeen. Delirium tremensin riski kasvaa, kun kulutus alkaa ylittää 15 annosta (180 g) päivässä

Alkoholin vieroitusvaiheessa ilmenevässä juoppohulluudessa henkilön tajunnan taso ja keskittymiskyky ovat häiriintyneet ja hänen ajan ja paikan tajunsa on hämärtynyt. Hänellä ilmenee eriasteisia muistihäiriöitä sekä näkö-, kuulo- tai kosketusharha-aistimuksia. Hän hikoilee, hänen pulssinsa on nopeutunut ja hän on voimakkaan kiihtynyt tai pelokas.

Juoppohulluus on hengenvaarallinen tila. Hoitamattomana noin joka viides ja hoidettunakin 5–10 % delirium tremens -tiloista johtaa kuolemaan. (Terveysportti. Sairaanhoitajan tietokannat.)

AUDIT (Alcohol Disorders Identification Test -kysely) Alkoholin riskikäytön havaitsemiseksi voidaan käyttää kymmenen kysymyksen AUDIT-kyselyä, jossa kartoitetaan viimeisen kuluneen 12 kuukauden alkoholinkäyttö. AUDIT-kyselyä voi käyttää siten, että siitä kysytään kolme ensimmäistä kysymystä, mutta luotettavin tulos saadaan kun potilas tekee koko testin. Terveysriskin seulontaraja on miehillä 8 pistettä ja naisilla 6 pistettä. (Terveysportti. Sairaanhoitajan tietokannat.)

Lyhytneuvonta(mini-interventio) on vaikuttava hoitomuoto alkoholin riskikäytössä ennen riippuvuuden kehittymistä.

Korkean riskin taso on työikäisillä miehillä 23–24 annosta ja naisilla 12–16 annosta viikossa. Kohtalaisen riskin taso on miehillä 14 ja naisilla 7 annosta viikossa. Ongelmakäytön hoitona lyhytneuvonta on yhtä tehokas kuin laajempi interventio. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

Lyhytneuvonta vaikuttaa erityisesti riskikäyttäjiin tai alkoholia haitallisesti, ts. harvoin, mutta humalahakuisesti käyttäviin. Tutkimusten mukaan ainakin 10 % siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa kokonaan. Hoitovaikutus säilyy 1–2 vuotta. Lyhytneuvonta vähentää myös kuolleisuutta.

Lyhytneuvonnan tavoitteena on auttaa potilasta huomaamaan alkoholin käytön riskit sekä motivoida ja tukea häntä vähentämään alkoholin runsasta kulutusta tai tarvittaessa pidättäytymään alkoholin käytöstä.

Lyhytneuvonta suhteutetaan potilaan tilanteeseen. Alkoholin käytön riskirajoja ei voida määritellä, kun potilaalla on perussairauksia tai säännöllinen lääkehoito tai lääkekuuri. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

6.4 Lääkitys ja muu hoito

Hoidon tavoitteena on autonomisen hermoston yliaktiivisuustilan rauhoittaminen ja elektrolyytti- ja nestetasapainohäiriöiden korjaaminen. Bentsodiatsepiinit ovat tehokkaimpia vieroitusoireiden ja delirium tremensin hoidossa. Lääkehoito edellyttää valvontaa. Hoidon seurannassa voidaan käyttää toistuvasti **CIWA-Ar**-asteikkoa. Osastohoidon aiheita ovat esimerkiksi toistuvat katkaisuhoidojaksot, aiempi alkoholidelirium, kouristuskohtaus alkoholin käytön loputtua, vaikeat vieroitusoireet, raskaus, huono psyykinen vointi sekä hoitolinjauksiin vaikuttavat somaattinen tila (diabetes, sydänsairaus, haimatulehdus, intoksikaatio, Wernicke-epäily jne.).(Terveysportti, sairaanhoidajan tietokannat.)

Lievät oireet menevät yleensä ohi itsestään muutamassa päivässä ja ne hoidetaan oireenmukaisesti. Avokatkaisuhoidon kesto on yleensä 3–5 päivää, kunnes lääkehoidon tarve on ohi. Lääkehoito toteutetaan valvotusti potilaan oireet ja

sietokyky huomioiden, osan lääkkeistä potilas voi hankkia itse apteekista ilman reseptiä. Usein lääkehoidossa käytetään vieroitusoireisiin klooridiatsepoksidia, univaikeuksiin ketiapiinia tai hydroksitsiinihydrokloridia alenevin annoksin. Muita lääkehoidon indikaatioita ovat esimerkiksi seuraavat oireet, sydämen tykytys, vapina, pahoinvointi ja ripuli.

Pitkään ja runsaasti alkoholia käyttäneille suositellaan myös tiamiinia lihakseen 100 mg kolmena perättäisenä päivänä, muille B-vitamiinivalmisteita.

Nesteitä suositellaan juotavaksi runsaasti, jopa 4–10 litraa/vrk esimerkiksi isotonisia juomia tai rasvatonta maitoa. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

Keskivaikeat ja vaikeat vieroitusoireet kestävät yleensä 3–7 vuorokautta. Pelkoa ja ahdistuneisuutta lievitetään rauhoittavan ja tukea antavan puheen avulla. Sairaalahoidossa helposti tarkkailtava, rauhallinen potilashuone, koska tilaan voi liittyä kouristuksia ja/tai aistiharhoja. (Käypä hoito suositukset i.a.)

Sairaalahoidossa käytetään ns. kyllästyshoitona diatsepaamia 20 mg 1–2 tunnin välein, kunnes potilas nukkuu rauhallisesti. Delirioottinen potilas saattaa tarvita suurempiakin annoksia.

Mikäli potilas on väkivaltainen, aistiharhainen tai voimakkaasti kiihtynyt, hoitoa voidaan tehostaa diatsepaamin rinnalla annettavalla haloperidolilla.

Tarvittaessa unettomuuteen annetaan tematsepaamia 20 mg yöksi 5–10 vrk:n ajan. Suuriannoksisten antipsykoottien käyttöä vieroitusoireiden hoidossa ei ole suositella, koska ne alentavat kouristuskynnystä ja verenpainetta.

Nestetasapainoa korjataan isotonisella urheilujuomalla, tasapainotetuilla kivennäisvesillä, rasvattomalla maidolla, tarvittaessa parenteraalisella nesteytyksellä (delirium).

Vieroitustilan voimakkuutta ja etenemistä seurataan ja arvioidaan. Potilasta tulee seurata sairaalassa kahden vuorokauden ajan diatsepaamihoidon aloittamisesta. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

Alkoholista riippuvaiset potilaat sitoutuvat usein huonosti lääkehoitoon.

Disulfiraami (Antabus) estää alkoholin palaessa muodostuvan asetaldehydin palamista edelleen etikkahapoksi. Asetaldehydiä kertyy verenkiertoon, ja se

aiheuttaa ihon punoitusta, päänsärkyä, pahoinvointia ja sydämentykytystä. Disulfiraamia käyttävän potilaan hoitotavoitteena tulee siten olla täysraittius. Jos disulfiraamin käyttöä ei valvota, se jää potilaalta helposti epäsäännölliseksi ja usein tuloksettomaksi. Valvottu disulfiraamilääkitys (400 mg kahdesti viikossa tai 200 mg/vrk) on parantanut merkittävästi pelkillä psykososiaalisilla menetelmillä saatuja tuloksia alkoholiriippuvuuden hoidossa. Potilaan kanssa on suositeltavaa tehdä hoidosta niin sanottu antabussopimus. (Käypä hoito suositukset i.a.)

Opioidiantagonistien (naltreksoni ja nalmefeeni) arvellaan vähentävän humaltumiseen liittyvää mielihyvää, jolloin juominen ei ole yhtä palkitsevaa kuin aikaisemmin ja juomahimon ja retkahdusten pitäisi vähentyä.

Naltreksoni (50 mg) tai nalmefeeni (18 mg) ennen alkoholinkäyttöä tai retkahdusta uhkaavissa tilanteissa vähentää alkoholin kokonaiskulutusta ja retkahtamista rankkaan juomiseen.

Pitkävaikutteinen naltreksoni-injektio (erityislupavalmiste) ilmeisesti lisää raittiiden päivien määrää ja vähentää juomista, kun hoitoon on yhdistetty motivoivaa tai kognitiivista terapiaa. (Käypä hoito suositukset i.a.)

7 HUUMEET

7.1 Kannabis, amfetamiini, buprenorfiini

Kannabistuotteet valmistetaan hampukasvista (*Cannabis sativa*). Hampun tärkeimmät aktiiviset aineet ovat päihdyttävä tetrahydrokannabinoli (Δ^9 THC) ja kannabidioli (CBD), jolla on myös antipsykoottista vaikutusta. Marihuana on hampun kuivattuja lehtiä ja kukkia ja hasis emikasvin kuivattua hartsia. Kannabista käytetään yleisimmin polttamalla.

Kannabis vaikuttaa keskushermoston kannabinoidireseptoreihin ja aiheuttaa psyykkistä ja fyysistä riippuvuutta. Vieroitusoireet ovat erityisen vaikeita, jos käyttäjä tupakoi tai hänellä on psyykkisiä sairauksia.

Kannabisriippuvuuteen ei toistaiseksi ole lääkehoitoa. Usein riippuvuus on lievä ja vieroitusoireet ovat melko vähäiset. Hoitosuositusten mukaan vaikeisiin oireisiin käytetään oireenmukaista lääkehoitoa. (Terveysportti. Lääkärin tietokannat, Käypä hoito suositukset i.a.)

Amfetamiini on buprenorfiinin ohella Suomen yleisin pistoshuume. Sen johdos metamfetamiini vaikuttaa keskushermostoon vielä voimakkaammin ja aiheuttaa herkästi riippuvuutta. Johdosta käytetään suun kautta, nenän kautta nuuskamalla, suonensisäisesti tai hydrokloridina polttamalla.

Amfetamiini, sen johdokset ja kokaiini ovat sentraalisia stimulantteja. Myrkytyksiä aiheutuu yliannoksista, aineiden epäpuhtauksista ja pitoisuuksien ennakoimattomasta vaihtelusta.

Amfetamiinista vieroitukseen ei tunneta tehokasta spesifistä lääkehoitoa, mutta mirtatsapiinista ja modafiniilistä (erityislupavalmiste) saattaa olla apua metamfetamiinin vieroitusoireiden hoidossa. (Terveysportti. Lääkärin tietokannat, Käypä hoito suositukset i.a.)

Buprenorfiini (Temgesic® ja buprenorfiini/naloksoni yhdistelmä lääke Suboxone®) on paitsi lääke myös yleisimmin käytetty opioidi suomalaisten huumeiden-

käyttäjien piirissä. Suboxone® lääkevalmisteessa olevan naloksonin avulla pyritään estämään lääkkeen väärinkäyttöä pistämällä.

Alun perin buprenorfiinia käytettiin lääkityksenä voimakkaisiin kiputiloihin. Sittemmin sen havaittiin sopivan opiaattiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoitolääkkeeksi. Suomessa käytössä olevat Temgesic ja Suboxone ovat ns. resoritabletteja eli niiden on tarkoitus liuota kielen alta, jolloin vaikuttava aine imeytyy elimistöön suun limakalvojen kautta. Lääkkeellisessä korvaushoidossa asiakas yleensä nauttii tabletin hoitopaikassa päivittäin. (Päihdelinkki i.a.)

Päihdekäytössä buprenorfiinia käytetään yleensä suoneen pistämällä. Juuri tästä syystä buprenorfiini onkin erittäin ongelmallinen lääkeaine väärinkäytettynä, koska sitä ei ole tarkoitettu injisoitavaksi. Buprenorfiini sisältää mm. maissitärkkelystä ja muita sidosaineita, jotka voivat aiheuttaa suoniin erilaisia vaurioita ja tulehduksia.

Buprenorfiinin päihdekäytössä tarkoituksena on saada aikaan jonkinlainen päihetyystila. Käytettäessä buprenorfiinia suonensisäisesti vaikutus on toki erilainen kuin jos aine liuotettaisiin kielen alla. Buprenorfiinia käytetään usein myös erilaisten bentsodiatsepiinien tai kannabiksen kanssa. Vaikka buprenorfiini on esimerkiksi heroiniin verrattuna varsin turvallinen, se on yhteiskäytössä bentsodiatsepiinien kanssa hengenvaarallinen, varsinkin jos mukana on myös alkoholi. Kuolemantapaukset, jotka on raportoitu buprenorfiinin käytön yhteydessä, liittyvät nimenomaan näiden kolmen aineen, buprenorfiinin, bentsodiatsepiinien ja alkoholin, yhtäaikaiseen käyttöön.

Buprenorfiini on saavuttanut Suomessa suuren suosion ja nykyisin kohdataan runsaasti käyttäjiä, jotka ovat aloittaneet opiaattien/opioidien käytön buprenorfiinilla. Useat nuoret buprenorfiinin käyttäjät siirtyvät suoraan sen käyttöön esimerkiksi kannabiksen käytön yhteydessä tai jopa ilman sitä.

Sekä asianmukaisessa lääkkeellisessä käytössä että valvomattomassa katukäytössä säännöllisen käytön lopettaminen aiheuttaa useimmiten vieroitusoireita. Monet henkilöt kuvaavat buprenorfiinin vieroitusoireita jopa pitkäkestoisemmiksi kuin esimerkiksi heroinin aiheuttamia. Lääkkeen kaikenlaisessa käytössä onkin huomioitava, että buprenorfiiniin voi muiden opiaattien / opioidien lailla syntyä riippuvuus. (Päihdelinkki i.a.)

Buprenorfiiniriippuvuus on erityisesti suomalainen ongelma, sillä viimeisen kymmenen vuoden aikana yli 80 % opioidiriippuvaisista on käyttänyt sitä päähuumeenaan. Buprenorfiiniriippuvuuden hoito on ollut ongelmallista, sillä psykososiaalisten hoitojen vaikuttavuus on vähäinen, ja lääkkeellisenä hoitona on ollut joko siirtyminen metadoniin tai antaa väärinkäyttäjille lisää buprenorfiinia. Kannabiksen pitkäaikaiskäytön on havaittu olevan terveysriski. Uudeksi ongelmaksi ovat nousseet myös synteettiset kannabinoidit eli huumeet, jotka vaikuttavat samoihin aivojen reseptoreihin kuin luonnonkannabiksen sisältämä tetrahydrokannabinoli, mutta ovat toksisempia. (Kauhanen, Jussi; Tiihonen Jari 2017.34–42.)

7.2 Huumausaineiden käytön tunnistaminen

Huumeetestin saa tehdä ilman potilaan lupaa vain, jos kyse on vakavan taudin tai myrkytyksen erotusdiagnoosista tai hoidosta. Näytteet otetaan kuitenkin aina, kun poliisi epäilee liikennejuopumusta ja pyytää niitä. (Terveysportti. Lääkärin tietokannat.)

Päihteidenkäytön tunnistaminen potilaan muista oireista voi olla haasteellista. Erityisesti silloin, kun potilaalla on yliannostus tai hän on päihteiden sekakäyttäjä. Päihteiden aiheuttamat kliiniset löydökset vaihtelevat käytetyn aineen mukaan ja tulevat esille yleensä vasta pitkäaikaisen päihteidenkäytön jälkeen, mutta kokemattomilla päihteiden käyttäjillä voivat olla myös äkillisiä. (Terveysportti. Sairaanhoitajan tietokannat.)

Huumeongelman käsittelyä voi haitata se, että huumeiden käyttö on rangaistavaa. Potilas ei usein uskalla kertoa huumeiden käytöstään lääkärille, eikä lääkäri aina saa ongelmaa selville edes kyselemällä. Tärkeä työkalu huumeongelman toteamisessa ja hoidossa on avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde. Ongelmaa voidaan etsiä ja seurata myös laboratoriokokeilla. Potilaan kanssa keskustelemalla voidaan kartoittaa systemaattisesti hänen huumeikäyttämisen, yhtenä keinona päihderiippuvuuden vaikeusasteen arviointilomake suomeksi. Hyvään tutkimukseen kuuluvat tietojen kerääminen monelta taholta ja tiedon huo-

lellinen kirjaaminen. Huumeiden käytön toteamisessa voidaan käyttää apuna huumeetestejä, niiden rajoitukset huomioon ottaen. (Käypä hoito suositus i.a.)

Yleisimpiä oireita ja löydöksiä:

Kehonlämpö	Kohoaa amfetamiinia käytettäessä
Hengitys	Opiaatit laskevat hengitystiheyttä Opiaattien ja eri aineiden sekakäyttö voi aiheuttaa kuolemaan johtavan hengityslaman Amfetamiini lisää hengitystiheyttä
Verenpaine ja syke	Opiaatit laskevat verenpainetta Amfetamiini kohottaa verenpainetta
Pistojäljet	Pistojälkiä voi olla käsien ja jalkojen alueiden lisäksi vatsassa tai kaulalla
Pistopaikkojen infektiot	Voivat johtaa endokardiitti sydänläppien tulehdukseen
Raajojen kärkiosien nekroosi	Voi aiheutua vahingossa valtimoon pistämisestä
Sidekalvot ja suun limakalvot	Kannabistuotteiden käyttäjillä usein huomattavan punoittavat
Nenän limakalvojen vauriot	Buprenorfiinin käyttäminen limakalvojen kautta
Silmänpohjan muutokset, näön heikentyminen	Voi aiheutua Buprenorfiinin pistämisestä
Silmien mustuaiset	Opioidit pienentävät mustuaisia amfetamiini suurentaa mustuaisia
Kivut	Päänsärky voi viitata esim. amfetamiinin yliannostukseen liittyvään aivoverenvuotoon

Kipulääkityksen tehon heikkous tai poikkeava toleranssi	Voi viitata opioidien käyttöön
Psyykkiset sairaudet	Ahdistuneisuus, impulssien huono kontrolli, mielialojen vaihtelu
Krooninen psykoottinen sairaus (skitsofrenia)	Yhä yleisempää huumeriippuvaisilla
Psyykkiset oireet	Raukeus, levottomuus
Käytös	Päihtymys ilman alkoholia, sekavuus, orientaatio itsen, aikaan ja paikkaan heikentynyt Vainoharhaisuus ja aggressiivisuus ilman aiempaa psykiatrista oireilua
Hyperkineettinen Hypertoninen Takykardinen	Amfetamiinin käyttäjät usein
A-hepatiitti	Puhkeaa ajoittain huumeiden käyttäjien keskuudessa
C-hepatiitti	Yleinen, n. 60–80 %:lla huumeita suonen sisäisesti käyttävillä
B-hepatiitti	Esiintyy joskus C-hepatiitin rinnalla. Akuuteissa tapauksissa oireet: ikterus, huono yleistila ja hepatomegalia. Suurin osa kantajista oireettomia
HIV	lisääntyi 1990-luvun lopulla, mutta sen jälkeen pysynyt alhaisella tasolla

(Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat, lääkärin tietokannat.)

7.3 Vieroitusoireet

Kannabis: Ärtymys, hermostuneisuus, levottomuus, unihäiriöt, tuskatilat.

Oopiaatit (Bubnerfoniini): vieroitusoireita ovat lihas-, vatsa- ja alaselkävivut. Ok-sentelu ja ripulointi, sekä mahdollinen huumeiden pitkäaikaiskäyttöön liittyvä aliravitsemus. Ärtynisyys, masentuneisuus. kyynelnesteen vuotaminen, nuha, silmäterien laajentuminen, hikoilu, iho ”kananlihalla”, haukottelu, kuume. Vieroitusoireet ilmenevät 2–4vrk lopettamisen jälkeen ja voivat kestää lieväästeisina viikkoja. (Käypä hoito suositukset i.a, Terveysportti. Sairaanhoidajan ja lääkärin tietokannat.)

Amfetamiinin vieroitusoireita: Akuutti masennus, unihäiriöt (unettomuus tai liikaunisuus), painajaisunet, levottomuus, apatia, väsymys, ahdistuneisuus, lisääntynyt ruokahalu, motorinen kiihtyneisyys, tai hidastuminen.

Amfetamiinin myrkytusoireet: Takykardia, hypertensia, hypertermia, hikoilu, mydriaasi, ahdistuneisuus, motorinen levottomuus, lihasjäykkyys, kouristustaipumus, hyperrefleksia, bruksismi. Näiden lisäksi neuroleptisiä oireita, psykoosit, paranoia.

Hypertermiaan voi liittyä rabdomyolyysi, munuaisvaurio, hypertensio, hyytymishäiriöitä, maksa- tai keuhkovaurio, aivoinfarkti tai verenvuoto ja psykoosi. kuoleman saattavat aiheuttaa sydämen rytmihäiriöt, hypertermia, kallonsisäinen verenvuoto tai yleistynyt suonensisäinen hyytyminen.

Spesifistä amfetamiinimyrkytyksen vasta-aineita ei ole. Lievän amfetamiinimyrkytyksen (psykomotorinen rauhattomuus, hikoilu, takykardia, hypertensio, ärtynisyys) hoidoksi riittävät nesteytys ja diatsepaami, mutta tutkimuksia aiheesta ei ole.

Vakavassa myrkytyksessä (paniikkikohtaukset, delirium, tajuttomuus, kouristukset, sydämen rytmihäiriöt, verenkierron vajaatoiminta, hypotermia) lasketaan kehon lämpötilaa, nesteytetään potilasta ja huolehditaan hänen suolatasapainostaan. Hypotermian ja radomyolyysin uhkaan on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tieto amfetamiinipsykoosin hoidosta on niukkaa, mutta olantsapiinista ja haloperidolista saattaa olla hyötyä amfetamiinipsykoosin oireiden lievittämisessä. (Käypä hoito suositukset i.a, Terveysportti. Sairaanhoidajan ja lääkärin tietokannat.)

8 PÄIHDETYÖ

8.1 Alkoholi-ongelman hoito

Miesten osuus alkoholin ja huumausaineiden ongelmakäyttäjistä, asunnottomista, väkivallantekijöistä, rikollisista ja vangeista on naisia suurempi. Miesten työttömyysaste on naisia korkeampi ja myös pitkäaikaistyöttömät ovat useammin miehiä. Myös nuorisotyöttömyys on yleisempää miehillä kuin naisilla. Kaikkiaan Suomessa joka viides mies ja joka kymmenes nainen on vielä 30-vuotiaana vailla peruskoulun jälkeistä tutkintoa. (THL)

Juopuneet potilaat, alkoholistit ja juopot ovat vaikeita ja rasittavia hoidettavia. Vammat ja sairaudet ovat yleisiä. Professionaalinen asenne täytyy silti säilyttää. Juominen on yleistä eikä yhteiskunta tule toimeen ilman alkoholia. Koko kansalle ei voi määrätä rauhoittavia ja mielialalääkkeitä. Ihmiset tarvitsevat viinaa ja koska viina on todella huono huume, vahinkoja sattuu. Viinaan tulee himo, siitä saa krapulan ja yliannostus on helppoa. Näin asia on ja siksi hoitoammateissa toimivan on pakko hyväksyä viinan vammat ja luopua vääristä asenteista: hoaminen, paheksunta ja aggressiot on jätettävä pois. (Airaksinen 2010, 572–573.)

Juoppojen parissa työtään tekevä saa kenties enemmän voimaa, kun ei sorru itsepetokseen vaan mieltää, että negatiiviset ja aggressiiviset asenteet juoppoihin perustuvat siihen syrjintään ja halveksuntaan, jota ylemmät sosiaaliryhmät kohdistavat alempiin sosiaaliryhmiin ja köyhiin. Juoppoja on vaikea sietää, se on totta, mutta ainakin professionaalisen asenteen ja arvojen pitää olla vapaita syrjinnästä ja siihen liittyvästä halveksunnasta ja aggressioista.

Potilaalla on aina oikeus hoitoon. Juoppojen on vaikea vaatia oikeuksiaan, monesta syystä, mutta tämä ei kumoa oikeuksia. (Airaksinen 2010, 572–573.)

Riippuvuussairauksiin liittyy useimmiten suuri retkahdusriski ja muutosmotivaation vaihtelu. Alkoholin käytön vähentämisen tai siitä luopumisen tärkein edellytys on potilaan oma motivaatio muutokseen. Jos muutosmotivaatio tulee ulkoa-

päin, painostuksesta tai muiden sanelemana, tavoitteen saavuttaminen on varsin epätodennäköistä. Lääkäri voi omalla työotteellaan joko tukea tai heikentää potilaan muutosvalmiutta. On hyvä muistaa, että motivaatio ei ole potilaan ominaisuus, vaan pikemminkin vaihteleva muutosvalmiustila. Potilaan muutosmotivaatio vahvistuu, kun hän kokee muutoksen sekä tärkeäksi että mahdolliseksi. Potilaan muutosmotivaatiota voidaan tukea motivoivan haastattelun työotteella ja periaatteilla. Haastattelun tavoitteena on voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen tutkimalla ja pohtimalla potilaan kanssa ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa, kuten alkoholin juomisen tuottamaa mielihyvää verrattuna sen kielteisiin seurauksiin. (Castren, Pakkanen, Alho 2015, 1497–1501.)

Motivoivan haastattelun peruspilarit ovat: empaattinen ja myötätuntoinen työote, potilaan alkoholin käyttöön liittyvän ristiriidan tunnistaminen, herättely sekä muutosvalmiuden vahvistaminen ja tukeminen. Tekniikkana vuorovaikutuksessa käytetään yhteenvetoa, tarkentavia ja avoimia kysymyksiä välttämällä väittelyä sekä tukien potilaan pystyvyyttä muutokseen. (Castren, Pakkanen, Alho 2015, 1497–1501.)

8.2 Huumeongelman hoito

Huumeaineiden käyttöön liittyy runsaasti sosiaalista huono-osaisuutta. Erityisesti peruskoulun jälkeisen koulutuksen puuttuminen on näyttää selvältä riskitekijältä. Useimmat käyttävät sekaisin monia aineita. Tähän on hoidossa syytä kiinnittää enemmän huomiota. Suomessa erityishaasteena on buprenorfiinin väärinkäyttö. Liitännäissairauksien hoidossa lisähuomiota vaativat etenkin mielenterveysongelmat. Kansanterveyden prioriteetteja määriteltäessä kannattaa muistaa huumeidenkäyttäjien merkittävä ylikuolleisuus vertailuväestöön nähden. Keskimäärin hieman yli kolmekymmenvuotiaana tapahtuvat kuolemat ovat yksilön ja lähipiirin tragedia. Väestötasolla ne vievät valtavan määrän potentiaalisia elinvuosia. (Kauhanen ym. 2017, 40.)

Tutkimusten mukaan noin 80 prosentilla potilaista, joilla on diagnosoitu päihdehäiriö, on oheissairautena jokin mielenterveyden häiriö. Päihteiden käyttö aihe-

uttaa psyykkistä pahoinvointia ja vastaavasti psyykinen pahoinvointi altistaa päihdehäiriön kehittymiselle. Tavallisimpia päihdesairauksien kanssa esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ovat mieliala- tai ahdistuneisuushäiriöt sekä persoonallisuushäiriöt. (THL 2015.)

Mielenterveysongelmien ja itsemurhayritysten määrissä tai työkyvyttömyyseläkkeelle joutumisessa ei naisten ja miesten välillä ole juuri eroa. Kuitenkin miesten itsemurhakuolleisuus on paljon suurempaa kuin naisten. Samoin päihteiden vuoksi työkyvyttömyyseläkkeelle päätyy selvästi enemmän miehiä kuin naisia. (THL)

Kannabisriippuvuuteen ei toistaiseksi ole lääkehoitoa. Amfetamiinimyrkytykseen ei ole spesifistä vasta-ainetta. Hoito on oireenmukaista, mutta sitä koskeva tieto on niukkaa. Amfetamiinivieroitukseen ei tunneta tehokasta spesifistä lääkehoitoa, mutta oireita voidaan hoitaa.

Suomessa yleisimpiä käytössä olevia opioideja ovat buprenorfiini, fentanyyli, heroini, kodeiini, metadoni, oksikodoni ja tramadoli. Opioidiriippuvaisen, korvaushoidossa olevan potilaan lääkehoito ei saa keskeytyä. Lääkehoidosta konsultoidaan siitä vastaavaa yksikköä. Samalla selvitetään muut potilaan tilaan oleellisesti vaikuttavat asiat. (Sairaanhoitajan käsikirja, 2015.)

Osa opioidien päihdekäyttäjistä ei ole hoidon piirissä. Syitä ovat esim. hoidon keskeytyminen tai hoitomotivaation puute. Akuuttihoitoon hakeutumisen syitä saattavat olla esim. somaattiset (infektiot, traumat, intoksikaatiot jne.) tai psyykkiset oireet. Näille potilaille on tärkeää hoitoon motivoituminen ja ohjaus päihdepalveluihin. (Sairaanhoitajan käsikirja, 2015.)

8.3 Päihdeasiakkaan kohtaaminen

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996) on määritelty, että sairaanhoitajan on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta sekä toimittava oikeudenmukaisesti hoitaessaan potilaita. Sairaanhoitajan kuuluu edistää potilaiden hyvää vointia. Sairaanhoitajan on pystyttävä empatiaan ja olemaan potilaan luotta-

muksen arvoinen. Sairaanhoidtaja kohtaa jokaisen potilaan arvokkaana yksilöntaustasta riippumatta. (Holmberg 2010, 122.)

Päihtymys ei saa estää asiakkaan akuuttihoidon tarpeen arviointia, hoidon järjestämistä tai asianmukaista palvelua ja kohtelua (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006). Sairaanhoidtajan tehtävä on suhtautua päihtyneeseen asiallisesti. Päihteenkäyttäjän luottamusta sairaanhoidtajaan vahvistetaan rauhallisella, määrätietoisella ja eettisellä toiminnalla. Tarkoitus on keskittyä tutkivaan hoito-otteeseen häiriötekijöistä huolimatta. Vuorovaikutuksen tavoitteena on jättää päihtyneelle positiivinen ja turvallinen mielikuva avun saannin mahdollisuuksista. Itsetunteukseltaan vahva ja tunteita tiedostava sairaanhoidtaja kykenee käsittelemään päihdetyössä syntyviä haastavia tunteita ja tilanteita päihteenkäyttäjän inhimillistä kasvua tukevalla ja terveyttä edistävällä tavalla. (Partanen ym. 2015, 233.)

Päihtyneen kanssa työskennellä on tärkeää, että sairaanhoidtaja on vuorovaikutuksessa

- rauhallisen empaattinen
- tiukan johdonmukainen
- selkeästi ja ymmärrettävästi puhuva
- kärsivällisesti hoidon faktoja perusteleva
- yhteisiä hoidon tavoitteita korostava
- myönteistä käyttäytymistä palkitseva

Vuorovaikutussuhteessa ei pidä

- suhtautua ihmiseen alentuvasti
- uhkailla, provosoida tai provosoitua
- korottaa ääntään, ellei se ole välttämätöntä

(Partanen ym. 2015, 233.)

Päihteiden aiheuttamien ongelmien ymmärtäminen ei tarkoita niiden hyväksymistä, ja oikeus hyvään hoitoon kuuluu lakien ja hoitosuosittelujen mukaan kaikille ihmisille. Päihteiden riskikäytön ja päihdeongelmien ehkäisy ja hoitaminen on kansantalouden ja -terveyden kannalta ehdottomasti yksi yhteiskunnan etulinjan kysymyksiä. (Holmberg 2010, 17.)

Hoidossa tapahtuvien valintojen selkeä perusteleminen ja luotettavuus tekevät hoidosta selkeää, tukee kokonaistavoitteiden asettamista ja lisää hoitotyöntekijän luotettavuutta. Tämän ansiosta ihminen voi käsitellä hoitosuhteen aikana vaikeita tunteita. Hän voi luottaa siihen, ettei hoitotyöntekijä pahastu, loukkaannu tai hylkää häntä, jos hän kertoo ehkä ensimmäistä kertaa elämässään tilanteestaan ja häntä vaivaavista ajatuksista tai oireista ammatti-ihmiselle. Hoitotyöntekijän tulee kunnioittaa ihmisen hoitosuhteen ulkopuolista elämää. Hänen pitää tunnistaa omat kykynsä ja rajansa sekä hoitosuhteen tarjoaman avun rajat. Kaikkia ihmisen elämän ilmiöitä ei voi eikä aina tarvitsekaan pyrkiä tietoisesti korjaamaan tai hallitsemaan. (Holmberg 2016, 89 – 90.)

Hoidossa olevan tulisi tulla ymmärretyksi, vaikka hoitotyöntekijä ei aina hyväksyisikään kaikkea, mitä asiakas on elämässään tehnyt, kuten rikollista toimintaa tai laittomien päihteiden käyttöä. Erityisesti tällöin tulisi olla rehellinen hoidettavaa kohtaan. Silloin voi kertoa, ettei hoitotyöntekijä hyväksy asiakkaan toimintaa, vaikka se asiakkaan kertoman mukaan näyttäytyisi hyväksyttävänä toimintana vaikeassa elämäntilanteessa. Samalla on tärkeää välittää potilaalle näkemys hänen arvokkuudestaan, hyvydestään ja kelpaamisestaan ihmisenä, vaikka hän onkin ehkä tehnyt huonoja ratkaisuja elämässään. Ihmisen itsemääräämisoikeuteen kuuluu oikeus tehdä vääriäkin valintoja ilman, että hän menettää valintojensa seurauksena oikeutensa ihmisarvoiseen kohtaamiseen tai kohteluun hoitosuhteessa. (Holmberg 2016, 90 – 91.)

Jotta sairaanhoitaja edistäisi omalla käyttäytymisellään luottamuksellisen suhteen syntymistä ja päihteenkäytöstä puhumista, hänen asennoitumisensa on oltava neutraali, positiivinen, vastaanottava, hyväksyvä ja ymmärtävä. Sairaanhoitajan neutraali ja ammatillinen asennoituminen tulee ilmi myös hänen kielenkäytössään. Sairaanhoitajan kielenkäytön tulee olla ammatillista ja asiakasta tai

potilasta kunnioittavaa. Hänen tulee esimerkiksi välttää sanojen ”alkoholisti”, ”juoppo” ja ”päihdeongelman” käyttöä. Kielellä on merkitystä, eikä sairaanhoitajan tarvitse kilpailla asiakkaansa tai potilaansa kanssa päihteidenkäyttökulttuurin sanaston tuntemuksessa. Hoito helpottuu, kun sairaanhoitaja pyytää kuvaamaan sanojen yksilöllistä merkitystä käyttäjälle, jos asiakas tai potilas viljelee niitä puheessaan. (Partanen ym. 2015, 165.)

Pitkään päihteille altistuneen ihmisen elimistö alkaa tottua vieraan aineen läsnäoloon. Altistumisen seurauksena syntyy eräänlainen kehon muistitila, joka lopettamisyrietyksien aikana häiritsee, kiusaa ja houkuttelee käyttämään päihteitä uudelleen. Tämä näkyy fyysisinä ja psyykkisinä vieroitusoireina.

Päihderiippuvaiset ihmiset hämmentyvät toisinaan ”normaalista” elämästä ja arjesta, heidän elämänsä historiaansa liittyy selvittämättömiä asioita tai elämän hallitseminen on muuten vaikeaa. He eivät aina pysty säätelemään tunteitaan itseään tai muita tyydyttävällä tavalla. Tällöin heidän on jatkuvasti tultava toimeen vaikeasti tulkittavien ja ilmennettävien tunteiden kanssa. Tähän liittyy usein impulsiivisuus: tunteet ikään kuin purskahtelevat hallintayritysten läpi. Toisaalta päihteiden avulla saatetaan paeta psyykkisiä sairauksia, traumoja, kasvukipuja tai identiteettikriisiä. (Holmberg 2010, 47–48.)

Ammattilainen on koulutettu toimimaan omalla persoonallaan ihmisen hyväksi ja tekemään päätöksiä hänen kanssaan tilanteen mukaisesti mutta myös oman subjektiivisen päätäntävaltansa ja osaamisensa perusteella. Ihminen on siis oman terveytensä asiantuntija, mutta hänelle ei esimerkiksi voida antaa hoitotyön tiedon valossa vahingollista hoitoa, vaikka hän sellaista haluaisikin. Päihderiippuvainen voi esimerkiksi kokea subjektiiviseksi oikeudekseen käyttää päihteitä, ja laki takaa hänelle subjektiivisen oikeuden hoitoon. Tilanne voi johtaa vaikeasti ratkaistaviin näkemyseroihin, jos vaikkapa potilaan vaatima lääkehoito ei sovellukaan käytettäväksi hänen tilanteessaan. Näkökulmien ristiriita voimistuu, mitä huonompia kokemuksia hänellä on sosiaali- ja terveystaloudellista. Niinpä hän voi käyttäytyä hoitajaa kohtaan kuin tämä olisi objekti, joka toteuttaa hänen tahtoaan. Hoitaja on hänelle eräänlainen väline saavuttaa erilaisia asioita, kuten rauhoittavien lääkkeiden reseptit lääkäriltä. Tällöin hoitajan subjektiiviseksi kokema asema kääntyy vuorovaikutuksessa objektin asemaksi ja

syntyy sisäinen roolikonflikti. Hoitaja tuntee olonsa epämukavaksi ja hänen on vaikea asennoitua neutraalista tai luottaa omaan osaamiseensa tilanteessa. Toisaalta ilmiö voi toteuta myös toiseen suuntaan, jos hoitaja asettaa ihmisen tietynlaiseen potilaan rooliin ja odottaa häneltä sen mukaista käytöstä ohittaen hänen luonnolliset roolinsa. Roolin voidaan odottaa vaihtuvan nopeastikin esimerkiksi aktiivisesta passiiviseksi, vastuullisesta vastuuttomaksi tai asiallisesta epäasialliseksi. (Holmberg 2010, 126–127.)

Päihde- ja mielenterveyspotilaan kohtaaminen on heijastuspinta sairaanhoitajan omaan haavoittumiseen, pelkoihin, ristiriitoihin, vihaan, ärtymykseen ja eettiseen ajatteluun. Ammatillinen kohtaaminen tarkoittaa, että työntekijä kohtaa apua tarvitsevan ihmisen kunnioittavasti myös silloin kun tämä tulee toistuvasti saman ongelman vuoksi hoitoon eikä muutosta ole havaittavissa. Sairaanhoitaja saattaa kokea puhuvansa jatkuvasti päihteidenkäytön lopettamisesta tai vähentämisestä, mutta koskaan ei voi tietää, mikä on tilanne, josta muutos saa alkunsa. Jokaisesta hyvästä kohtaamisesta jää myönteinen jälki, joka voi sopivassa kohdassa saada aikaan muutosta. Tuloksia ovat kuitenkin jo kärsimyksen lievittyminen, haittojen väheneminen ja kielteisen kehityksen hidastuminen. (Partanen ym. 2015, 177.)

Hoitotyöntekijät lisäävät häpeän ja syyllisyyden kokemuksia, jos he luottavat konfrontaation eli vastakkainasettelun ja torumisen saavan ihmisen ”tulemaan järkiinsä” sekä muuttavan toimintatapaansa myönteiseen suuntaan. Tällöin luotetaan häpeän suojaavaan mekanismiin eli siihen, että ihminen jatkossa pohtisi päihteiden käytön seurauksia ennen toimintaansa. Tämä lähestymistapa toimii harvoin, sillä hoitoon tullut ihminen häpeää itseään monin tavoin jo valmiiksi. Se vahvistaa hänen tunnettaan siitä, ettei ole edes apua hakiessaan ihmisenä riittävä. Hän saattaa yrittää turruttaa entistä voimakkaampaa häpeän tunnetta lisäämällä päihteiden käyttöä entisestään, tai jopa ajautua tilanteeseen, jossa hän paheksuu itseään ja päihteiden käyttöään kokonaisvaltaisesti. Silloin hän ei kykene tai näe tarpeelliseksi muuttaa käytöstään. Se näkyy käytöksen muuttumisena häpeämättömyydeksi.

Vieraisissa tilanteissa, esimerkiksi uudessa hoitotilanteessa, pyritään usein hallitsemaan häpeää, jännitystä ja pelkoja käyttäytymällä päinvastaisesti kuin yle-

sä. Olemalla uhmakas, reteä, kovaääninen tai vetäytyvä tai kiinnittämällä hoitajan huomio merkityksettömiin asioihin pyritään usein hallitsemaan hallitsematonta. Ihminen käyttää päihteitä, koska häpeää, ja häpeää, koska käyttää päihteitä. Häpeän kierre ruokkii negatiivista käsitystä itsestä ja toimii osana riippuvuuden mekanismeja. (Holmberg 2010, 56 – 57.)

Ellei sairaanhoitaja tiedosta omaa suhtautumistaan päihteidenkäyttöön ja niihin liittyviin ilmiöihin, hoitava kohtaaminen voi olla haastavaa. Sairaanhoitajan inhimillisen ystävällinen ja samalla neutraalisuuteen pyrkivä asenne vähentää hoidettavan ahdistusta ja edistää tämän kiinnittymistä hoitoon. Neutraalisuus myös suojaa sairaanhoitajaa, hänen ammatillista rooliaan ja henkilökohtaista koskemattomuuttaan. Lisäksi se ylläpitää hoitosuhdetta ja hoitavaa ja tuo esiin auttajan ja autettavan rooliin. (Partanen ym. 2015, 221 – 222.)

9 PÄIHDEASIAKKAIDEN PALVELUT

Päihdeongelmaisten palveluiden ytimen muodostavat avohoitopalvelut, joita täydennetään tarvittaessa laitoshoidolla ja pitkäkestoisemmalla kuntouttavalla laitoshoidolla sekä arjen tukea antavilla päivätoiminnalla, asumispalveluilla ja vertaistuellalla. Päihdeongelmaiset hakevat apua myös yleisistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Lisäksi osa päihdeongelmaisista ja heidän läheisistään hakee apua vertaistuesta, kuten AA-ryhmistä. Suuremmissa kunnissa on yleensä monipuolisia avo- ja laitoshuollon erityispalveluja. Pienemmissä kunnissa on pääasiassa tarjolla sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa annettavia palveluja, joita täydennetään tarvittaessa ostopalveluilla. (Valtiovarainministeriö 2014.) Päihdehuoltolain (41/1986) mukaan kunnan tulee järjestää päihdepalvelut kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Kunnat voivat järjestää palvelut itse tai ostaa muiden tuottamia palveluja. Päihdepalvelut voivat olla joko sosiaali- tai terveydenhuollon palveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja säätelevät erilaiset lait, mistä syystä toimintaa muun muassa tilastoidaan eri tavoin. (THL, Päihdetilastollinen vuosikirja 2017, 37.)

Avopalvelut tarkoittavat sitä, että alkoholi-ongelmainen hakeutuu yleensä päivystyksellisesti itse palveluihin. Avopalveluja ovat mm. tilannearvio, keskustelutuki, ohjaus ja neuvonta sekä ammatillinen konsultaatio. Avokuntoutus, laituskuntoutus, opiaattikorvaushoito, jalkautuvat palvelut, kriisityö, päivä- ja ryhmätoiminnat.

Kuntouttavaan hoitoon lähetteen saa terveyskeskuksesta, sosiaalitoimistosta, A-klinikalta, tai lähettävästä yksiköstä. Laituskuntoutus, soveltuu jos avohoidon palvelut eivät ole vieroitushoidon jälkeen riittäviä tai tarkoituksenmukaisia päihdeiden käyttö altistaa välittömään hengenvaaraan tai jolle arjen sosiaalinen ympäristö aiheuttaa välittömän retkahduksen riski.

Potilaan päihdeongelma arvioidaan perusteellisesti ja potilasta tuetaan hoitoon, mielenterveytyön ja sosiaalityön keinoin.

Palveluasumisyksiköt ovat tukiasuntoja tai hoitokoteja asunnottomille tai henkilöille joilla on heikentynyt toimintakyky. Asumismuoto voi olla päihteetön tai päihteiden käytön salliva.

Ensisuojat ovat päihdeongelmaisten väliaikaisia majoituspaikkoja, joissa on mahdollisuus yöpyä päihtyneenäkin. (Terveysportti. Sairaanhoidajan tietokannat.)

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyöstä

Opinnäytetyön aihe tuntui ensin helpolta johtuen siitä, että olen itse ollut aiheesta aina kiinnostunut ja näin ollen en kokenut tiedonhakemista ja lukemista missään vaiheessa työläänä. Haasteita toi aiheen rajaaminen ja tiedonhakeminen. Kirjallisuuskatsaus on jotain josta olen joskus kuullut mutta en sen enempää tiennyt, mitä se tarkoittaa opinnäytetyön toteuttamisena.

Halusin koota opinnäytetyöhöni ensin yleisesti päihteistä ja niiden vaikutuksista, tässä vaiheessa jouduin tekemään rajausta, mitä päihteitä valitsen työhöni. Alkoholiksi oli päivänselvä valinta ja sen lisäksi otin kolme yleisimmin käytettyä huumetta Suomessa. Etenkin Buprenorfiinin käsitteleminen opinnäytetyössäni tuntui tärkeälle, sillä sen yleisyys on kasvanut jatkuvasti ja tällä hetkellä tiedetään että se on huumeuolemista Suomessa isossa roolissa. Buprenorfiinin lisäksi kannabis on paljon käytetty ja kolmanneksi valitsin amfetamiinin.

Olen määritellyt ensin opinnäytetyössäni päihteet ja riippuvuuden yleisesti, mitä ne ovat ja miten ne syntyvät. Seuraavaksi perehdyn päihderiippuvuuteen ja sen eri selitysmalleja. Riippuvuus on sanana jo hyvin negatiivissävytteinen, silloinkin kun se liittyy johonkin muuten hyväksyttävään asiaan kuten työhön, urheiluun tai terveellisiin elämäntapoihin.

Tutkimusten mukaan riippuvuutta on vaikea hallita tietoisien minuiden keinoin. Päihderiippuvuutta pidetään biokemialliseen muutostilaan perustuvana sairautena, jonka syntymekanismi on edelleen epäselvä. Miksi se sitten kehittyy joillekin ihmisille ja toiset taas kykenevät hallitsemaan esimerkiksi alkoholinkäyttöään.

Sairaanhoidajan tulee tietää, mitkä sairaudet tai oireet voivat viitata alkoholin tai huumeiden ongelmakäyttöön jos sellaista on syytä epäillä. Kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että usein päihteiden ongelmakäyttäjät hakeutuvat terveydenhoidon piiriin jonkin muun sairauden tai vaivan takia. Moniin muihin maihin verrattuna suomessa korostuu alkoholin raju kertakäyttö

haittoineen. Ylipäättään päihteiden riski- ja liikakulutus on suomalaisessa yhteiskunnassa yleistä kietoutuen yhteen monen muun yhteiskunnallisen ilmiön kuten mielenterveysongelmien ja taloudellisten ongelmien kanssa.

Käypä hoito suositusten taulukon mukaan voidaan huomata, että sairauksien ja oireiden kirjo on erittäin laaja aina masennuksesta syöpäsairauksiin. Hoitajan on näissä tilanteissa tärkeää kartoittaa asiakkaan tilanne käyttämällä esim. Audit - testiä, tutkimusten mukaan on tosin todettu että ihmiset vähättelevät juomistaan tässä testissä. Ja se tekee tilanteesta haasteellisen, tämän takia puheeksi ottaminen on tärkeää.

Mitä aiemmin päihdeongelmat tunnistetaan sitä helpompi päihderiippuvaisen on itse muuttaa käyttäytymistään niin ettei käytöstä tule ongelmia. Mini-interventiolla eli lyhytneuvonnalla on todettu olevan hyviä vaikutuksia henkilöihin, jotka juovat suhteellisen harvoin mutta humalahakuisesti. Myös motivoiva haastattelu on tärkeä työväline päihdeasiakkaiden kanssa työskennellessä.

Päihteistä yleisin on alkoholi ja näin ollen se myös aiheuttaa eniten terveydenhoitokustannuksia valtiolle kun verrataan muihin päihteisiin. Alkoholin ongelmakäyttö voi olla monenlaista, puhutaan A - ja B - luokan alkoholismista, lisäksi on gamma- ja delta alkoholiriippuvaisia. Riippuvuuteen vaikuttaa osaltaan tutkimusten mukaan geenit. Suomalaisilla on todettu olevan humalahakuinen juomatapa, meillä on myös suurempi kuolleisuus alkoholimyrkytyksiin kuin muualla Euroopan maissa.

Huumausaineista tällä hetkellä suomen markkinoilla käytetyimpiä ovat kannabis, amfetamiini ja buprenorfiini joka tunnetaan paremmin opioidi korvaushoitolääkkeenä. Näiden vaikutukset ja niistä aiheutuvat haitat vaihtelevat käytetyn aineen mukaan. 80 %:lla päihdeongelmallisista on oheissairautena jokin mielenterveyshäiriö.

Huumausaineiden käyttö ei välttämättä näy päällepäin, etenkin käytön alkuvaiheessa ja siksi hoitohenkilökuntaa olisi tärkeää kouluttaa tunnistamaan eri merkkejä päihteiden käytöstä. Mielestäni avoin kysyminen asiakkaalta antaa tilaisuuden mahdolliselle keskustelulle päihteiden käytöstä, kaikki asiakkaat eivät ehkä itse uskalla tai osaa ottaa asiaa puheeksi. Päihteiden käytöstä tunne-

taan häpeää ja syyllisyyttä, pelätään leimautumista. Siksi ehdoton luottamus hoitajan ja asiakkaan välillä on välttämätöntä tämän kaltaisissa hoitosuhteissa. Hoitajan tulisi kyetä antamaan vaikutelma, että hänelle voi uskoutua vaikeissakin asioissa.

Päihdeasiakkaiden kohtaamisessa hoitajan tulisi olla ammatillisen asiallinen, mutta samalla myös empaattinen, johdonmukainen, kärsivällinen ja luotettava. Päihtyneeseen tulee suhtautua asiallisesti, häntä tulee kohdella ymmärtävästi silloinkin kun hän tulee toistuvasti saman ongelman vuoksi vastaanotolle. Asiakkaalla on aina oikeus hoitoon pääsyyn, tärkeintä on hänen oma motivaationsa, joka voi vaihdella suurestikin.

On tärkeää tiedostaa, että ymmärtäessään asiakkaan päihderiippuvuutta ei se tarkoita että hoitaja hyväksyisi nämä riippuvuudet.

Terveystieteiden ammattilaiset kokevat usein olevansa voimattomia kohdatessaan päihdeasiakkaita, tämä johtuu varmaankin ennakkoluuloista, pelosta, kun ei uskalleta tai haluta ottaa asiaa esille. Mietitään miten tulisi puuttua asiakkaan ongelmaan ja mitä häneltä voi kysyä ilman että loukkaa toista. Toisaalta taas selkeästi päihtyneet asiakkaat halutaan vain hoitaa pian kuntoon jotta ei tarvitsisi kestää sitä pahalle haisevaa ja mahdollisesti möykkäävää tapausta joka tuskin ottaisi mitään järkipuhetta vastaan siinä mielentilassa.

Edelleenkin alkoholismia ei täysin mielletä sairaudeksi sairauksien joukossa koska onhan se itse aiheutettu, mutta niin on usein myös COPD, kakkostyyppin diabetes, verenpainetauti, jne.. ja silti kukaan ei kyseenalaista niiden hoitamista.

10.2 Opinnäytetyön luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, joten luotettavuusongelma ilmenee lähinnä tiedonhaun kautta. Tiedonhaku on tehty käyttämällä luotettavia ja tunnettuja lähteitä, huomiota on kiinnitetty lähteiden julkaisuajankohtaan jotta tieto olisi mahdollisimman ajankohtaista. Myös liiallista tiedon päällekkäisyyttä ja asioiden toistoa on pyritty rajaamaan, mikä tuotti jonkin verran ongelmia.

Aihe tuntui ensin helpolta, mutta työstämisenvaiheessa oli hankalaa rajata, mitä asioita tulisi käsitellä työssä ja mitä jättää pois, lähes kaikki tieto tuntui yhtä tärkeältä ja olennaiselta.

Eettiset näkökulmat on huomioitu opinnäytetyön eri vaiheissa eikä niissä ilmennyt ongelmia johtuen opinnäytetyön tekotavasta.

10.3 Opinnäytetyön jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimuksia olisi tähän aiheeseen liittyen vaikka miten paljon. Olisi mielenkiintoista perehtyä esimerkiksi päihteiden käyttäjistä vanhusten, nuorten tai vammaisten päihteiden käyttöön ja niihin liittyviin erityispiirteisiin. Näiden lisäksi lääkkeiden ja alkoholin tahallinen tai tahaton sekakäyttö olisi kiinnostava aihe. Mielestäni myös buprenorfiinin käytöstä Suomessa olisi aiheellista tehdä laajempi tutkimus. Myös mielenterveysongelmat ja niihin liittyvät päihdeongelmat on aina ajankohtainen asia.

LÄHTEET

- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas
Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. C, Katsauk-
sia ja aineistoja 17. Verkkojulkaisuna:
<http://www.diak.fi/opiskelu/opinnaytetyo/Documents/Kohti%20tutkivaa%20ammattikäytänöö.pdf>.
- Duodecim 2017;133:34–42 Kauhanen Jussi ja Tiihonen Jari. Viitattu 1.5.2017
<http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/pdf1>
- Hietaharju, Päivi; Nuutila, Mervi.2015. Käytännön mielenterveystyö. Sanoma-
pro.
- Holmberg, Jan.2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Edita Prima Oy.
- Holmberg, Jan.2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Otavan kirja-
paino Oy.
- Holmberg, Jan; Partanen, Airi; Inkinen, Maria; Kurki, Marjo; Salo-Chydenius,
Sisko. 2015. Päihdehoitotyö. Sanoma Pro Oy.
- Käypähoito, suositukset, alkoholiongelmaisen hoito.viitattu2.5.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>
- Käypähoito, suositukset, huumeongelmaisen hoito. viitattu 21.6.2017
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>
- Lääkärilehti 7/2010 vks 65, Airaksinen, Timo. s.572–573 .Viitattu 1.5.2017
<http://www.laakarilehti.fi.anna.diak.fi:2048/ajassa/nakokulmat/hoidon-etiikka-ei-saa-horjua-juoppojen-kohdalla/>
- Lääkärilehti 46/2012 vks 67, Mäkelä, Rauno. s.3374–3375. Viitattu 1.5.2017
<http://www.laakarilehti.fi.anna.diak.fi:2048/ajassa/keskustelua/alkoholi-ongelmien-hoitoetiikka-kaipaa-remonttia/>
- Lääkärilehti 25–32/2013 vks 68, Mäkelä, Rauno.s.1915–1917.Viitattu 5.5.2017
<http://www.laakarilehti.fi.anna.diak.fi:2048/tyossa/etiikka/alkoholion-gelmien-hoidon-etiikka/>
- Lääkärilehti 21/2015 vks 70. Castrén, Sari; Pakkanen, Anna-Maija; Alho, Hannu
<http://www.laakarilehti.fi.anna.diak.fi:2048/tieteessa/katsausartikkeli/alkoholin-ongelmakayton-tunnistaminen-ja-hoito/> Viitattu 5.5.2017

- Peltoniemi, Teuvo (toim.).2013. Pääasiana alkoholi; käyttö, haitat, politiikka nyt ja 2040. Lönnberg paino
- Päihdelinkki, Buprenorfiini päihdekäytössä. Viitattu 1.6.2017
<https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/buprenorfiini-paihdekaytossa>
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa; Vaasan yliopisto. Viitattu 14.4.2017.
- Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 1.5.2017
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=
Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja lyhytneuvonta 25.11.2015.
Petri Kylmänen
- Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 1.5.2017
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=
Alkoholivieroitustilan hoito.6.3.2015.Petri Kylmänen.
- Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 2.6.2017
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=
Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Lääkärikirja Duodecim.18.10.2016.
Matti Huttunen.
- Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 2.6.2017
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=
Alkoholinkäyttö. Sairauksien ehkäisy.19.1.2009. Kari Poikolainen.
- Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 2.6.2017
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=
Tietoa potilaalle: Juoppohulluus. Lääkärikirja Duodecim17.10.2016.
Matti Huttunen.
- Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 20.5.2017
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=
Päihteiden käytön tunnistaminen.31.10.2014. Jan Holmberg
- Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat. Viitattu 3.6.2017
http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/shk/koti?p_haku=
Päihteitä käyttävän potilaan erityispalvelut6.3.2015 Petri Kylmänen

Terveysportti, lääkärin tietokannat. Viitattu 20.5.2017

http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=

Huumeongelmaisen hoito.1.10.2016. Kaarlo Simojoki.

Terveysportti, lääkärin tietokannat. Viitattu 20.5.2017

http://www.terveysportti.fi.anna.diak.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=

Huumeongelmaisen hoito. Käyvän hoidon potilasversiot 10.3.2006.

Tellervo Aho, Mikko Salaspuro ja Annikki Savolainen.

THL.Viitattu 1.7.2017 [https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-](https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut)

[riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut](https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut)

THL, Päihdetilastollinen vuosikirja 2016, Alkoholi ja huumeet. Viitattu 1.7.2017

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%C3%A4ihde>

[tilastollinen%20vuosikirja%202016_verkko.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131756/P%C3%A4ihde)

THL. Viitattu 1.7.2017 [https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-](https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-ja-terveys/alkoholi-)

[riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-ja-terveys/alkoholi-](https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-ja-terveys/alkoholi-)

[aivot-ja-hermosto](https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholihaitat/alkoholi-ja-terveys/alkoholi-)

THL. Viitattu 13.7.2017 <https://www.thl.fi/documents/732587/741891/Audit.pdf>

THL Warpenius, Katariina; Holmila, Marja; Tigersted, Christoffer. Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle.

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE201

[3_014_verkko.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE201)

Tekijä(t), Nimi, julkaisu	Tietokanta	Otsikko	Opinnäytetyön kannalta merkittävimmät havainnot
Holmberg, Jan. Päihdehoitotyönkirja. 2010. Edita Prima Oy.	Diana	Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan	Päihderiippuvuus aiheuttaa hämmennystä sekä tunteiden säätelyn ongelmia. Ongelmia tuo myös hoitajan omat pelot, ennakkoluulot ja ristiriidat hoitotilanteissa. Haasteita tuo asiakkaan oma suhtautuminen hoitoonsa, ottaako hän hoidettavan vai pelkääntään palveluja käyttävän roolin.
Partanen, Airi; Holmberg, Jan; Inkinen, Mario; Kurki, Marjo, Salo-Chydenius, Sisko. Päihdehoitotyönkirja. 2015. SanomaPro.	Diana	Päihdehoitotyö	Länsimaisessa yhteiskunnassa syrjäytyntä, kielteisestä riippuvuudesta kärsiviä ihmisiä pidetään heikommassa asemassa olevina. Sairaanhoidajan asennoituminen tulisi olla neutraali, positiivinen, vastaanottava, hyväksyvä ja ymmärtävä.
Mäkelä, Rauno. Artikkelikeli alkoholiongelmienv hoitoetiikasta. Lääkäri-lehti 46/2012.	Medic	Alkoholiongelmienv hoito etiikka kaipaa remonttia.	Alkoholiriippuvaisen autonomiakyky on ainakin päihtymys- ja vieroitusvaiheessa alentunut päihdekontrollin osalta. Alkoholiriippuvaiset ovat täysivaltaisia kansalaisia, joiden aivoihin alkoholi on aiheuttanut toimintahäiriön.
Airaksinen, Timo. Artikkelikeli hoidon etiikasta alkoholistien kohdalla. Lääkäri-lehti 7/2010.	Medic	Hoidon etiikka ei horjua juoppojen kohdalla.	Hoitoammateissa toimivien on kyettävä jättämään väärät asenteet pois kohdatessaan alkoholisteja työssään. Näitä ovat holhoaminen, aggressiot ja paheksunta.

<p>Mäkelä, Rauno. Artikkelikeli alkoholiongelmien hoidon etiikasta. Lääkärilehti 25–32/2013.</p>	<p>Medic</p>	<p>Alkoholiongelmien hoidon etiikka.</p>	<p>Alkoholin pidempiaikainen käyttö heikentää itsemääräämiskykyä niin että omaehtoinen hoitoon hakeutuminen viivästyy tai hoitoon sitoutuminen jää kesken. Tällöin vaarana ovat että hoitopaikka tai potilaan omaiset tulkitsevat sairauden oireisiin kuuluvan itsemääräämiskyvyyttömyyden tietoiseksi ja tahdonalaiseksi hoitohaluttomuudeksi. Mitä enemmän itsekontrolli on epäkunnossa, sitä enemmän tarvitaan tueksi ulkoista kontrollia.</p>
<p>Castren, Sari; Pakkanen, Anna-Maija; Alho, Hannu. Artikkelikeli alkoholiongelman tunnistamisesta ja hoidosta. Lääkärilehti 21/2015.</p>	<p>Medic</p>	<p>Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito</p>	<p>Alkoholin käytön vähentämisen tai siitä luopumisen tärkein edellytys on potilaan oma motivaatio muutokseen. On hyvä muistaa, että motivaatio ei ole potilaan ominaisuus, vaan pikemminkin vaihteleva muutosvalmius. Potilaan muutosmotivaatio vahvistuu, kun hän kokee muutoksen sekä tärkeäksi että mahdolliseksi.</p>
<p>Peltoniemi, Teuvo (toim.), Pääasiana alkoholi; käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Lönnberg Painot Oy. 2013</p>	<p>Diana</p>	<p>Alkoholiriippuvuuden biologiset taustatekijät, alkoholi terveysriskinä, terveydenhuollon päihdetyö tulevaisuudessa</p>	
<p>Melinda, Terveysportti. v. 2009- 2016 julkaistuja. Useita kirjoittajia.</p>	<p>Melinda, Terveysportti, sairaanhoitajan tietokannat lääkärin tietokannat</p>	<p>Alkoholin riskikäyttäjän tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Alkoholivieroitustilan hoito. Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). Alkoholinkäyttö. Sairauksien ehkäisy. Tietoa potilaalle: Juoppohulluus. Päihdeiden käytön tunnistaminen.</p>	<p>Päihteisiin liittyvää tietoutta, psyykkiset ja fyysiset oireet, vieroitusoireet, hoito.</p>

		Huumeongelman hoito	
Hietalahti, Anne; Niinivaara, Kristiina; Koivunen, Virpi Bupnerfoniini päihdekäytössä, Päihdelinkki. 2015	Google	Bupnerfoniini päihdekäytössä	Bupnerfoniini, sen käyttö ja vaikutukset
THL, alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. 2014–2016.	Google	Alkoholi, aivot ja hermosto	Alkoholin vaikutuksia aivoihin ja hermostoon. Alkoholin kulutus
Käypähoito suositukset	Google	alkoholiongelman hoito Huumeongelman hoito	Yleisesti oireet, vieroitusoireet, sairaudet, lääkitys ja hoitomahdollisuudet
Kauhanen, Jari; Tiihonen, Jussi. Duodecim 1/2017.	Duodecim	Huumeiden terveysrisikit suomessa, voiko niitä hallita.	Bupnerfoniinin yleisyys suomessa. Huumekuolemat.
Hietaharju, Päivi; Nuuttila, Mervi. Mielenlenterveystyön kirja. 2015. SanomaPro	Diana	Käytännön mielenlenterveystyö	Päihde on yleisnimitys kaikille kemiallisille aineille. Ne aiheuttavat väliaikaisia muutoksia ihmisen havainnointiin, mielialaan, tietoisuuteen tai käyttökseen
Holmberg, Jan; Mielenlenterveys- ja päihdehoitotyönkirja. 2016. Otavan kirjapaino	Diana	Hoitajana mielenlenterveys- ja päihdetyössä	Asiakkaan on tärkeää tulla ymmärretyksi. Valintojen perustelemisen ja luotettavat ovat tärkeitä asioita hoitosuhteessa.