



Kaksoisdiagnoosin hoitotyön psykososiaaliset menetelmät

Opetusmateriaalia sairaanhoitajaopiskelijoille

Jenni Hartikainen
Elisa Ijäs
Miisa Joki

OPINNÄYTETYÖ
Tammikuu 2024

Sairaanhoitajan tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

HARTIKAINEN JENNI, IJÄS ELISA & JOKI MIISA
Kaksoisdiagnoosin hoitotyön psykososiaaliset menetelmät
Opetusmateriaalia sairaanhoitajaopiskelijoille

Opinnäytetyö 68 sivua, joista liitteitä 15 sivua
Tammikuu 2024

Opinnäytetyössä käsitellään kaksoisdiagnoosia ja sen tunnistamista, sekä miten kaksoisdiagnoosi otetaan puheeksi ja miten sitä hoidetaan. Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan monihäiriöisyyttä, jossa esiintyy samanaikaisesti päihdehäiriö, sekä jokin muu mielenterveydenhäiriö. Kaksoisdiagnoosin hoitotyössä hoidetaan sekä päihdeongelmaa, että psykiatrista häiriötä.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opetusmateriaalia Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön kolmannen vuoden vaihtoehtoiseen ammattiopintoihin. Opettaja voi hyödyntää materiaalia opettaessaan mielenterveyshäiriöiden tai päihdehäiriöiden puheeksi ottamista ja tunnistamista. Hoitotyössä keskitytään vain lääkkeettömiin menetelmiin. Tarkoituksena on luoda tapausesimerkki, jonka avulla opiskelijat saavat ryhmissä pohtia miten toimisivat esimerkkiä vastaavan potilaan kanssa tosielämässä.

Kaksoisdiagnoosin hoitotyössä korostuu molempien ongelmien yhtäaikainen hoito, sekä potilaan hoitoon sitouttaminen ja motivoiminen. Päihde- tai mielenterveyshäiriöiden tunnistamiseksi on jo olemassa monia kyselyseuloja ja esimerkiksi kuutio-arviointimalli on luotu juuri kaksoisdiagnoosin seulomista varten.

Asiasanat: päihdeongelmat, mielenterveysongelmat, kaksoisdiagnoosi, hoitotyö

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Bachelor of healthcare
Nursing studies

HARTIKAINEN JENNI, IJÄS ELISA & JOKI MIISA
Dual diagnosis care and its psychosocial methods -
Teaching material for nursing students

Bachelor's thesis 68 pages, appendices 15 pages
January 2024

In this bachelor's thesis we talk about dual diagnosis: how to recognize it, how to bring it up, and how to treat it. Dual diagnosis is a condition, in which a person abuses drugs and/or alcohol and has an existing mental disorder. A key characteristic of dual diagnosis is that one issue has not caused the other. In dual diagnosis, mental health and a substance abuse problem are treated at the same time.

Our bachelor's thesis' purpose is to create teaching material on mental health and substance abuse for the nurses in their 3rd year elective studies at Tampere's university of applied sciences. Teachers can use the material on how to identify and bring up mental health and substance abuse problems. As a functional part of our thesis, we make an example case that adapts to real life. This case will help students to learn how to identify and treat dual diagnosis.

Dual diagnosis care focuses on taking care of both problems simultaneously and figuring out ways to motivate the patient during the healing progress. There are already many questionnaires to recognize mental health and drug abuse problems, but these questionnaires alone are not indicators for a diagnosis. However, they can be used as a guide for the interview, and for an example, a cube assessment is specifically designed to recognize dual diagnosis.

Key words: dual diagnosis, drug abuse, alcohol abuse, mental health problems, care

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1	Kaksoisdiagnoosi	7
2.2	Yleistä mielenterveysongelmista	7
2.3	Päihteiden vaikutus mielenterveyteen	8
2.4	Erotusdiagnoosi	9
2.4.1.	PRISM- haastattelu	10
2.4.2	Kuutio- arviointimalli	10
2.4.3	Muita seuloja	13
2.5	Kaksoisdiagnoosin hoidon periaatteet	14
2.5.1	Jaksottainen, rinnakkainen ja integroitu hoitomalli	15
2.6	Psykososiaaliset hoitomenetelmät	16
2.6.1	Psykoedukaatio	16
2.6.2	Lyhytterapia	19
2.6.3	Psykodynaaminen terapia	19
2.6.4	Käyttäytymisterapia	20
2.6.5	Korvaushoito	21
2.6.6	Palkkiohoito	22
2.6.7	Kahdentoista askeleen hoito	23
2.6.8	Sosiaalinen kuntoutus	24
2.6.9	Läheisten merkitys osana päihderiippuvaisen hoitoa	24
2.7	Mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksi ottaminen ja puuttuminen	25
2.7.1	Itsetuhoisuuteen puuttuminen ja puheeksi otto	28
2.7.2	Motivoiva haastattelu	29
2.7.3	Mini- interventio	30
2.7.4	Muutosvaihemalli	31
2.8	Hoidon kulku	33
2.8.1	Hoitopaikkaan siirtyminen	34
2.8.2	Päihdepsykiatriset potilaat päivystyksessä	35
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	37
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	38
4.1	Toiminnallinen opinnäytetyö	38
4.2	Tuotoksen kuvaus	38
4.3	Opetussuunnitelma	39
4.4	Case -työskentely	40

4.5 Tuotoksen rakentaminen.....	41
4.5.1 Tapausesimerkin rakentaminen.....	41
4.5.2 Opettajan käsikirjan rakentaminen	42
5. POHDINTA	43
5.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	43
5.2 Opinnäytetyön prosessi.....	43
5.3 Kehittämissuhteet.....	45
LÄHTEET	46
KUVAOTSIKKOLUETTELO.....	52
LIITTEET	1
Liite 1. Tapausesimerkki	1
Liite 2. Opettajan materiaali	1

1 JOHDANTO

Teemme opinnäytetyömme kaksoisdiagnoosin hoidosta ja tunnistamisesta. Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opetusmateriaalia kaksoisdiagnoosi potilaan hoidosta Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön kolmannen vuoden vaihtoehtoisten ammattiopintojen opetukseen. Haluamme luoda aiheesta tapausesimerkin, jota voidaan hyödyntää sairaanhoitajakoulutuksen opinnoissa. Tapausesimerkillä haluamme saada opiskelijat pohtimaan miten he hoitaisivat kaksoisdiagnoosin saanutta potilasta ja miten he selvittäisivät mahdollisten päihdeongelmien tai mielenterveysongelmien olemassaolon.

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan monihäiriöisyyttä, jossa esiintyy samanaikaisesti päihdeongelma sekä mielenterveydenhäiriö. Kaksoisdiagnoosit ovat Suomessa yleisiä, sillä alkoholiongelmasta kärsii jopa noin 40% elämänsä aikana. Myös noin 30%:lla psykiatrisista potilaista on jossain vaiheessa todettu päihdeongelma. Kaksoisdiagnoosin hoitotyössä hoidetaan sekä päihdeongelmaa, että psykiatrista häiriötä. Psykososiaaliset hoitomenetelmät eli lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon perusta. Hoitoa toteutetaan aina joko rinnakkaisena, jaksottaisena tai integroituna. Tärkeimpiä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat muun muassa motivoiva haastattelu, perheinterventiot, erilaiset terapiamuodot, retkahduksen ehkäisy, sosiaalisten taitojen harjoittelu, yhteisö vahvistusohjelma sekä kahdentoista askeleen hoidot. (Aalto N.D.; Lindroos & Lotvonen 2015; Mäkelä & Niemelä 2015.)

Aihe kiinnostaa meitä, sillä olimme jo aiemmin tutustuneet mielenterveyshäiriöiden ja päihteidenkäytön yhteyteen keskivaiheen mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintojaksolla. Meidän mielestämme sairaanhoitajaopinnoissa kaksoisdiagnoosista opettaminen jää vähäiseksi, vaikka aihe on tärkeä ja potilaita tulee vastaan hoitotyössä väistämättä. Haluamme siis syventyä vielä paremmin päihde- ja mielenterveyshäiriöiden yhteishoitoon.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Aluksi kerromme mielenterveyden ja päihdeongelmien yhteydestä toisiinsa. Opinnäytetyössämme käsittelemme yleisesti mielenterveyshäiriöitä. Päihteidenkäytöllä tarkoitamme lähinnä alkoholin ja huumeiden käyttäjiä. Lopuksi tarkastelemme työssämme kaksoisdiagnoosin hoitotyön psykososiaalisia menetelmiä, eli lääkkeettömiä hoitomenetelmiä, sekä puheeksi ottoa sekä potilaan hoitopolkua.

2.1 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan monihäiriöisyyttä, jossa potilaalla esiintyy samanaikaisesti päihdeongelma sekä joku muu mielenterveydenhäiriö. Tupakointi rajataan kaksoisdiagnoosin ulkopuolelle. Kaksoisdiagnoosit ovat yleisiä, sillä alkoholiongelmaisista jopa noin 40%:lla on elämänsä aikana jokin päihteistä riippumaton psykiatrinen häiriö ja huumeongelmaisilla prosentti on vielä suurempi. Myös psykiatrisilla potilailla noin 30%:lla on jossain vaiheessa todettu päihdeongelma. Prosentti vaihtelee kuitenkin riippuen psykiatrisesta häiriöstä, esimerkiksi puolella kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai skitsofreniaa sairastavista on todennäköisesti päihdeongelma. (Aalto N.D.; Aalto 2007.)

2.2 Yleistä mielenterveysongelmista

Mielenterveyshäiriöillä tarkoitetaan muun muassa masennusta ja ahdistusta. Masennusdiagnoosi edellyttää aina useita oireita samanaikaisesti. Oireita ovat muun muassa vaikeus tuntea mielihyvää, mielialan lasku, toivottomuuden tunne, keskittymisvaikeudet, toimintakyvyn lasku ja aloitekyvyttömyys, sekä muutokset ruokahalussa ja unirytmissä. Noin kuudesosa suomalaisista kärsii jossain vaiheessa masennuksesta elämänsä aikana. Masennuksesta kärsivät kokevat myös usein itsetuhoisia ajatuksia sekä heillä ilmenee myös itsetuhoista käyttäytymistä. (Rutanen 2021; Rovasalo 2022.)

Ahdistuneisuudesta kärsii noin 5% ihmisistä elämänsä jossakin vaiheessa. Ahdistuneisuuden oireita ovat muun muassa hikoilu, jännittyneisyyden tunne, keskittymisvaikeudet, liika murehtiminen, väsymys, vapina, ärtyneisyys, säpsähtely, pahoinvointi, lihasjännitys, hengityksen tai pulssin tihentyminen sekä vaikeus nukahtaa ja pysyä unessa. Ahdistuneisuus usein ilmenee myös itseluottamuksen puutteena, suorituspelkona ja erilaisten onnettomuuksien sekä myöhästymisien pelkona. (Rovasalo 2022.)

Mielenterveyteen vaikuttavat monet eri tekijät, kuten perintötekijät, kasvatus, sosiaalinen verkosto ja tunne- ja sosiaaliset taidot. Niin masennukseen kuin myös ahdistuneisuuteen vaikuttavat lisäksi tietyt luonteen ominaispiirteet. Mielenterveyshäiriöt usein näkyvät jo lapsena ja nuorena jossain määrin, mutta usein vasta aikuisiällä hakeudutaan hoitoon. Masennus voi ilmetä lievänä, keskivaikeana, vaikeana ja psykoottisena masennustilana. (Aalto, Bäckmand, Haravuori, Lönnqvist, Marttunen, Melartin, Partanen, Partonen, Seppä, Suomalainen, Suokas, Suvisaari, Viertiö & Vuorilehto 2009; Rovasalo 2022.)

2.3 Päihteiden vaikutus mielenterveyteen

Päihdeongelmat ovat päihteiden käytöstä aiheutuvia mielenterveydenhäiriöitä, joiden syntyyn vaikuttaa biologiset, sosiaaliset, sekä psykologiset tekijät. Päihteiden vaikutukset voivat olla myönteisiä sekä haitallisia. Myönteiset vaikutukset voivat olla sosiaalisuutta edistäviä ja lääkinnällisiä. Mahdolliset haittavaikutukset taas voivat olla joko psyykkisiä tai ruumiillisia. Käyttö altistaa myös neurologisille sairauksille, kuten psykiatrisille sairauksille, psykoottisille häiriöille, sekä aivoverenkiertohäiriöille. (Aalto 2017.)

Päihteidenkäyttö voi aiheuttaa mielenterveydenhäiriöitä, sekä molempien taustalla voi olla yhteisiä altistavia tekijöitä. Samanaikaisen päihdeongelman ja mielenterveydenhäiriön diagnosointi edellyttää päihteettömän jakson, jotta voidaan sanoa oireiden olevan mielenterveydellisiä. Eräissä Birdin tutkimuksessa löydettiin merkittävä yhteys masennuksen sekä ahdistuksen ja alkoholin, tupakan sekä

kannabiksen välillä. Tupakoinnin nähtiin johtavan todennäköisemmin masennukseen kuin toisin päin. Tutkimuksessa huomattiin myös, että suuri kannabiksen sekä alkoholin käyttö johti todennäköisemmin vakavamman asteen masennukseen. (Bird, Esmaeelzadeh, Moraros & Thrope 2018; Seppänen 2023.)

Päihteidenkäyttö voi altistaa päihdepsykoosille, jonka oireita ovat erilaiset harhailuudet ja aistiharhat. Päihdepsykoosin oireet alkavat joko välittömästi päihteitä käytettäessä tai heti niiden käytön jälkeen, ja ne kestävät pidempään kuin itse päihtymystila. Päihdepsykoosin muodostuminen johtuu päihteen fysiologisista vaikutuksista aivoihin. Päihdepsykoosioireiden ilmaantumiseen vaikuttaa käytetty aine, käytetyn annoksen suuruus, sekä voimakkuus, käytön keston pituus, käyttöväli, että käyttötapa. (Levola, Niemelä & Peltonen 2019; Terveyskylä 2021.)

2.4 Erotusdiagnostiikka

ICD-luokitusjärjestelmä luokittelee mielenterveyden häiriöt primaareihin ja päihteiden aiheuttamiin psykoottisiin häiriöihin. Päihteitä käyttävien psyykkisistä oireista kärsivien potilaiden kaksoisdiagnoosin erotusdiagnostiikka tehdään

1. *kun psyykkiset oireet selittyvät päihteidenkäytön välittömällä vaikutuksella, joita ovat päihtymystila ja vieroitukseen liittyvä oireilu.*
2. *Psyykkiset oireet ovat primäärisiä, eivätkä johdu päihteiden välittömästä vaikutuksesta. Tällöin päihteidenkäyttö voi pahentaa oireilua tai heikentää hoitovastetta, mutta oireilu ei selity kokonaan päihteiden välittömällä vaikutuksella.* (Aalto & Vormo 2013.)

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) IV- luokitusjärjestelmä määrittelee kaksoisdiagnoosin erotusdiagnostiikan kolmeen luokkaan:

1. *primaariseen mielenterveyden häiriöön,*
2. *päihteen aiheuttamaan häiriöön ja*
3. *päihtymyksen tai vieroituksen aiheuttamaan tavanomaisiin oireisiin.* (Aalto & Vormo 2013.)

Primaarinen mielenterveydenhäiriö diagnosoidaan, kun oireet eivät johdu suoraan päihteiden fysiologisista vaikutuksista

1. *kun oireet ovat merkittävästi vaikeampia kuin käytetty päihde aiheuttaisi ottaen huomioon päihteen käyttömäärän ja käytön keston.*
2. *aikaisempi oireilu, johon ei ole liittynyt päihteidenkäyttöä.*
3. *oireet ovat alkaneet ennen päihteiden käyttöä.*
4. *Oireilu jatkuu riittävän pitkään (vähintään kuukauden) päihteidenkäytön ja vieroitusoireiden loppumisen jälkeen. (Aalto & Vormo 2013.)*

Kaksoisdiagnoosin tunnistaminen ja erotusdiagnoosiin tekeminen on vaativaa ja vie paljon aikaa. Lisäksi tarvitaan jatkuvaa arviointia diagnoosin varmentamiseksi. Myös taudinkuva saattaa muuttua pidemmällä aikavälillä, joka tekee diagnoosiin tekemisestä haastavaa. (Aalto & Vormo 2013.)

2.4.1. PRISM- haastattelu

PRISM- haastattelun (psychiatric research interview for substance and mental disorders) avulla voidaan erottaa primaarin häiriön, päihteiden aiheuttaman häiriön ja päihtymyksen tai vieroituksen aiheuttamien tavanomaisten oireiden vaikutukset toisistaan. PRISM:n avulla jokainen psyykinen oire voidaan arvioida erikseen, johtuuko jokin oire päihteen tai onko kyseessä sittenkin päihtymyksen tai vieroituksen aiheuttama tavanomainen oire. (Aalto & Vormo 2013.)

PRISM- haastatteluun kuuluu, että kysytään yleiset esitiedot ja potilaan perusteellinen hoitohistoria. Jonka jälkeen kerätään yksityiskohtainen päihteidenkäytön anamneesi ja piirretään siitä aikajana, jossa kuvastuu koko elämä sekä viimeiset 12 kuukautta. Aikajanoista nähdään, mitä päihteitä potilas on käyttänyt ja milloin. Aikajanoja käytetään myös myöhemmin haastattelussa, kun arvioidaan aiheuttaako päihteidenkäyttö tietyn psyykkisen oireen. (Aalto & Vormo 2013.)

2.4.2 Kuutio- arviointimalli

Samanaikaisen mielenterveyshäiriön ja päihdeongelman arvioimiseksi ei ole ollut aiemmin oikeastaan seulontamittareita, joten sitä varten kehitettiin kuutio -arviointimalli 2007. Sen tarkoitus on arvioida kokonaisongelmaa niin, että mielenterveyshäiriö, toimintakyky ja päihdeongelman vaikeusaste luokitellaan joko vaikeasteiseen tai lievään. Kukin näistä osa-alueista pisteytetään niin, että vaikeasteinen häiriön osa-alue tuottaa pisteen ja lievä nolla pistettä. Mitä enemmän pisteitä, sitä hankalampi kokonaistilanne. Mielenterveyshäiriö määritellään psykoottisena häiriönä tai muuna kuin psykoottisena häiriönä, jossa psykoottisesta häiriöstä saa yhden pisteen ja muusta kuin psykoottisesta häiriöstä nolla pistettä. Mielenterveyshäiriön arviointi tehdään esim. ICD-10-luokituksen mukaisesti mielenterveyden häiriöryhmien perusteella. (Kampman & Lassila 2007; Kampman ym. 2013.)

Päihdeongelman seulonta tehdään AUDIT-kyselyn perusteella. Tätä kyselyä käsittelemme tarkemmin alempana kohdassa 2.3.2., mutta jos kyselyn vastauksista saa 11 pistettä tai enemmän tai, jos on käyttänyt muita päihteitä edes kerran viime vuoden aikana, tehdään kuutio -arviointi. Toimintakykyä arvioidaan yleisen toimintakykyasteikon (Global Assessment of Functioning, GAF) perusteella. Jos yleinen toimintakyky on yli 50 pistettä, saa kuutio -arvioinnista nolla pistettä, ja jos pisteitä on enintään 50, saa yhden pisteen. 50–41 pistettä saadessaan otetaan huomioon vaikeat oireet, esimerkiksi itsetuhoiset ajatukset, vaikeat pakko-toiminnot, toistuvat myymälävarkaudet, tai jokin muu vakava toimintakyvyn lasku sosiaalisesti, ammatillisesti tai koulussa selviytymisessä. (Kampman & Lassila 2007.)

Kaksoisdiagnoosipotilaan Kuutioarvioinnin osa-alueiden pisteytys.
Kukin osa-alue arvioidaan viimeisen kuukauden ajalta.

Arvioinnin osa-alue	0 pistettä: kriteerit	1 piste: kriteerit
Mielenterveys-häiriö	Muu kuin psykoottinen häiriö (depressio, ahdistuneisuushäiriö, persoonallisuushäiriö, näiden yhdistelmät)	Psykoottinen häiriö (skitsofrenia, bipolaarihäiriö, muu)
Päihdeongelma ¹	A. Enintään yksi käytettävä päihde B. Enintään riippuvuustason ongelma (ja käyttö enintään 3 pv/viikko) C. Ongelman ajallinen kesto enintään 2 vuotta	Päihdeongelma ei täytä kriteerejä A-C, vaan on vaikea-asteisempi
Toimintakyky	Yleinen toimintakyky (GAF) yli 50 pistettä	GAF enintään 50 pistettä ²

¹Päihdeongelman seulonta tapahtuu AUDIT-kyselellä. Jos AUDIT tuottaa vähintään 11 pistettä, jatketaan arviointia tämän mallin mukaan. Muiden päihteiden kuin alkoholin osalta Kuutioarviointiin johtaa yksikin käyttökerta viimeisen vuoden ajalta, vaikka AUDIT-kyseleyn pistemäärä olisi alle 11.

²Luokka 50-41: vaikeita oireita (esim. itsetuhoajatuksia, vaikeita pakkotoimintoja, toistuvia myymälivarkauksia) TAI jokin vakava toimintakyvyn lasku sosiaalisessa, ammatillisessa tai koulussa sekritymisessä (esim. ei ollenkaan ystäviä, lyvyttömyys säilyttää työpaikka).

Taulukko 1: Kuutioarvioinnin osa-alueiden pisteytys. (Kampman & Lassila. 2007: 4450)

Esimerkiksi psykoottinen häiriö + huono toimintakyky + vaikea päihdeongelma tuovat arvioinnissa kolme pistettä. Mallin avulla päihdepsykiatriset potilaat pystytään jakamaan vaikeusasteen mukaan. Mallin mukana on myös suositus hoidon porrastuksesta. Kokonaispistemäärä voi siis olla välillä 0-3 ja jos kuutiosta saadaan 0-1 pistettä voidaan lievissä tapauksissa käyttää hoitointerventiona mini-interventiota ja tarvittaessa motivoivaa haastattelua. Jos kuutiosta saadaan 2-3 pistettä voidaan keskivaikeissa ja vaikeissa tapauksissa hoitointerventiona käyttää motivoivaa haastattelua ja tarvittaessa yhteisövahvistusmallia (Kampman & Lassila 2007; Kampman ym. 2013.)

Kuutio- arviointimallilla voidaan myös määrittää missä hoitoa olisi hyvä antaa. Lievä psykiatrisen häiriö ja lievä päihdeongelma voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa psykiatrisen konsultaation turvin. Vakava psykiatrisen häiriö ja lievä päihdeongelma voidaan hoitaa psykiatrian erikoissairaanhoidossa. Lievä psykiatrisen ongelma ja vakava päihdeongelma voidaan hoitaa päihdehuollon palve-

luissa tarvittaessa. Vakava psykiatrinen häiriö ja vakava päihdeongelma hoidetaan yhteistyössä psykiatrian erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon organisaation kanssa. (Kampman ym. 2013.)

2.4.3 Muita seuloja

Depressiota pystytään seulomaan nopeasti jo kahdella ensimmäisellä kysymyksellä PHQ-9-kyselystä ja laajemmin koko kyselyllä. Muita seuloja on esimerkiksi kymmenen kysymyksen DEPS-seula, sekä BDI-21-kysely. PHQ-9 voidaan kartoittaa myös toimintakykyä. BDI taas on käytettävissä myös masennuksen hoitovasteen seurannassa. Kaikki näistä ovat löydettävissä ilmaisina ja suomenkielisinä verkosta. (Kampman ym. 2013.)

Ahdistuneisuutta voidaan seuloa GAD-7-kyselyllä sekä Beckin ahdistuskyselylomakkeella (BAI). Ahdistuneisuushäiriöitä voidaan kartoittaa lisäksi kysymällä esimerkiksi: ”kuinka usein olet kuluneen kuukauden aikana kokenut hermostuneisuutta, levottomuutta tai rauhattomuutta?”. Jos potilaan kokemus ylittää yli puolet ajasta, voidaan katsoa seula positiiviseksi. Muista oireista, kuten sosiaalisiin tilanteisiin liittyvistä, paniikki- tai pakko-oireista tulisi kysyä erikseen. (Ahdistuneisuuskysely (GAD-7) N.D.; Beckin ahdistuskyselylomake (BAI) N.D.; Kampman ym. 2013.)

AUDIT-kyselyä voidaan käyttää keskustelun tukena tunnistamaan alkoholinongelmakäyttöä ja DUDIT:ia kartoittamaan potilaan huumeiden käyttöä (Aalto ym. 2009). AUDIT:illa saadaan kartoitettua, onko alkoholin käyttö hallinnassa, runsasta ja riskialtista tai, että onko päihderiippuvuus todennäköistä ja käyttöä tulisi tällöin vähentää. Lomakkeessa on monivalintakysymyksiä, joissa kartoitetaan 10:llä kysymyksellä alkoholin käyttötottumuksia sekä sen vaikutusta lähiympäristöön. DUDIT antaa kokonaiskuvan huumeidenkäytöstä, sen ongelmista, haitoista sekä niiden asteesta. Testissä on 11 monivalintakysymystä ja netin kautta tehtynä testi antaa tulosten mukana myös tietoa, mistä voi hakea apua huumeiden käytön lopettamiseksi. (Päihdelinkki N.D; Duodecim 2018.)

Seuloja ei voida kuitenkaan käyttää sellaisenaan diagnoosin tekemiseen, sillä niillä on myös riski väärin positiivisiin tai negatiivisiin tuloksiin. Ne toimivat kuitenkin hyvin muistitukena haastattelulle. Jos jostain seulasta saadaan positiivinen tulos, olisi hyvä tehdä tarkempi diagnostinen oirekartoitus lisähaastattelulla ja samalla havainnoiden. (Kampman ym. 2013.)

2.5 Kaksoisdiagnoosin hoidon periaatteet

Kaksoisdiagnoosin hoitotyössä hoidetaan asiakkaan päihdeongelmaa, että psykiatrista häiriötä. Päihdeongelmanhoito kaksoisdiagnoosin saaneilla on tärkeää, sillä usein päihteet ylläpitävät tai pahentavat psyykkistä oireilua. Hoidossa voidaan hyödyntää jaksoittaista, rinnakkaista tai integroitua hoitomallia. (Aalto N.D.)

Kaksoisdiagnoosi potilaalle ominaisia piirteitä ovat ongelmien ja päihteidenkäytön vähättely, sekä sairautentunnottomuus. Lisäksi sitoutuminen hoitoon voi olla hankalaa, vuorokausirytmä epäsäännöllinen, mieliala voi vaihdella ja päivittäisten asioiden hoitaminen vaikeutua. Vaikeudet voivat näkyä opiskeluissa tai töissä, sosiaalinen elämä on voinut kaventua, fyysinen kunto heikentynyt ja rahat kuluu-neet päihteisiin. Potilaalla voi olla myös itsetuhoisia ajatuksia tai yrityksiä. (Mielenterveysomaiset Pirkanmaa – FinFami ry N.D.)

Mielenterveydenhäiriöistä kärsiviä potilaita hoitaessa erityisen tärkeää on saada heidät sitoutumaan omahoitoon, sillä hoitoon sitoutumattomuuden on nähty johtavan sairastumisen uusiutumiseen, oireiden jatkumiseen sekä mahdolliseen pahenemiseen ja itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Hoito voi esimerkiksi vaatia elintapojen muutoksia tai säännöllistä lääkitystä, jolloin erityisen tärkeää on selvittää potilaslähtöisiä tekijöitä motivaation kasvattamiseksi. Aiempien tutkimustulosten mukaan erityisesti naissukupuoli, korkeampi ikä, korkea kouluttautuneisuus sekä naimisissa olo tukevat hoitoon sitoutumista. Sen sijaan potilaan odotukset hoidosta sekä negatiivinen asenne hoitoa kohtaan laskevat sitoutuneisuutta. Myös psykiatrisen lääkityksen haitat, muun muassa haittavaikutukset, riippuvuuden pelko, lääkityksen kompleksisuus ja pitkäkestoisuus vaikuttavat asenteisiin nega-

tiivisesti, puhumattakaan siitä, että lääkitys voi myös aiheuttaa rakenteellisia neurologisia ongelmia sekä muistiongelmia. Hoitajan on siis tärkeää antaa aloitettavasta lääkityksestä laadukasta tietoa ja opetusta potilaalle, sekä tämän läheisille. (Karpov 2018.)

2.5.1 Jaksottainen, rinnakkainen ja integroitu hoitomalli

Suomessa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa on usein ollut käytössä joko jaksottainen tai rinnakkainen hoitomalli. Jaksoittaisessa hoitomallissa hoidetaan ensin toista ongelmaa ja kun hoito on saatu tarpeeksi hyvään vaiheeseen, aloitetaan myös toisen ongelman hoito. Rinnakkaisessa mallissa taas hoidetaan molempia ongelmia samaan aikaan, mutta eri hoitotahoissa. Rinnakkaisen hoitomallin ongelmana voi kuitenkin olla niin sanottu pyörövi-ilmio, jolloin potilas voi ajautua käyttämään mielenterveys- ja päihdepalveluita uudestaan ja uudestaan, sillä pääasiallista ongelmaa ei saada hoidettua keskittymällä vain toiseen ongelmaan kerrallaan. Rinnakkainen malli ei huomioi mielenterveyshäiriön ja päihteidenkäytön samanaikaista vaikutusta toisiinsa tai ota yhtä hyvin kantaa molempien samanaikaiseen hoitoon kuin esimerkiksi integroitu hoitomalli. Muutenkin jaksottaiseen ja rinnakkaiseen hoitomalliin on liitetty ongelmat yhteydenpidossa ja yhteisissä toimintamalleissa eri hoitotahojen kesken. Nämä ongelmat voitaisiin välttää integroidussa hoitomallissa, sillä siinä yksi hoitotaho hoitaa molempia ongelmia samaan aikaan. (Aalto 2010; Aalto N.D.; Lopez, Mangrum & Spence 2006.)

Integroitu malli on arvioitu hyödyllisemmäksi kaksoisdiagnoosin saaneelle, sillä hoitomallissa korostuu monialaisuus ja alojen välinen yhteistyö. Yksi tärkeimmistä hoitotahon taidoista on motivoiva haastattelu, jolla interventiot voidaan muokata yksilöllisiksi ja potilasta motivoiviksi. Lisäksi hoitoon lisättyinä asumis- palvelut, tuettu työllistyminen, perheen psykoedukaatio, sosiaalisten taitojen harjoittelu, sairauden hallinta ja psykofarmakologinen hoito auttavat mielenterveyshäiriöstä kärsivää omaksumaan uuden päihteettömän elämän. (Dekker, De Waal, Goudriaan, Kikkert & Peen 2018.)

Eräessä tutkimuksessa integroidun hoitomallin käyttö kaksoisdiagnoosin saaneilla potilailla nähtiin vähentävän heidän alkoholin tai huumeiden käyttöpäiviä sekä itsearvioidun psyykkisenterveyden kohentuneen vuoden aikana. Pitkäaikainen integroituhoido voisi olla tehokas ylläpitämään remissiota, mutta jotta hoito olisi mahdollisimman tehokasta, tulisi hoitopaikan tuntua potilaasta myös turvalliselta ja mukavalta. Hoitopaikassa tulisi toteuttaa satunnaisia huumetestejä, hoidon tulisi olla ympärivuorokauden tavoitettavissa ja erityisesti lääkitykseen tai hoitoon liittyviä hoitoon sitoutumisongelmia tulisi valvoa ja tarvittaessa puuttua niihin nopeasti. Lisäksi hoitajien olisi hyvä olla koulutettuja hyväksymis- ja omistautumisterapiaan (HOT), mikä on muoto kognitiivisesta käyttäytymisterapiasta.

H= Hyväksy ja ota vastaan sinussa ilmenevät ajatukset, kehon tuntemukset ja tunteet.

O= Omistaudu selkiyttämään itsellesi, mitkä asiat elämässäsi ovat sinulle tärkeitä.

T= Toimi ja tee sellaisia tekoja, jotka edistävät sitä, mitä pidät tärkeänä, ja joista on sinulle arvojesi mukaisia seurauksia pitkällä aikavälillä. (Aaltonen N.D; Al, Davis, Devitt, O'Neill & Rollins 2006.)

2.6 Psykososiaaliset hoitomenetelmät

Psykososiaaliset hoitomenetelmät eli lääkkeettömät hoitomenetelmät ovat aina kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon perusta (Mäkelä ja Niemelä 2015). Tärkeimpiä lääkkeettömiä hoitomenetelmiä ovat motivoiva haastattelu, perheinterventiot, erilaiset terapiamuodot, retkahduksen ehkäisy, sosiaalisten taitojen harjoittelu, sekä kahdentoista askeleen hoidot (Aalto 2007). Motivoivaa haastattelua, mini-interventiota ja retkahdusta käsittelemme myöhemmin kappaleessa 2.7 mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksi ottaminen ja puuttuminen.

2.6.1 Psykoedukaatio

Psykoedukaatio, eli koulutuksellinen terapia on hoitoa, jossa tärkeintä on tiedon antaminen sairaudesta ja sen hoidosta. Muun muassa psykoosien hoidossa se

on nähty tehokkaana psykososiaalisena hoitokeinona ja sen on nähty vähentävän psykoosi- ja sairaalajaksojen uusiutumista. Tärkeää psykoedukaatiossa on yhteistyösuhteen luominen sekä tiedon ja kokemusten jakaminen. Potilasta ja hänen läheisiään kuunnellaan ja tarkoituksena on voimaannuttaa heitä, parantaa potilaan hoitomyöntyvyyttä, sekä auttaa sairauden ja sen seurausten kanssa selviytymisessä. (Kieseppä & Oksanen 2013; Oksanen 2020.)

Psykoedukaation alkuvaiheessa keskustellaan sairauteen liittyneistä vaikeista tunteista ja hädästä, tunteet otetaan vastaan ja niitä jaetaan. Tavoite on hiljalleen lisätä sairauden kulun sekä oireiden hallintakeinoja ja se auttaa ylläpitämään toivoa sekä vahvistaa uskoa tulevaisuuteen. Psykoosia käsitellään haavoittuvuusstressimallin kautta, jonka tarkoitus on auttaa potilasta sekä hänen omaisiaan ymmärtämään miksi psykoosi on puhjennut ja vähentää sairauden uhkaavuutta sekä mystifointia. Mallin ajatus on, että elämän stressiä lisäävät tapahtumat altistavat psykoosin puhkeamiselle. Vaikuttanut tapahtuma voi olla esimerkiksi opiskelujen aloitus, muutto tai parisuhde. Malli käydään hitaasti läpi keskustellen ja yksilöllisiä tulkintoja kuunnellen. Potilas ja omaiset saavat pohtia tilanteisiin selitysmalleja ja hoitaja tarjoaa oikeaa ajankohtaista tietoa sekä luo turvallisen ja ymmärtävän ilmapiirin pohdinnalle. (Kieseppä & Oksanen 2013; Oksanen 2020.)

Seuraava vaihe on oireiden tunnistus ja hallinta. Tässä vaiheessa hoitaja kertoo tyypillisimmistä psykoosin ensioireista, jolloin pohditaan psykoosia edeltänyttä aikaa ja etsitään merkkejä muutoksesta. Vertaistuki on koettu merkityksellisenä tässä vaiheessa, sillä paluu psykoosiin voi tuntua haastavalta ja pelottavalta. Ryhmäohjauksen hyvinä puolina nähdään vertaistuen saanti ja mahdollisuus jakaa kokemuksia, jotka vähentävät sairauksiin liittyviä stigmoja. Nämä lisäävät toivoa, opettavat hallintaa ja vahvistavat näin psykoedukaatiota. Kun tunnistetaan yksilölliset varoitusmerkit, ne kirjataan ja mietitään hallintakeinoja tilanteen uusiutumisen ehkäisemiseksi. Selvitetään myös keinot psykoosin pahenemisen estämiseksi, jos tilanne uusiutuisi. Psykoosin keskeinen hallinta liittyy lääkehoitoon, mutta voi olla myös muita yksilöllisiä keinoja kuten rentoutuminen ja tuen saanti. Myös pitkäaikaisoireet, esimerkiksi ääniharhat, kartoitetaan hallintakeinoineen. Oireita seurataan kirjoittamalla ne esimerkiksi päiväkirjaan ja hallintakeinoja kokeillaan käytännössä. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Ongelmanratkaisutaitojen opettelu on hallintakeinoista seuraava vaihe. Oireilua voi lisätä elämään liittyvät erilaiset ongelmat, minkä takia ongelmatilanteet tunnistetaan ja pilkotaan. Tämän perusteella tehdään toimintastrategia. Esimerkiksi skitsofreniaan voi liittyä vaikeudet sosiaalisessa kanssakäymisessä, jolloin esimerkiksi katsekontaktia ja asiointia voidaan harjoitella. Kritiikinantoa rakentavasti, kiittämistä ja ystävällistä pyyntöä voidaan hyvin harjoitella ryhmässä tai perheta- paamisissa. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Viimeinen vaihe on kertaus ja toisto, jolloin varmistetaan riittävä tiedon saanti ja että tieto on sisäistetty. Varsinkin alkuvaiheessa annettu tieto voi unohtua, sillä sitä on voitu antaa kerralla liian paljon ja tieto on annettu mahdollisesti psykoosin kriisivaiheessa. Keskusteluiden apuna voidaan käyttää videoita, kirjoja, kuvallisia töitä tai rooliharjoituksia. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

Lyhytkestoisessa psykoedukaatiossa potilaalle, potilasryhmälle tai heidän perheilleen annetaan 10 istuntoa. Yli kolmen kuukauden perhetyö näyttäisi kuitenkin tehokkaammalta keinolta, kuin vain muutaman tapaamisen lyhytjakso. On arvioitu, että psykoedukaatiota saaneet ovat olleet hoitomyöntyväisempiä lyhyemmällä ajalla ja relapsien todennäköisyys lyhyellä aikavälillä on pienentynyt. Perheille annetun psykoedukaation on nähty tukevan kuntoutujaa ja hänen lähiympäristöään, sekä kohentaneen perheiden tyytyväisyyttä ja elämänlaatua. Psykoedukaatio perhetyönä voisi olla ehkä jopa tehokkaampaa potilaan kannalta, kuin vain potilaalle annettu. (Kieseppä & Oksanen 2013; Oksanen 2020.)

Psykoedukaatio on nähty yhtä tehokkaana sekä ryhmä- että yksilöohjauksessa toteutettuna. Kuitenkin vaikeiden kognitiivisten ongelmien käsittelyssä yksilöllinen työskentely on välttämätöntä. Yksilöohjauksessa voidaan paremmin huomioida toistamisen sekä kertaamisen tarve ja se voi olla välttämätöntä, jos potilaalla on vaikea sosiaalinen jännitys, päihderiippuvuus, joka vaikeuttaa säännöllisiä tapaamisia tai pysyvä vaikea oireisto, minkä takia ryhmäistunnot eivät onnistu. Potilaan ymmärtäessä paremmin omaa sairauttaan myös hänen osallisuutensa oman hoitonsa suunnitteluun mahdollistuu. Hyvä olisi, jos psykoedukaa-

tiota voitaisiin antaa kaikissa muodoissaan eri vaiheissa kuntoutusta. Tällöin yksilö-, ryhmä- ja perheohjauksen hyvät puolet tukisivat omilta osiltaan potilasta. (Kieseppä & Oksanen 2013.)

2.6.2 Lyhytterapia

Lyhytterapiaan kuuluu noin 5-20 käyntikertaa ammattilaisen luona. Lyhytpsykoterapia usein on ratkaisukeskeistä, jonka vuoksi usein keskitytään vain yhteen ongelmaan kerrallaan. Näitä voivat olla esimerkiksi stressi, uniongelmat, masennus, ahdistusoireilu tai ihmissuhdeongelmat. Lyhytpsykoterapian keinoja voidaan käyttää potilastyössä, mutta itse psykoterapeutin nimikkeen käyttäminen edellyttää Valviralta lupaa. Lyhytpsykoterapiassa keskitytään siihen elämänalueeseen, johon itse asiakas toivoo muutosta. Lyhytpsykoterapian tarkoituksena ei niinkään ole tarkoituksena syventyä persoonallisuuteen liittyviin häiriöihin vaan laajentaa potilaan näkökulmaa ongelmaan liittyen sekä kehittää tunteiden säätelytaitoja niin, että asiakas pärjää myös jatkossa mahdollisten haasteiden kanssa. (Heltti N.D.; Väestöliiton Hyvinvointi Oy N.D.: Duodecim 2022.)

Lyhytpsykoterapian aloitus tapahtuu niin, että yhdessä ammattilaisen kanssa keskustellaan terapiajakson tavoitteista ja asiakkaan toiveista terapiaan liittyen. Tavoitteet lyhytterapiassa laaditaan asiakkaan tarpeisiin sopivaksi. Tämän jälkeen yhdessä ammattilaisen kanssa pohditaan keinoja, miten tavoitteet olisivat saavutettavissa. Lyhytterapian tarkoituksena on siis antaa keinoja asiakkaalle ongelmatilanteiden ratkaisemisiin. Lyhytterapiassa tärkeintä on asiakkaan toiveikkuiden vahvistaminen sekä keinojen löytäminen arjessa toimiseen. (Duodecim 2022; Heltti N.D.; Väestöliiton Oy N.D.)

2.6.3 Psykodynaaminen terapia

Psykodynaamista psykoterapiaa kaikki terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää apunaan, mutta psykoterapeutin nimikettä ei saa käyttää ilman Valviran lupaa. Psykodynaamisen terapian tarkoitus on antaa potilaalle enemmän tilaa

omalle pohdinnalle. Hoidon tavoitteena on keskittyä käymään läpi potilaan elämänhistoriaa ja yrittää ymmärtää sen vaikutusta elämän nykyhetkeen. Terapian aikana usein potilaan itseymmärrys lisääntyy, joka lisää henkilökohtaista kasvua sekä ymmärrystä. (Terveystalo N.D.)

Mielen tiedostamattomat ristiriidat, lapsuuden ja varhaislapsuuden kokemukset sekä niiden vaikutus tunteisiin ja käyttäytymiseen aikuisiällä ovat psykodynaamisen psykoterapian keskipisteenä. Pääpainona psykodynaamisessa psykoterapiassa on siis lapsuuden, nuoruuden ja aikuisuuden kehityshaasteiden tarkastelu. Tavoitteena terapian aikana on oppia tunnistamaan ja ymmärtämään tunteita siten, että sopeutuminen ja sisäinen kasvu olisivat onnistuneita eri elämäntilanteissa. (Seuri N.D.)

Yleensä psykodynaaminen psykoterapia on pitkäkestoista. Psykodynaamisella psykoterapialla hoidetaan muun muassa sosiaalisia pelkoja, masennusta, ahdistuneisuushäiriötä, sosiaalisia pelkoja ja sisäisiä ristiriitoja. Tavoitteena on vähentää asiakkaan kärsimystä niin, että hän oppii tunnistamaan tunteitaan ja käyttäytymistään. (Seuri N.D.)

2.6.4 Käyttäytymisterapia

Päihderiippuvaisille sopii hyvin kognitiivinen käyttäytymisterapia (KKT, CBT), koska tässä terapiamuodossa keskustellaan yhdessä terapeutin kanssa syitä päihteiden käytölle ja riippuvuuden synnylle. Terapia voi painottua enemmän elämäntilojen parantamisen toimintaan, mielensisäiseen työskentelyyn tai sosiaaliseen toimintaan. Ongelmia lähdetään ratkomaan päämäärätietoisesti, sekä tutkitaan, miten ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen vaikuttavat toisiinsa. Ajatuksena on oikoa ajatusvirheitä ja tukea toimintatapoja, jotka edistävät terveyttä sekä vähentää ongelmallista toimintaa. Terapiassa myös altistetaan itseä vaikeille tunteille ja vähennetään vaikeiden ajatusten ja tunteiden välttelyä. Varsinkin päihderiippuvaiselle nämä kaikki sopivat, sillä usein riippuvuus huonontaa elämänlaatua, huonontaa mielenterveyttä sekä vaikuttaa sosiaalisiin suhteisiin. (Minduu N.D; Holmberg 2009; National library of medicine 2022.)

Terapia vaatii sitoutumista ja voi saada aikaan hyviä tuloksia vain, jos potilas on aktiivisesti mukana hoidossa ja työstää ongelmia myös tapaamisten välillä. Vaikea masennus ja ahdistuneisuushäiriö voivat haitata sitoutumista hoitoon, joten yleensä lääkkeellinen hoito aloitetaan ennen terapiaa pahempien oireiden helpottamiseksi. Terapiaan kuuluu usein päiväkirjanpitoa, johon kirjataan omia ajatuksia tietyn ajanjakson ajan. Terapeutin kanssa tarkastellaan, onko asioita havainnointu realistisesti ja mitä tapahtuu, jos potilas on toiminut tietyssä tilanteessa normaalista poiketen. Terapiassa käytetään myös usein rentoutumisharjoituksia, stressin ja kivunlievitysmetodeja ja ongelmanratkaisustrategioita. (National library of medicine 2022.)

2.6.5 Korvaushoito

Korvaushoitoa käytetään yhtenä hoitomuotona huumeriippuvaisille. Korvaushoitoon kuuluu lääketieteellinen hoito sekä lisäksi psykososiaalinen hoito. Hoito toteutetaan perusterveydenhuollossa, jossa tehdään lisäksi hoidon tarpeen arviointi ja hoidon aloittaminen. Korvaushoito tähtää joko päihitteettömyyteen tai päihteistä syntyvien haittojen vähenemiseen ja elämänlaadun paranemiseen. Korvaushoidon tulee perustua hoitosuunnitelmaan, johon täytyy määritellä psykososiaalisen tuen tarve. Hoitosuunnitelmaa päivitetään potilaan hoidon tarpeen muuttuessa. Kaksoisdiagnoosipotilaille tulee aina olla järjestetty hoitopaikka psykiatrisen häiriön hoitoon samanaikaisesti. (Mäkelä, Partanen & Simojoki 2020.)

Korvaushoidossa lääkkeellinen hoidon lisäksi on tärkeää muistaa riittävä ja tehokas psykososiaalinen hoito. On katsottu, että keskeistä hoidossa on hyvä ja luottamuksellinen suhde omahoitajaan. Korvaushoidossa tehdään laajasti yhteistyötä monen eri ammattilaisen kanssa, kuten sosiaalitoimen, työvoimapalveluiden sekä kuntouttavan työtoiminnan kanssa, joka mahdollistaa potilaalle mielekästä tekemistä arkeen totuttuun huumeiden käyttämisen tilalle. (Mitä opioidikorvaushoito on? N.D.)

Korvaushoito usein on pysyvää tai vähintään pitkäaikaista hoitoa. Korvaushoitoa ei tule lopettaa liian nopeasti, koska se johtaa usein huumeiden käytön uudelleen aloittamiseen. Korvaushoito voidaan lopettaa myös vastoin asiakkaan tahtoa, jos turvalliselle jatkamiselle edellytyksiä ei ole. Lopettamispäätös perustuu aina lääketieteellisesti ja yksilöllisesti arvioituun päätökseen. (Mitä opioidikorvaushoito on? N.D.)

2.6.6 Palkkiohoito

On tutkittu, että palkitsemiseen perustuvat hoito-ohjelmat voisivat parantaa esimerkiksi metadoniopioidikorvaushoidon ja buprenorfiinikorvaushoidon tehokkuutta. Virtsatestien avulla arvioituna palkkiohoidon on nähty vähentävän opioidien oheiskäyttöä korvaushoidon yhteydessä sekä vaikuttaneen muuten myönteisesti vaikuttanut korvaushoidossa pysymiseen. Menetelmän ei kuitenkaan ole nähty parantavan hoitoretentiota, hoitokomplianssia, vieroitusoireita, aineen himoa tai psykososiaalisia ongelmia. (Niemelä 2018.)

Palkkiohoidon tarkoitus on kannustaa positiivisempaan käyttäytymisen muutokseen alkoholin ja huumeidenongelmakäyttäjillä ja palkita potilaita pysymään erossa päihdyttävistä aineista. Sen nähty parantavan lääkehoitoon sitoutumista ja vahvistavan myös muita hoitoon liittyviä tavoitteita kuten työllistymistä. Palkkiot voivat olla erityisiä etuja, rahaa, opiaattiannoksia, etuseteleitä tai palkintoja. Esimerkiksi etuseteleitä voidaan antaa onnistuneesta tavoitteesta tai niiden antoa voidaan rajata, jos potilas on tehnyt jotain, mikä ei ole toivottavaa käytöstä, kuten juonut. Usein menetelmän toteutuksesta kirjoitetaan yhteinen sopimus, johon on kirjattu tarkkaan toivottu muutos, intervention kesto ja valvonnan tiheys sekä mahdolliset palkinnot ja niin sanotut rangaistukset, jos sovitusta tavoitteista poiketaan. Palkitsemisen tulisi olla välitöntä ja tapahtua 24 tunnin sisällä. Virtsates-tejä tulisi ottaa tavoitteiden onnistumisen seuraamiseksi 3 kertaa viikossa ja parhaiten menetelmän on nähty toimivan, kun se kohdistuu vain yhteen huumeeseen kerrallaan. (Higgins & Petry 1999; Niemelä 2018; Brooke-Sumner, Cleary, Cochrane schizophrenia group, Hunt Morley & Siegfried 2019.)

2.6.7 Kahdentoista askeleen hoito

Kahdentoista askeleen hoito on mainittu vuonna 1939 ilmestyneessä *Alcoholics Anonymous - Nimettömät Alkoholistit* kirjassa ensimmäisen kerran (Dr. Smith & Wilson 1939). Hoito perustuu kahteentoista kohtaan kohti täysraittiutta:

1. *“Myönsimme voimattomuutemme alkoholiin nähden ja että elämämme oli muodostunut sellaiseksi, ettemme omin voimin kyenneet selviytymään.*
2. *Opimme uskomaan, että joku itseämme suurempi voima voisi palauttaa terveytemme.*
3. *Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan - sellaisena kuin Hänet käsitimme.*
5. *Suoritimme perusteellisen ja pelottoman moraalisen itsetutkistelun.*
5. *Myönsimme väärrien tekojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme ja jollekin toiselle ihmiselle.*
6. *Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteenme heikkoudet.*
7. *Nöyrästi pyysimme Häntä poistamaan vajavuutemme.*
8. *Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme henkilöistä ja halusimme hyvittää heitä kaikkia.*
9. *Hyvitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä, milloin vain mahdollista, elleimme näin tehdessämme vahingoittaneet heitä tai muita.*
10. *Jatkoimme itsetutkistelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.*
11. *Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla kehittämään tietoista yhteyttämme Jumalaan, sellaisena kuin Hänet käsitimme, rukoillen ainoastaan tietoa Hänen tahdostaan meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen.*
12. *Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksena yritimme saattaa tämän sanoman alkoholisteille sekä toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme.” (Simojoki 2015.)*

Kahdentoista askeleen hoito on katsottu tuottavan enemmän täysraittiutta kuin standardilaitoshoito. Kahdentoista askeleen hoito perustuu siihen, että alkoholismi katsotaan sairaudeksi. Hoidon tavoitteena on saada potilas sitoutumaan pitkään jatkuvaan tai jopa pysyvään AA-toimintaan. (Simojoki 2015.)

2.6.8 Sosiaalinen kuntoutus

Myös sosiaalinen kuntoutus kuuluu psykososiaalisiin hoitomenetelmiin. Sen tarkoituksena on tehostaa sosiaalista toimintakykyä ja torjua syrjäytymistä. Tarkoituksena on rakentaa potilaalle sosiaalinen tuki ja muiden palveluiden kokonaisuus. Päihderiippuvainen voi saada apua muun muassa asunnon etsimiseen tai apua arkipäivän toimintoihin. Sosiaaliseseen kuntoutukseen kuuluu myös ryhmätoimintaa ja vuorovaikutussuhteisiin tehostettua tukea sekä muita tarvittavia sosiaalista kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä. (Terveystieteiden tutkimuskeskus N.D.)

2.6.9 Läheisten merkitys osana päihderiippuvaisen hoitoa

Läheiset ovat tärkeä osa päihderiippuvaisen hoitoa ja hoitohenkilökunnan on huomioitava heidät osaksi hoitoa. Läheisille annetaan tukea heidän avun tarpeen sekä hoidon tarpeen perusteella. Tuloksellisuustutkimuksissa on myös huomattu, että päihdeongelmaisten hoitoon tulo ja hoidossa pysyminen paranee, kun läheiset otetaan mukaan hoitoprosessiin. Läheinen voi osallistua hoitoon tai saada myös tukea osallistumalla joko yksin tai yhdessä tapaamisiin, joko samassa tai toisessa hoitopaikassa. He voivat hakea apua myös omaan jaksamiseen sekä osallistua ryhmiin, kuten vertaistukiryhmään ja muihin läheisille suunnattuihin toimintoihin. (Mäkelä 2005.)

Muun muassa minnesota- ja myllyhoito ottavat läheiset mukaan hoitoa. Ne perustuvat kahteentoista hoito askeleeseen, joiden avulla pyritään päihteettömään elämään.

- 1 *“On sairaus*
- 2 *On olemassa*
- 3 *Ei ole oire jostain muusta*
- 4 *On parantumaton sairaus*
- 5 *On progressiivinen sairaus*
- 6 *Ei ole kenenkään syy*
- 7 *On monitahoinen sairaus*
- 8 *Koskettaa myös läheisiä: läheisriippuvuus*
- 9 *On hoidettavissa: toipuminen jatkohoidossa*
- 10 *On helppo hoitaa: hyväksytään raitis elämä*
- 11 *Kieltää itsensä, kieltäminen on osa sairautta*
- 12 *Motivaatio hoitoon ei kerro hoitotulosta” (Minnesota-hoito 2024.)*

2.7 Mielenterveys- ja päihdeongelmien puheeksi ottaminen ja puuttaminen

Mielenterveyshäiriöt ja päihdeongelmat eivät välttämättä ole kaikista helpoimpia asioita ottaa puheeksi, varsinkin jos asiakas ei itse ota niitä puheeksi. Aikuisten potilaiden alkoholinkäyttöä tulisi kartoittaa aina ensimmäisillä käyntikerroilla. Hoitohenkilökunnan täytyy myös kiinnittää huomiota ihmisen fyysiseen tilaan ja olemukseen, jos potilas ei itse kerro suoraan runsaasta alkoholinkäytöstä. Näitä ovat esimerkiksi väkivalta, tapaturmat, ahdistuneisuus, masennus, ylipaino, kohonnut verenpaine ja epämääräiset vatsaoireet. Asiakas ei siis välttämättä tule vastaanotolle mielenterveys- tai päihdeongelman takia vaan esimerkiksi tapaturman taustalta voi löytyä syyksi alkoholin ongelmakäyttö. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos N.D.)

Hoitajana puheeksi ottaminen vaatii ammattitaitoa, empaattisuutta, sekä luottamusta potilassuhteessa. Hoitaja voi helpottaa vuorovaikutusta omalla avoimuudellaan, rauhallisuudellaan, ystävällisyydellään ja kiinnostuneella suhtautumisella aiheeseen. Lisäksi hoitajan tulee olla käsitellyt omia asenteitansa ja käsityksiään esimerkiksi huumeisiin liittyen. Huumausaineista tulee olla riittävä tietämys, niiden vaikutuksista, käytöstä sekä kulttuurista. Päihdeongelman puheeksi

otossa ei ole yhtä oikeaa tapaa. Joskus keskustelu voi lähteä pelkästään kysymyksestä ”Kuinka usein tavallisesti juot?”, mutta joskus tarvitaan monta vastaanottoaikaa ennen kuin potilas avautuu päihdeongelmastaan. AUDIT-kysely on hyvä keino kartoittaa potilaan alkoholin käyttöä, täytyy kuitenkin muistaa, että vain AUDIT-kyselyn pohjalta ei voi kenellekään diagnosoida päihdeongelmaa. Kun hoitohenkilökunnalla herää epäily päihdeongelmasta voidaan potilas ohjata vielä laboratoriokokeisiin tai huumeongelmaisen kohdalla huumeeseuloihin. (Aalto ym. 2009.)

Molempien, niin alkoholin käytön tunnistamisessa, kuin myös huumausaineiden käytön tunnistamisessa, tärkein keino puheeksi ottamisessa on luottamuksellinen hoitosuhde. Tämä vaatii hoitohenkilökunnalta ammattitaitoa, aitoa läsnäoloa, empatiakykyä ja tarpeeksi pitkää vastaanottoaikaa. Tärkeää puheeksi ottamisessa on myös psykoedukaatio, jota annetaan niin mielenterveyshäiriöistä kuin päihdeongelmista kärsiville. (Aalto ym. 2009.)

Liian moni mielenterveyshäiriöistä kärsivistä hakeutuu hoitoon liian myöhään tai vasta silloin, kuin mielenterveydenhäiriö on kestänyt jo pitkään. Tähän voi vaikuttaa muun muassa se, että usein ihmiset eivät ajattele olevansa esimerkiksi masentuneita, vaan pelkästään uupuneita ja saamattomia. Nykypäivänä mielenterveyshäiriöistä puhutaan jo enemmän ja ihmiset osaavat hakeutua hoitoon myös niiden vuoksi. (Aalto ym. 2009.)

Lomakkeita voidaan käyttää keskustelun runkona. Usein myös potilaiden ulkoinen olemus ja ilmaisutavat esimerkiksi tulevaisuudesta voi vihjata siihen, että potilaalla voi olla jokin mielenterveydenhäiriö. Päihdeongelmien ja mielenterveyshäiriöiden puheeksi ottamisessa hyviä ja toimivia malleja vastaanotolla ovat myös tutkitusti mini-interventio, muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu, joista on tarkemmin kerrottu seuraavissa kappalelukuissa. (Haravuori, Marttunen, Seilo & Suomalainen 2018.)

Tärkeää ammattilaisena on puuttua päihteiden ongelmakäyttöön. Alkoholin käytön lopettamiseen tai vähentämiseen saa apua esimerkiksi mielenterveys- ja

päihdepalveluista, työterveyshuollosta sekä terveyskeskuksista. Usein alkoholi-riippuvuuden hoito alkaa vieroitusjaksolla, jonka jälkeen mietitään laitos- tai avohoitoa. Alkoholiriippuvuuden hoidossa tärkeintä on lääkkeettömät hoitokeinot, joita voi olla esimerkiksi vertaistukiryhmät tai kognitiivinen terapia. (Häkkinen 2023.)

Huumeriippuvaisia hoidetaan esimerkiksi vieroitushoitokursseilla ja korvaushoidolla. Kunnalle kuuluu päihdehuoltolain mukaan huumeriippuvaiden tarpeenmukainen hoito, tukitoimien järjestäminen ja kuntoutus. Tärkeää on myös näiden palvelujen ohella ohjata huumeriippuvaisia matalan kynnyksien paikkoihin, joita on nykypäivänä koko ajan enemmän. Myös huumeiden käyttäjät hyötyvät vertaistukiryhmistä ja erilaisista terapiamuodoista. (Huumeongelmat: Käypä hoitosuositus 2022.)

Mielenterveyspalveluihin kuuluvat neuvonta, ohjaus, tarpeenmukainen psykososiaalinen tuki, mielenterveyshäiriöiden tutkimus ja kriisitilanteiden psykososiaalinen tuki. Tärkeää on vastaanotolta ohjata mielenterveyshäiriöstä kärsivä potilas aina jonkin palvelun piiriin. Palvelu voi olla myös oma terveysasema, jossa aloitetaan toteuttamaan asiakkaalle keskustelukäyntejä. Potilaan voi ohjata myös hänen tahdostansa riippumattomaan hoitoon, jos henkilö on psykoottinen, tai hänen mielisairautensa vaarantaisi hänen itsensä tai muiden terveyttä, tai jos muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä. (Huttunen 2018; Häkkinen 2023; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos N.D.)

Huumeongelman hoidossa voidaan käyttää huumeitestejä valvotusti, mutta niiden tarkoitus ei kuitenkaan ole tunnistaa huumeidenkäyttöä rutiininomaisesti. Testejä käytettäessä tulee nimittäin huomioida erilaiset virhelähteet. Näitä ovat esimerkiksi lääkeaineet sekä eri huumeiden puoliintumisajat. Lisäksi positiivisen testituloksen voi saada vaikkei olisikaan huumeaineiden vaikutuksen alaisena ja negatiivisen, vaikka taas olisikin. Siksi testit ovat tarkoitettu lähinnä tukemaan hoitoa ja tällöin jälleen korostuu hoitajan ja potilaan välinen luottamus. (Aalto ym. 2009.)

2.7.1 Itsetuhoisuuteen puuttuminen ja puheeksi otto

Itsetuhoisuus voi olla vaikea aihe puhua niin potilaalle, kuin myös hoitajalle. On tärkeää muistaa, että itsetuhoisuudesta suoraan kysyminen ei lisää potilaan itsetuhoisuusriskiä, vaan se voi jopa helpottaa potilasta, kun ammattilainen ottaa sen puheeksi. Tärkeää on, että mielenterveyshäiriöistä kärsiviltä kartoitetaan itsemurha-ajatuksia. On tutkittu, että jopa puolelta mielenterveyspotilailta, jotka tulevat päivystykseen itsemurhayrityksen takia, eivät ole koskaan aikaisemmin kertoneet itsemurha-ajatuksista hoitavalle psykiatriselle taholle. Potilailta kysyttiin, miksi he eivät ole kertoneet ja tähän oli vastaus se, että hoitohenkilökunta ei ollut ottanut puheeksi itsetuhoisuutta. (Suominen & Valtonen 2013; Haravuori ym. 2018.)

Itsetuhoisuuden puheeksi ottamisessa hoitajana on tärkeää tunnistaa itsetuhoiset potilaat, tähän auttaa kokemus ja tieto mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä hyvät vuorovaikutustaidot. On hyvä myös kiinnittää huomiota potilaan ilmaisuihin yksinäisyydestä, avuttomuudesta ja toivottomuudesta. On tutkittu, että mielenterveydenhäiriöt ovat isoimpia riskitekijöitä itsetuhoisuudessa. Tällöin mielenterveyshäiriöiden hyvä hoito korostuu. (Partonen & Solin 2017.)

Itsetuhoisuuden puheeksi ottamisessa korostuu jälleen, että hoitaja on aidosti läsnä ja empatiakykyinen. Lisäksi vastaanotolle täytyy varata tarpeeksi aikaa. Itsemurhavaaran hälytysmerkkejä on hyvä havainnoida potilaasta vastaanotolla, niin sanoissa, kuin myös olemuksessa ja eleissä. Itsetuhoisuuden voi tunnistaa myös esimerkiksi viiltelyjäljistä, muuttuneesta olemuksesta tai runsaasta päihteidenkäytöstä. Itsetuhoisuuteen voidaan puuttua suoraan kysymisen lisäksi myös lomakkeilla, jotka kartoittavat itsetuhoisuutta. Voidaan myös konsultoida muita hoitotahoja ja kollegoita tai mahdollisuuksien mukaan potilaan läheisiä. Jos potilas kertoo itsetuhoisuudesta, potilailta tulee kartoittaa kauanko itsetuhoisuutta on ollut, sekä myös potilaan päivittäistä elämää. (Partonen & Solin 2017.)

Jos potilas on välittömässä itsemurhavaarassa, täytyy harkita psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Kun potilaalla taas on toistuvia itsetuhoisia ajatuksia tai itsemurhasuunnitelmia, potilas vaatii tarkempaa psykiatrista arviota. Tarvittaessa

voidaan tehdä kiireellinen lähete. Potilaille täytyy siis järjestää tarkoituksenmukainen hoitopaikka. (Partonen & Solin 2017.)

Itsetuhoisen potilaan kanssa kaikissa tapaamisissa on tärkeää viestittää potilaalle toivoa tulevaisuuden suhteen. Itsemurhavaarassa olevat potilaat pitäisi tunnistaa. Täytyy kuitenkin muistaa, että itsetuhoisuus on asia, mistä kaikki potilaat eivät välttämättä kerro edes heiltä kysyttäessä. Välillä hoitohenkilökunnan täytyy luottaa omaan intuition. (Partonen & Solin 2017.)

2.7.2 Motivoiva haastattelu

Motivoivassa haastattelussa hoitaja koittaa vahvistaa potilaan sisäisiä motivaatioita muutoksen tekemiseksi. Menetelmä on ensisijaisesti tarkoitettu päihderiippuvuuksien hoitoon, mutta myös mielenterveyspotilailla menetelmän käytöstä voisi olla hyötyä hoitoon sekä lääkehoitoon sitoutumisen vahvistamiseksi. Haastattelun tarkoituksena on pyrkiä avoimeen vuorovaikutukseen, jossa potilas saa turvallisesti pohtia tilannettaan, tehdä omia oivalluksia muutostarpeistaan sekä keinoista muutoksen toteuttamiseksi. (Aalto ym. 2009; Järvinen 2020.)

Käyttäytymisen muutoksen prosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin alkaen esiharkinnasta harkintaan, valmistautumisesta käyttäytymisen muuttamiseen ja sen ylläpitämiseen sekä vakiinnuttamiseen. Retkahtaminenkin voi kuulua prosessiin. Päihteisiin liittyen esimerkiksi harkintavaiheissa mietitään päihteidenkäyttöön liittyviä ristiriitoja, eli miellyttäviä ja negatiivisia puolia: huumeita käyttäessä olo helpottuu ja vieroitusoireet pysyvät poissa, toisaalta käyttö altistaa terveysongelmille ja taloudellinen tilanne kärsii. Sosiaalinen piiri voi kärsiä kummastakin näkökulmasta, esimerkiksi voidaan joutua valitsemaan huumeita käyttävien kavereiden ja perheen välillä. Mietitään millainen nykytila voisi olla ja mitä etuja tai haittoja muutos toisi. Keskitytään potilaan omiin havaintoihin, kokemuksiin ja tavoitteisiin. (Aalto ym. 2009.)

Motivoivassa haastattelussa tulisi käyttää hyödyksi avoimia kysymyksiä, heijastavaa kuuntelemista ja myönteistä vahvistamista. Avoimien kysymysten tarkoitus

on saada potilas itse miettimään päihteiden käyttöönsä ja tunnistamaan ongelma, jolloin motivaatio lopettamiselle tai vähentämiselle voi olla helpompi löytää. Avoimia kysymyksiä voi olla esimerkiksi: ”Millaisena pidät päihteiden käyttöösi?” tai ”Miten koet päihteiden käytön vaikuttavan elämääsi?” (Aalto ym. 2009.)

Heijastavalla kuuntelulla tarkoitetaan taas sitä, että hoitaja sanoo ääneen oletuksia, joita tulkitsee potilaan tarkoittavan tai miten tulkitsee asian merkitsevän potilaalle. Lisäksi on tärkeää tehdä yhteenvetoja siitä, mitä potilas on kertonut keskustelun aikana. Näin tekemällä hoitaja lisää potilaan tietoisuutta tilanteestaan ja auttaa tätä pohtimaan käyttäytymistään uudelta kannalta. Esimerkiksi voidaan sanoa: ”Kuulostaa, että olet huolestunut päihteiden käyttösi vaikutuksesta läheisiisi” tai ”Kuulostaa siltä, että olet pohtinut päihteiden vähentämistä jo aiemmin”. (Aalto ym. 2009.)

Viimeisenä tärkeänä keinona on vahvistaa ja tukea potilasta. Hoitajan tulee hyödyntää potilaan omia havaintoja ja huomioita, jotta saisi tuettua tämän motivaatiota. Näin hoitaja vahvistaa potilaan tietoisuutta omista oivalluksistaan ja voimavaroista ja osoittaa luottamusta potilaan kykyihin ja mahdollisuuteen muuttaa käyttäytymistään. Vahvistamisessa tärkeää ovat arvostavat ilmeet, eleet ja sanat. (Aalto ym. 2009.)

2.7.3 Mini- interventio

Päihdehaittojen syntymisen vähentämiseksi tärkeää olisi tunnistaa riskikäyttö varhain. Mini-interventio sopii tilanteeseen, kun merkittävää haittaa ei ole vielä syntynyt. Olisikin siis hyvä selvittää jo heti alussa potilaalta, joka on tullut hoidettavaksi mielenterveys oireilun vuoksi, millaista hänen päihteiden käyttönsä on. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos N.D.)

Parhaiten mini-interventiosta on nähty hyötyä alkoholin riskikäyttäjillä. Usein neuvonta ei kuitenkaan yksinään ole riittävän tehokas riippuvuuden hoitamiseksi, mutta sopii hoidon tueksi. Interventio voi olla esimerkiksi vain viiden minuutin pi-

tuinen, mutta pidempi aika on usein tarpeen. Hyödyn saaminen on todennäköisempää, jos tavoitteita seurataan lisäksi jatkokäynneillä. Interventiossa keskustellaan muun muassa alkoholin käyttömäärästä ja sen vaikutuksesta potilaan kokeisiin oireisiin, sairauteen tai niiden hoitoon. Oireiden vaikuttavuuden testaamiseksi voi olla tarpeen kokeilla joksikin aikaa juomisen vähentämistä tai lopettamista. Lisäksi käsitellään alkoholihaittoja yleisesti. Tärkeintä interventiossa on asettaa selkeä tavoite sekä keskustella keinoista, joilla tavoitteeseen päästäisiin, esimerkiksi vähennetäänkö juomisen määrää, kertoja vai molempia. Lisäksi on hyvä antaa kirjallista materiaalia. (Aalto ym. 2009.)

2.7.4 Muutosvaihemalli

Realistisen hoitosuunnitelman laatiminen on erittäin tärkeää kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Muutosvaihemallilla tarkoitetaan koko hoidon prosessia, mitä päihdeongelmaisen hoitoon kuuluu. Prosessi on usein pitkä ja vaatii ammattilaisten apua. Muutosvaihemalliin kuuluu neljä keskeisintä vaihetta, joita ovat hoitoon kiinnittymisvaihe, suostutteluvaihe, aktiivisen hoidon vaihe ja retkahduksen estovaihe. (Niemelä 2018.)

Hoitoon kiinnittymisvaiheessa on tärkeintä saada päihdeongelmainen hoidon piiriin sekä saada hänet sitoutumaan hoitopaikkaan. Tässä vaiheessa hoidon tavoitteena ei tarvitse olla vielä raittius, vaan esimerkiksi päihteiden vähentäminen. Hoitoon kiinnittymisvaiheeseen kuuluu myös psykoedukaatiota, jota ammattilaiset antavat päihdeongelmaiselle. (Niemelä 2018.)

Kun päihdeongelmainen on sitoutunut tiettyyn hoitopaikkaan, johon hänellä on säännöllinen kontakti, on tavoitteena seuraavaksi rakentaa potilaan omaa motivaatiota päihdeongelman hoitoon. Tätä vaihetta kutsutaan suostutteluvaiheeksi. Tässä vaiheessa usein potilaat voivat jättäytyä hoidosta pois, jos oma motivaatio ei olekaan niin korkealla. Vaiheen tavoitteena on, että potilas itse tunnistaa haittoja päihdekäyttöön liittyen. Tärkeä tavoite on myös rakentaa potilaan uskoa ja luottamusta siihen, että on mahdollista parantua päihdeongelmasta. Tähän vai-

heeseen kuuluu hoitavan tahon aktiivista toimintaa. Hoitomenetelminä usein käytetään motivoivaa haastattelua ja potilaan ja läheisten psykoedukaatiota. Tärkeää on myös löytää potilaalle mieleistä tekemistä vapaa-ajalle, kuten uusia harrastuksia. Myös lääkehoidon suunnittelu ja toteutus kuuluvat tähän vaiheeseen. Suunnitteluvaiheessa on tärkeää huomata muutokset potilaan ajattelutavassa koskien päihteiden käyttöä. Usein tähän vaiheeseen kuuluu myös retkahtelu ja paluu päihteidenkäyttöön. (Niemelä 2018.)

Kolmas vaihe on aktiivisen hoidon vaihe. Tässä oletuksena on, että päihteidenkäyttäjä on itse motivoitunut vähentämään päihteidenkäyttöään. Usein ennen tätä vaihetta potilas on saattanut jo vähentää päihteiden käyttöään. Vertaisryhmät ja yksilöterapiat kuuluvat myös tähän vaiheeseen. Tässä vaiheessa tarkastellaan ja opetellaan päihteiden käytöstä kieltäytymistä. Myös muutokset ihmissuhteissa, vapaa-ajan vietossa ja oman hyvinvoinnin huolehtimisesta muuttuvat, mikä on iso muutos päihdeongelmaisen elämään. Muutokset ei tapahdu hetkessä, vaan ne vaativat aikaa. Retkahtelu kuuluu tähänkin vaiheeseen. Muutosvaihemalliin kuuluu, että retkahtamiset otetaan uusina mahdollisuuksina ja niistä keskustellaan ammattilaisten kanssa. Tärkeää on tarkastella retkahtamiseen johtuvia riskitekijöitä ja mahdollisesti korjata aikaisemmin tehtyä hoitosuunnitelmaa. (Niemelä 2018.)

Viimeinen vaihe muutosvaihemallissa on retkahduksen estovaihe. Tämä vaihe alkaa tavallisesti silloin, kun päihdeongelmainen on ollut raittiina jo noin puoli vuotta. Retkahduksen estovaiheessa katsotaan tärkeäksi vahvistaa potilaan aktiivisuutta eri elämänalueilla, kuten vapaa-ajan vietossa, opinnoissa, työelämässä ja ihmissuhteissa. Edelleen vahvistetaan tietoisuutta päihdeongelman uusimissa ja mahdollisia retkahdustilanteita ennakoimaan. Muutosvaihemallin pääperiaate on se, että retkahtamiset katsotaan osana päihderiippuvuudesta parantumista. Ammattilaisten on tärkeä välittää sellainen kuva potilaille, että retkahdus ei ole epäonnistuminen vaan osa päihderiippuvuutta ja siitä parantumista. (Niemelä 2018.)

2.8 Hoidon kulku

Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito alkaa hoitoon hakeutumisesta, joko omasta tahdosta tai tilanteen vakavoituessa hoitoon voidaan päätyä lähipiirin aloitteesta. Akuuteissa tilanteissa apua voidaan hakea terveyskeskuksesta, josta potilas ohjataan esimerkiksi A-klinikalle tai psykiatriselle poliklinikalle. Potilaan tilan vaatiessa hän voi myös päätyä lyhyt- tai pitkäkestoiseen laitostuntoutukseen, joka tapahtuu päihdesairaalassa. Kaksoisdiagnoosi potilaille psyykkisen sairauden ja/tai päihdeongelman tiedostaminen ja myöntäminen voi olla vaikeaa ja siksi he eivät välttämättä hakeudu itse hoitoon, sekä hoitoon sitoutuminen voi olla vaikeaa alkuun. Siksi onkin tärkeää, että hoidon tavoitteet tehdään yhdessä potilaan kanssa ja ne ovat saavutettavia tavoitteita. Tällöin pystytään lisäämään hoitoon sitoutumista. (Mielenterveys omaiset Pirkanmaa - FinFami ry N.D; Lindroos & Lotvonen 2015.)

Kaksoisdiagnoosi potilaalle ei ole tiettyä hoitosuunnitelmaa, vaan jokaiselle täytyy luoda omansa ongelmien monimuotoisuuden takia. Parhainta apua on nähty lääkitysten ja käyttäytymisterapeuttisten hoitojen yhdistelmillä ja mitä vaikeampi häiriö on, sitä intensiivisempää hoidonkin tulisi olla. Kaksoisdiagnoosin hoitoon käytetään psykososiaalisia hoitomenetelmiä, joista olemme kertoneet aiemmin tarkemmin. Kuntoutuminen alkaa kuitenkin vasta, kun potilas pystyy hyväksymään oman vastuunsa kuntoutumisestaan ja toipumisestaan. On myös hyvä, että jo heti hoidon alkuvaiheessa hoidetaan käytännön asioita, kuten asuminen ja raha-asiat. Myös potilaan lähipiirin kartoittaminen on tärkeää, jotta potilas pääsee eroon huonoista vaikutteista ja toipuminen olisi helpompaa. (Mielenterveys omaiset Pirkanmaa - FinFami ry N.D; Kampman ym. 2013; Lindroos & Lotvonen 2015.)

Hoidon kulkuun voi kuulua retkahduksia ja paluu aiempiin käyttäytymismalleihin. Retkahtamista ei kuitenkaan tule pitää negatiivisena asiana, sillä siitä voidaan oppia jotain. Yksi lääkkeetön hoitomenetelmä on toipumisorientaatio. Tämän tarkoituksena ei ole täydellinen hoitoon sitoutuminen ja oireiden hallinta. Toipumisorientaatiolla pyritään vähentämään retkahduksista aiheutuvaa pettymystä. Tämän toiminnan perustana on tarkoitus ymmärtää, että päihderiippuvaisuudesta

parantuminen on toipumista, johon kuuluu retkahduksia, ylämäkiä ja alamäkiä sekä ennen kaikkea henkilökohtaista kasvua. Toiminnan tarkoituksena on edetä sen mukaan, mihin potilas on valmis, koska usein liian isot harppaukset monta vuotta tai vuosikymmentä alkoholia tai huumeita käyttäneelle ovat liian isoja, eikä tällöin hoitoon täysin sitoutuminen välttämättä ole mahdollista. Vertaistuellalla on myös iso merkitys, koska tällöin potilas näkee konkreettisesti, että joku muukin on kamppailut päihderiippuvaisuudesta ja selvinnyt siitä. Kuten aiemminkin on mainittu, hoitajan on tärkeää rakentaa luotettava suhde potilaaseen, että potilas uskaltaa kertoa retkahduksistaan sekä alamäistä, mitä toipumiseen kuuluu. Toiminnan tavoitteena on herättää potilaan toivo ja löytää unelmia, jotka antavat elämälle uudenlaisen merkityksen päihteiden sijaan. (Kallio, Kuosmanen & Virolainen 2020.)

Läheisten huomioiminen kaksoisdiagnoosi potilaan hoitotyössä on tärkeä osa potilaan hoitoa. Kuntoutumisprosessiin kuuluu sosiaalisen kansakäymisen merkityksen lisääntyminen ja verkoston rakentaminen. Potilas voi kuitenkin myös kieltää tietojen antamisen, jolloin hoitohenkilökunnan pitää olla tarkkana, ettei anna mitään tietoja potilaasta omaisille. Hoitohenkilökuntaa sitoo tällaisissa tilanteissa vaitiolovelvollisuus, vaikka tietojen antaminen voisikin edesauttaa potilaan kuntoutumista. Hoitohenkilökunta voi esimerkiksi tällaisissa tilanteissa kuunnella ja ottaa omaisten antamaa tietoa vastaan ja suunnitella saamansa tiedon avulla hoitosuunnitelmaa. Kuntoutumisen edetessä mietitään myös opiskelupaikan tai työpaikan hankkimista. (Mielenterveys omaiset Pirkanmaa - FinFami ry N.D.)

2.8.1 Hoitopaikkaan siirtyminen

Hoitopaikan valintaan vaikuttaa sen hetkinen ongelma ja potilaan motivaatio hoitoon sitoutumiseen. Mahdollisia hoitopaikkoja ovat perusterveyden- ja erikoissairaanhoido, avo- ja laitoshoido sekä päihde- vai psykiatrinen hoito. Todellisuuden tajun hämärtyessä esimerkiksi psykoosioireiden takia, tarvitaan kuitenkin psykiatrin arviota. Jos potilas on vaaraksi itselleen tai toisille voidaan tehdä M1-lähetä. M1-lähetteellä voidaan ottaa tarkkailuun, jonka tarkoituksena on selvittää, täytyy-

vätkö edellytykset tahdosta riippumattomaan hoitoon. Viimeistään neljäntenä päivänä tulee tehdä kirjallinen tarkkailulausunto M2-tarkkailulausunto. M3-hoitoonmääräämispäätöksen tekee psykiatrian erikoislääkäri tai psykiatrisesta vastaava erikoislääkäri neljän päivän kuluessa tarkkailujakson aloituksesta. Ensimmäinen M3-lausunto on voimassa kolme kuukautta ja sitä seuraava kuusi kuukautta, mikäli kriteerit tahdosta riippumattomasta hoidosta täyttyvät edelleen. Jos edellytykset eivät täyty, henkilö tulee kotiuttaa heti, kun hoitoon määräämisedellytykset eivät enää toteudu. (Kampman ym. 2013; Valvira N.D.)

Lievemmistä psyykkisistä oireista kärsivä päihderiippuvainen potilas hoidetaan perusterveydenhuollossa tai päihdepalveluissa. Vaikeat päihderiippuvuudet hoidetaan aluksi katkaisuhoidolla ja jos yhteistyö potilaan kanssa toimii ja hän on riittävällä tasolla kykeneväinen hallitsemaan käyttäytymistään, voidaan katkaisu tehdä avohoidossa. Muuten katkaisu olisi hyvä tehdä terveyskeskuksen vuodeosastolla tai katkaisuhoidoasemalla. Katkaisun jälkeen tilanne arvioidaan uudelleen ja suunnitellaan hoidon painotus psykososiaalisten ja päihdehoidon interventioiden välillä. (Kampman ym. 2013.)



Kuva 2: Päihdepsykiatrisen potilaan arviointi. (Kampman ym. 2013: 2057-62.)

2.8.2 Päihdepsykiatriset potilaat päivystyksessä

Päihdepsykiatrisen potilaan tullessa päivystykseen, keskitytään hoidon suunnittelussa ensin pääsialliseen ongelmaan. Hoidon jatkuessa tehdään tarkempi

päihde- ja mielenterveysongelman kartoitus. Hoidossa tulee tällöin huomioida kokonaistilanne pilkkomatta hoidon kohdetta vain päihde- tai mielenterveysongelmaan. Jos päihdepotilas on psykoottinen, kuuluu tämän arviointi psykiatrille sekä hoito usein erikoissairaanhoidon. (Kampman ym. 2013.)

Päivystyksessä päihdepsykiatristen potilaiden arviointi voi olla haastavaa työltä vaadittavan nopeatahtisuuden takia. Olisi hyvä olla vastaanoton kulkua jäsentäviä malleja, jotka hahmottaisivat pääasiallisen ongelman monimutkaisesta kokonaisuudesta. Aluksi voidaankin lähteä kartoittamaan ongelmaa seulakyselyiden avulla. Kokonaisarviointiin voidaan hyödyntää kuutio -arviointimallia. AUDIT -kysely paljastaa jo kolmella ensimmäisellä kysymyksellä alkoholiin liittyvän päihdehäiriön, mutta koko kysely tuo laajemman kuva tilanteesta. Muista päihteistä kysytään suoraan tavallisimpia nimeten. Huumeseulat ja alkometri ovat tärkeitä psykiatrisen arvion työkaluja ja mitä rutiininomaisemmin niitä käytetään hoitotyössä, sitä helpompi tutkimusten tekeminen on perustella potilaalle. Tutkimuksia ei tällöin oteta ehkä myöskään niin leimaavina. Hoitosuosituksissa korostetaan kaksoisdiagnoosipotilaan häiriöiden hoidontarpeen sekä vaikeusasteen arvioinnin tärkeyttä. (Kampman ym. 2013.)

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on tehdä opetusmateriaalia kaksoisdiagnoosin hoidosta Tampereen ammattikorkeakoulun sairaanhoitajakoulutuksen mielenterveys- ja päihdehoitotyön kolmannen vuoden vaihtoehtoihin ammattiopintoihin. Opinnäytetyön tavoitteena on opettaa opiskelijoita päihteidenkäytön ja mielenterveysongelmien yhteydestä. Haluamme opettaa heitä tunnistamaan kaksoisdiagnoosin olemassaolon, sekä miten kaksoisdiagnoosin saanutta hoidetaan.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

Millainen yhteys mielenterveysongelmilla ja päihteidenkäytöllä on?

Miten kaksoisdiagnoosin voi tunnistaa ja ottaa puheeksi?

Mitkä ovat kaksoisdiagnoosin keskeisemmät lääkkeettömät hoitomenetelmät?

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme menetelmä on toiminnallinen. Toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa toiminnallinen tuotos, jolla ratkaistaan ongelmaa, analysoidaan ja kuvaillaan prosessia tai sen vaiheita ja kehitetään käytäntöä (Säteri 2020). Opinnäytetyömme tuotos on oppimateriaali, jonka avulla opetetaan hoitamaan kaksoisdiagnoosin saanutta. Oppimateriaalin tavoitteet myös vastaavat opinnäytetyömme tehtäviä. Oppimateriaali on pohdintaa tukevaa tapausesimerkin avulla. Tapausesimerkki löytyy liitteistä.

4.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö pyrkii ohjeistamaan tai opastamaan ammatillisen kentän käytännön toimintaa tai tavoittelee järkeistämään tai järjestämään siellä tapahtuvaa toimintaa. Opinnäytetyön tuotos voi olla ohjeistus, ohje tai opastus. Esimerkiksi perehdytysopas tai turvallisuusohjeistus. Tuotos voi olla myös tapahtuman toteutus, kuten näyttelyn tai konferenssin järjestäminen. Toteutus voi olla portfolio, kirja, opas, näyttely yms. Tärkeintä on, että opinnäytetyössä yhdistyy käytännön toteutus sekä sen raportointi tutkimusviestinnän tavoin. (Airaksinen & Vilka 2003, 9.)

4.2 Tuotoksen kuvaus

Airaksisen ja Vilkan (2003) kirjassa Toiminnallinen opinnäytetyö kerrotaan, että hyvässä opinnäytetyössä kokonaisilme luodaan viestinnällisin ja visuaalisin keinoin, joiden avulla tunnistetaan tavoitellut päämäärät. Olemme koittaneet luoda selkeän kokonaisilmeen sekä tapausesimerkillemme, että opettajan käsikirjallemme, jotta niitä olisi helppo tulkita, oppimisen tavoitteet tulisivat hyvin ilmi ja tuotoksen läpikäyntiprosessi olisi selkeä. Airaksisen ja Vilkan (2003) mukaan opinnäytetyön tekstien tulee myös palvella kohderyhmäänsä niin, että tekstin ilmaisu, tyyli ja sävy olisivat ymmärrettäviä. Mielestämme olemme käyttäneet sel-

keää ilmaisua ja kieltä. Halusimme tehdä tuotoksen sähköisenä, jotta se olisi helpommin saatavilla ja jotta tuotoksen kustannukset pysyisivät pienenä. (Airaksinen ja Vilkka 2003, 51-52.)

Ensisijaisia kriteereitä opinnäytetyölle ovat tuotteen muoto, asiasisällön sopivuus kohderyhmälle, informatiivisuus, selkeys, johdonmukaisuus, houkuttelevuus, sekä käytettävyys kohderyhmässä ja käyttöympäristössä. Olemme koittaneet etsiä tietoa mahdollisimman laajasti, käyttäneet lakia, tutkimuksia, artikkeleita ja mahdollisimman viimeisintä tietoa, jotka ovat lisänneet informatiivisuutta, johdonmukaisuutta ja käytettävyyttä. Emme myöskään ole löytäneet paljoakaan ristiriitaista tietoa, joten kirjoittamamme tiedot tukevat toisiansa. Kaksoisdiagnoosin hoitotyöstä ei ole oikeastaan puhuttu omissa opinnoissamme, joten toivomme sen lisäävän työn houkuttelevuutta. Johdonmukaisuutta olemme tavoitelleet, asiasisällön loogisella esitysjärjestyksellä. Lisäksi työn sähköinen muoto tukee sen käytettävyyttä esimerkiksi luokkahuoneessa, jossa tapausesimerkki voidaan esitellä suullisesti, tekstinä sellaisenaan tai esittäen. (Airaksinen ja Vilkka 2003, 53.)

Hyvä opetusmateriaali on sellaista, joka soveltuu sekä opetus- ja opiskelukäyttöön. Opetusmateriaalin täytyy olla pedagogiseen laatuun perustuva, joka tarkoittaa, että se tukee opiskelijan oppimista ja antaa mahdollisuuksia tehtävän ratkaisemiseen. Opinnäytetyöhömme olemme keränneet mielestämme laajasti tietoa, joka tukisi oppimista. Lisäksi laadukkaana opetusmateriaalin täytyy olla sisällöltään opetussuunnitelman mukainen ja edistää opiskelijan oppimista uusimman tutkimustiedon mukaisesti. Olemmekin hyödyntäneet Tampereen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaa mielenterveys- ja päihdehoitotyön kursseilta laatiessamme opiskelijan tavoitteita ja keränneet tietoa tukemaan näitä tavoitteita. Opetusmateriaali toimii opettajalle tukena opetustyössä, niin kuin mekin olemme pyrkineet tekemään opettajan käsikirjan luomisessa. (Opetushallinto N.D.; Perälä 2021.)

4.3 Opetussuunnitelma

Tapausesimerkit on muodostettu sairaanhoitajakoulutuksen vuoden 2021 opetussuunnitelman mielenterveys- ja päihdehoitotyön opetuksen sisältöjen ja tavoitteiden mukaisiksi. Tapausesimerkkimme on tarkoitettu kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoille mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintoihin. Opettajalle teemme käsikirjan, miten ohjata työskentelyä, muun muassa millaista materiaalia hän etsii opetettavaksi, milloin hän esittelisi tapaukset ja miten kävisi ne läpi, sekä mitä opiskelijoiden olisi hyvä mainita töissään saadakseen työskentelyn suoritetuksi. Opiskelijan oppimistavoitteina on oppia mielenterveyshäiriöiden ja päihteidenkäytön yhteydestä, sekä miten ottaa puheeksi ja tunnistaa riski asiakkaan liialliselle päihteiden käytölle ja alttius mielenterveyshäiriöille. Tavoitteena on myös syventyä kaksoisdiagnoosin lääkkeettömiin hoitomenetelmiin. (Tampereen ammattikorkeakoulu N.D.)

4.4 Case -työskentely

Case-työskentelyn tarkoitus on simuloida tosielämän tilanne ajatteluntasolle. Harjoituksen tarkoitus on olla sovellettavissa tosielämään, joko oikeiden tapaus- tai keksittyjen tapauksien pohjalta ja opettaa päätöksentekoon. Tapaukset voivat olla kertomuksia, malleja, kuvauksia, sovelluksia tai ratkaisuja. Opinnäytetyöhömme teemme kertomuksen keksitystä tilanteesta. Se voidaan esittää verbaalisesti, tekstinä tai opettajan kertomana. Tapauksien apuna voidaan tarvittaessa käyttää kuvia, videoita tai muita havainnollistavia materiaaleja, mutta meidän työhömme sellaisia ei tule. Ennen tapauksen esittämistä tai sen jälkeen voidaan esittää opiskelijoille kysymyksiä ryhmässä tai yksintyöskentelyyn. Meidän tarkoituksemme on esittää kysymyksen tapauksen esittelyn jälkeen ja lopuksi työt käydään läpi keskustellen ja opettaja voi antaa palautetta. Tärkeintä työskentelyssä on keskustelu ja vuorovaikutus, sillä ratkaisuja voi olla monia. Ratkaisujen lähtökohtana opiskelijat käyttävät jo oppimaansa tietoa tai osaamistaan. (Oamk N.D.) Tapauksessamme käsittelemme juuri kaksoisdiagnoosin saaneen hoitotyön suunnittelua sekä päihdeongelman tunnistamista mielenterveyspotilaalla.

Case-opetuksessa on tarkoituksena, että tapausta aloitetaan purkamaan joko itsenäisesti tai ryhmässä. Case-työskentely laajentaa opiskelijoiden osaamista ja

harjoittaa jo opittuja asioita. Case-työskentelyssä on tarkoitus soveltaa tietoa, harjoittaa kokonaisuuksien ymmärtämistä sekä harjoitella käytännön ongelmaratkaisua. Haasteeksi joskus voi nousta opiskelijoille case-työskentelyssä tapauksesimerkin pääpointin ymmärtäminen. (Hyppönen & Lindén 2009.)

On tutkittu, että oppimien asioiden käyttö ja tiedon soveltamisen ratkaistessaan uusia tehtäviä kehittää opiskelumotivaatiota sekä lisää kiinnostusta opiskeltavaan aiheeseen. Usein opiskelijat pienryhmissä voivat lähteä ratkaisemaan ratkaisevaa tehtävää eri näkökulmasta. On tutkittu, että omien näkökulmien avaaminen ja muiden näkökulmien kuuntelu on todettu olevan oppimista edistävä tekijä. Ryhmätyöskentely opettaa myös erilaisia työskentelytapoja. Ryhmätyöskentely kehittää myös tulevaisuudessa tarvittavia työelämätaitoja. (Engerström 2007.)

4.5 Tuotoksen rakentaminen

4.5.1 Tapausesimerkin rakentaminen

Tapausesimerkin teimme Tampereen ammattikorkeakoulun vaihtoehtoisiin mielenterveys- ja päihdehoitotyön opintoihin. Tapausesimerkkimme tarkoitus on harjoittaa opiskelijoiden ongelmaratkaisukykyä sekä soveltaa opittuja asioita käytännön tasolle. Tapausesimerkissä on tarkoitus myös harjoitella hoitotyön suunnittelua.

Tapausesimerkkimme on rakennettu pienryhmätyöskentelyyn, jonka jälkeen tapaus käytäisiin läpi tunnilla yhteisesti, jotta opiskelijat oppisivat myös toisiltaan asioita, mitä heille itselleen ei välttämättä mieleen ole tullut. Tapausesimerkkimme on kaksiosainen. Tarkoituksena on ensimmäisen osan jälkeen pohtia vastauksia pienryhmissä ensimmäisen osan kysymykseen. Tämän jälkeen siirrytään toiseen osaan, jonka jälkeen tapaus käydään yhteisesti läpi luokassa opettajan kanssa.

4.5.2 Opettajan käsikirjan rakentaminen

Liitteisiin olemme kasanneet opettajan käsikirjan, johon olemme keränneet tapausesimerkin kannalta tarvittavaa tietoa. Teoriatieto on lähteisiin perustuvaa, jota käytimme myös opinnäytetyön teoriaosuudessa. Tarkoituksena on, että opettajan käsikirja antaa tapausesimerkin ratkaisemiseen tukea opettajalle. Käsikirjassa on laajasti tietoa muun muassa lääkkeettömistä hoitomenetelmistä, kaksidiagnoosin tunnistamisesta sekä puheeksi otosta.

5. POHDINTA

5.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme luotettavuutta vahvistimme sillä, että käytämme monipuolisesti erilaisia tietolähteitä eri tietokannoista. Työmme neutraaliutta vahvistimme sillä, että katsomme tietoa eri tietolähteistä ja otamme huomioon myös ristiriitaista tietoa. Käytimme lähteinä tieteellisiä tutkimuksia, sekä alan ammattilaisten kirjoittamia tekstejä, joka myös lisäävät opinnäytetyömme luotettavuutta ja etsimme myös mahdollisimman uutta tietoa. (Helsingin yliopisto N.D.; Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2023.)

Uskomme työmme siirrettävyyteen, eli siihen että tutkimustulosta voidaan hyödyntää toisenlaisessa samanlaisessa tilanteessa. Vahvistettavuutta uskomme lisäävämmme sillä, että luomme oppimismateriaalimme tietolähteistä etsimämme tiedon perusteella. Tämä myös lisää sovellettavuutta, sillä pyrimme soveltamaan etsimäämme tietoa tapausesimerkkiimme. (Helsingin yliopisto N.D.; Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2023.)

Eettisyydellä tarkoitetaan sitä, että työmme on toistettavissa. Pyrimme tähän ottamalla tietoa eri tietolähteistä ja käyttämällä uusinta saatavilla olevaa tietoa. Pidimme huolta myös, että opinnäytetyömme arviointimenetelmät ovat eettisiä. Kiinnitimme huomiota avoimuuteen ja rehellisyyteen sekä vastuullisuuteen julkaisemisessa. (Helsingin yliopisto N.D.; Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2023.)

Tapausesimerkkimme on keksitty, jolloin meillä ei ole salassapito-ongelmia. Tapausesimerkkimme on luotu vastaamaan todenmukaisia tilanteita, mitä hoitotyössä voi tulla vastaan. Luomamme tapausesimerkki vastaa Tampereen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmaa.

5.2 Opinnäytetyön prosessi

Aihe ei ole kovasti muuttunut alkusuunnitelmasta, mutta otsikointi sekä aihe on tarkentunut. Olimme keskivaiheen mielenterveys- ja päihdehoitotyön kurssilla tutustuneet jo päihde- ja mielenterveysongelmien vaikutuksista toisiinsa ja koska pidimme aihetta tärkeänä jo tuolloin, halusimme nyt perehtyä aiheeseen laajemmin opinnäytetyön muodossa. Aluksi keräsimme laajasti tietoa aiheesta, mutta totesimme, että lääkkeellisten hoitomenetelmien mukaan ottaminen olisi tehnyt työstä turhan laajan, joten rajasimme menetelmät lääkkeettömiin. Haastavinta opinnäytetyö prosessissamme oli päättää mistä osa-alueista tarkalleen kirjoittaa ja mitä kaikkea sisällyttää työhön. Teimme aluksi myös kaksi pientä tapausesimerkkiä, mutta totesimme, että saamme paremman ja opettavaisemman työn aikaiseksi, jos teemme vain yhden.

Tiedonhaku oli helpohkoa, mutta mitä pidemmälle pääsimme, sitä enemmän uusia näkökulmia löytyi ja oli vaikea pysyä tiukasti pääasiallisessa aiheessa. Yritimme etsiä lähteitä kymmenen vuoden sisältä, mutta käytettiin lisäksi paria vanhempaa lähdetä, koska uudempaa tietoa ei ollut. Varmistimme kuitenkin, että tieto on ajan tasalla. Työn loppuvaiheessa löytyi vielä paljon uutta tietoa ja lisäsimmekin vielä joitain lääkkeettömiä menetelmiä. Aihetta oli kuitenkin helpompi rajata, jos löydetyssä tiedossa käsiteltiin vähääkään lääkkeellisiä hoitomenetelmiä. Tieteellisiä tutkimuksia oli suhteellisen helppo löytää ja kansainvälisiä tietolähteitä löytyi jonkin verran. Tietokannoista oli kylläkin vaikea löytää hyviä lähteitä etenkin suomeksi.

Tapausesimerkin tekeminen oli todella työlästä sillä, kun aloitimme tapausesimerkin tekemisen meillä ei ollut kauheasti kokemusta mielenterveys ja päihdehoitotyöstä. Tapausesimerkin luomista vaikeutti myös se, että emme tieneet miten tapausesimerkki olisi ollut kaikista parhain rakentaa. Rakensimme kuitenkin tapausesimerkkimme tunneilla käymiemme tapauksien pohjalta ja mietimme, miten saisimme rakennettua itse saman tyyllisen tapauksen. Myös opettajan käsikirja tuotti hankaluutta, sillä emme olleet itse sellaisia käyttäneet ja oli todella vaikea tietää mitä siihen olisi pitänyt tulla ja millä tavalla se olisi ollut hyvä rakentaa.

5.3 Kehittämisehdotukset

Olisimme voineet aikatauluttaa ja rajata työtämme paremmin. Jos olisimme tehneet työtä jo alkuvaiheessa tiheämmässä aikataulussa, olisimme saaneet mahdollitettua enemmän sisältöä työhömmе, sekä pystyneet rajaamaan aihetta vielä tarkemmin. Ehkä loppuvaiheessa ei sitten olisi tullut niin paljoa uutta tietoa, sillä olisimme jo alkuvaiheessa etsineet kaiken käyttämämme tiedon. Olisimme halunneet löytää enemmän tieteellisiä tutkimuksia, mutta niitä ei juuri aiheesta löytynyt. Hakusanoja olisimme voineet miettiä vielä laajemmin, jos se olisi tuonut entistä enemmän luotettavia lähteitä.

Tapausesimerkkimme olisi voinut olla vieläkin selkeämpi ja yksinkertaistempi. Tapausesimerkin rakentaminen olisi voinut olla helpompaa, jos meillä olisi ollut enemmän kokemusta mielenterveys ja päihdehoitotyöstä. Opettajan materiaalista olisimme voineet tehdä vielä visuaalisesti selkeämmän ja olisimme voineet enemmän tutkia miltä opettajan käsikirja näyttää. Olisimme myös voineet koittaa tapausesimerkin käytettävyyttä oikeassa opetustilanteessa, mutta valitettavasti siihen ei jäänyt aikaa.

LÄHTEET

- Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 15.3.2023. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80082/8c520a2b-6ed1-4789-bc9b-8597c85121ee.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Aalto, M. & Vormaa, H. 2013. Erikoissairaanhoidon päihdepsykiatria etenee kohti tarkempaa erotusdiagnoosia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 129(19), 2079-84. Viitattu 11.11. 2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11264>
- Aalto, M. N.D. Kaksoisdiagnoosi. Päihdelinkki. Viitattu 15.3.2023. <https://paihdelinkki.fi/sgn/tietopankki/tietoiskut/kaksoisdiagnoosi>
- Aalto, M. 2010. Psykiatrisen hoitojärjestelmän tulisi tarjota päihdehoitoa kaksoisdiagnoosipotilaille. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 126(15): 1760-1. Viitattu 26.1.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo98984>
- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 123(11): 1293-8. Viitattu 15.3.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo96517>
- Aalto, M. 2017. Samanaikainen päihde- ja mielenterveyden häiriö. Päihdelinkki. Viitattu 4.11.2023. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/samanaikainen-paihde-ja-mielenterveyden-hairio>
- Aaltonen, A. N.D. Hyväksymis- ja omistautumisterapia. Fitmind. Viitattu 19.1.2024. [https://fitmind.fi/psykoterapia/hyväksymis-ja-omistautumisterapia/](https://fitmind.fi/psykoterapia/hyvaaksymis-ja-omistautumisterapia/)
- Ahdistuneisuuskysely (GAD-7). N.D. Mielenterveystalo.fi Viitattu 15.1.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/oirekyselyt/ahdistuneisuuskysely-gad-7>
- Airaksinen, T. & Vilkkä, H. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 9. Viitattu 19.1.2024.
- Alcoholics Anonymous - Nimettömät alkoholistit. N.D. Toipuminen - AA:n 12 askelta. Viitattu 16.1.2024. <https://www.aa.fi/index.php?type=0&id=56&pageid=56>
- Al, E., Davis, K. E., Devitt, T., O'Neill, S. & Rollins, A. 2006. Integrated residential treatment for persons with severe and persistent mental illness: lessons in recovery. Journal of psychoactive drugs 38(3), 263-72. Viitattu 15.1.2024. Vaatii käyttöoikeuden. <https://www.proquest.com/docview/208009724?parentSessionId=o8CtsnKbLE%2By%2BOfngK9eHL9twh15mpcAczrp%2FY00OAK%3D&pq-origsite=primo&accountid=14242&sourcetype=Scholarly%20Journals>
- Beckin ahdistuskyselylomake (BAI). N.D. Viitattu 15.1.2024.

<https://www.ksshp.fi/tules-kartta/Beckin%20ahdistuskysely.pdf>

Bird, Y., Esmaeelzadeh, S., Moraros, J. & Thrope, L. 2018. Examining the Association and Directionality between Mental Health Disorders and Substance Use among Adolescents and Young Adults in the U.S. and Canada—A Systematic Review and Meta-Analysis. *National library of medicine* 7(12), 543. Viitattu 15.10.2023. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6306768/>

Brooke-Sumner, C., Cleary, M., Cochrane schizophrenia group, Hunt, G., Morley, K. & Siegfried, N. 2019. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane database of systematic reviews* 2019(12). *National library of medicine*. Artikkelin tunnus: PMC6906736. Viitattu 12.1.2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6906736/>

Dekker, J., De Waal, M., Goudriaan, A., Kikkert, M. & Peen, J. 2018. Effectiveness of integrated dual diagnosis treatment (IDDT) in severe mental illness outpatients with a co-occurring substance use disorder. *Journal of substance use and addiction treatment* (95), 35-42. Viitattu 15.1.2024. [https://www.jsatjournal.com/article/S0740-5472\(18\)30214-9/fulltext](https://www.jsatjournal.com/article/S0740-5472(18)30214-9/fulltext)

Dr. Smith & Wilson. 1939. *Alcoholics Anonymous - Nimettömät Alkoholistit*. Viitattu 15.10.2023.

Duodecim. 2018. Audit-kysely. *Duodecim terveyskirjasto*. Viitattu 10.1.2024. <https://www.terveyskirjasto.fi/pgt00005>

Duodecim. 2022. Lyhytpsykoterapian uusi perusteos antaa työvälineitä matalan kynnyksen mielenterveyspalvelujen toteuttamiseen. Viitattu 15.1.2024. <https://www.duodecim.fi/2022/10/20/lyhytpsykoterapian-uusi-perusteos-antaa-tyovalineita-matalan-kynnyksen-mielenterveyspalvelujen-toteuttamiseen/>

Engeström, Y. 2007. *Perustietoa opetuksesta*. Helsingin yliopisto. Viitattu 2.12.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/57b08cc7-2387-47ce-9195-4281090093a0/content>

Haravuori, H., Marttunen, M., Seilo, N. & Suomalainen, L. 2018. Nuoren viiltely ja muu itsetuhoisen käyttäytyminen. *Lääketeollinen aikakauskirja Duodecim* 134(8), 857-64. Viitattu 15.10.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo14287>

Heltti. N.D. Lyhytterapia. Viitattu 15.1.2024. https://with.heltti.fi/lyhytterapia/?utm_content=sitelink&gclid=CjwKCAiAzJOtBhA-LEiwAtwi8tpN6ipe0LraTo8J6BPTMaI9rwU2Fqt8nkNb1St4HYyfd52rCHDGRK-RoCrP8QAvD_BwE

Helsingin yliopisto. N.D. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 26.4.2023. <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/vastuullinen-tiede/tutkimusetiikka/hyva-tieteellisen-kaytanta>

Higgins, S. & Petry, N. 1999. Contingency management. *Alcohol research & health*. *National library of medicine*. 23(2), 122-127. Viitattu 12.1.2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6760431/>

Holmberg, N. 2009. Kognitiivinen terapia. Päihdelinkki. Viitattu 15.10.2023. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyjon-menetelmat-ja-koulutus/kognitiivinen-terapia/>

Huttunen, M. 2018. Tahdosta riippumaton psykiatrisen sairaalahoito. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Artikkelin tunnus: dlk00512 (025.038). Viitattu 15.10.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00512>

Huumeongelmat: Käypä hoito -suositus. 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Artikkelin tunnus: hoi50041. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 15.10.2023. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>

Hyppönen, O & Lindén, S. 2009. Opettajan käsikirja: opintojaksojen rakenteet, opetusmenetelmät ja arviointi. Espoo: Teknillinen korkeakoulu. Viitattu 19.1.2024. <https://aaltoodoc.aalto.fi/server/a/core/bitstreams/63166d29-e34d-467b-922a-6cd271b785d6/content>

Häkkinen, M. 2023. Alkoholiriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Artikkelin tunnus: dlk00196. Viitattu 15.10.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00196>

Järvinen, M. 2020. Motivoiva haastattelu. Duodecim käypä hoito. Artikkelin tunnus: nix02109. Viitattu 15.10.2023. <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>

Kallio, L., Kuosmanen, L. & Virolainen, T. 2020. Yksilöllistä toipumista toipumisorientaation avulla. A-klinikkasäätiö. Viitattu 11.11.2023. <https://a-klinikkasaa-tio.fi/ajankohtaista/yksilollista-toipumista-toipumisorientaation-avulla>

Kampman, O & Lassila, A. 2007. Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli tärkein tieto. Lääkärilehti 62(47), 4447-4451. Viitattu 15.10.2023. <http://www.laakarilehti.fi/libproxy.tuni.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/samanaikaisen-mielenterveys-ja-paihdeongelman-hoitoon-on-kehitetty-integroitu-arviointimalli-tarkein-tieto/>

Kampman, O., Koivukangas, A., Lindholm, L. & Luoto, K. 2013. Psyhyke plus ja päihdeitä mukana: päihdepsykiatrisen potilaan arviointi perusterveydenhuollossa. Duodecim 129(19), 2057-62. Viitattu 24.10.2023. <https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/ltk/article/duo11265/search/Mielenterveysongelman%20arviointi?db=122535>

Karpov, B. 2018. Anxiety, substance use, adherence to treatment and level of functioning in specialized psychiatric care patients. Department of Psychiatry. University of Helsinki. Väitöskirja. Viitattu 30.1.2023. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/6852ab07-2f32-402f-a3fac06c0034d730/content>

Kiesepää, T & Oksanen, J. 2013. Psykoedukaatio psykoosien hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 129(20), 2133-9. Viitattu 18.1.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo11273>

- Levola, J., Niemelä, S. & Peltonen, T. 2019. Huumeiden käyttöön liittyvät psykoosit. Suomen lääkirilehti 74(48), 2798-2804. University of Helsinki. Viitattu 11.11.2023. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/320075/SLL482019_2798.pdf?sequence=1
- Lindroos, L. & Lotvonen, E. 2015. Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoito. Päihdelinkki. Viitattu 12.1.2024. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/kaksoisdiagnoosipotilaiden-hoito/>
- Lopez, M., Mangrum, L. & Spence, R. 2006. Integrated versus parallel treatment of co-occurring psychiatric and substance use disorders. Journal of substance use and addiction treatment 30(1), s.79-84. Viitattu 12.1.2024. [https://www.jsat-journal.com/article/S0740-5472\(05\)00201-1/fulltext](https://www.jsat-journal.com/article/S0740-5472(05)00201-1/fulltext)
- Mielenterveysomaiset Pirkanmaa - FinFami ry. N.D. Opas omaiselle mielenterveys- ja päihdeongelmista. Tampere. Viitattu 12.1.2024. https://www.finfamipirkanmaa.fi/wp-content/uploads/FinFami_Opas-omaiselle-mielenterveys-ja-p%C3%A4ihdeongelmista.pdf
- Minduu. N.D. Kognitiivinen käyttäytymisterapia. Viitattu 12.1.2024. <https://minduu.fi/fi/psykoterapian-abc/psykoterapiasuuntauokset/kognitiivinen-kayttaytymisterapia/>
- Minnesota-hoito. 2024. Minnesota-hoito. Viitattu 19.1.2024. <https://www.minnesota-hoito.fi/minnesota-hoito/>
- Mitä opioidikorvaushoito on? N.D. Mielenterveystalo.fi. Viitattu 19.1.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/paihteet/mita-opioidikorvaushoito>
- Mäkelä, D. & Niemelä, S. 2015. Alkoholiriippuvuuden psykososiaalinen hoito. Päihdelinkki. Viitattu 22.3.2023. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholiriippuvuuden-psykososiaalinen-hoito>
- Mäkelä, R., Simojoki, K. & Partanen, M. 2020. Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito. Päihdelinkki. Viitattu 19.1.2024. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/opioidiriippuvuuden-laakkeellinen-vieroitus-ja-korvaushoito/>
- Mäkelä, R. 2005. Läheiset ja päihdeongelmien hoito. Päihdelinkki. Viitattu 19.1.2024. <https://paihdelinkki.fi/tietopankki/tietoiskut/laheiset-ja-paihteiden-kaytto/laheiset-ja-paihdeongelmien-hoito/>
- National library of medicine. 2022. Cognitive behavioral therapy. Artikkelin tunnus: NBK279297. Viitattu 28.1.2024. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279297/>
- Niemelä, S. 2018. Muutosvaihemallin mukainen hoitosuunnitelma. Duodecim käypähoito. Artikkelin tunnus: nix02543. Viitattu 15.10.2023. <https://www.kaypa-hoito.fi/nix02543>

Niemelä, S. 2018. Opioidiriippuvuuden hoito palkitseamalla korvaushoidon yhteydessä. Duodecim käypähoito. Artikkelin tunnus: nak05154 Viitattu 12.1.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nak05154>

Oamk. N.D. Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana. Tapausharjoitus. Viitattu 26.4.2023. <http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelm06a/html/tapausharjoitus.html>

Oksanen, J. 2020. Lyhytkestoinen koulutuksellinen terapia (psykoedukaatio) ja psykoosien uusiutuminen. Duodecim käypä hoito. Artikkelin tunnus: nak09442. Viitattu 18.1.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nak09442>

Opetushallitus. N.D. E-oppimateriaalin laatuksiteerit. Viitattu 28.1.2024. <https://www.oph.fi/fi/julkaisut/e-oppimateriaalin-laatuksiteerit>

Partonen, T. & Solin, P. 2017. Tunnista itsemurhan vaara! Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 133(15), 1405-10. Viitattu 15.10.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13830>

Perälä, P. 2021. Laadukas ja käyttäjälleen sopiva oppimateriaali houkuttelee potentiaalisiin esiin. Otava Oppimisen palvelut. Viitattu 28.1.2024. <https://oppimisenpalvelut.otava.fi/ajankohtaista/2021/laadukas-ja-kayttajalleen-sopiva-oppimateriaali-houkuttelee-potentiaalisiin/>

Päihdelinkki. N.D. Huumeiden käytön riskit – DUDIT. Viitattu 10.1.2024. <https://paihdelinkki.fi/testit-ja-laskurit/huumeet/huumeiden-kayton-riskit-dudit/>

Rovasalo, A. 2022. Masennustila eli depressio. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 15.3.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389>

Rovasalo, A. 2022. Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Duodecim terveyskirjasto. Artikkelin tunnus: dlk00555. Viitattu 15.3.2023. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00555>

Rutanen, V. 2021. Masennus. Päihdelinkki. Viitattu 22.3.2023. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/masennus>

Seppänen, S. 2023. Päihdehoitotyö. Luento diat. Viitattu 31.1.2023. Vaatii käyttöoikeuden. <https://moodle.tuni.fi/mod/resource/view.php?id=2211735>

Seuri, T. N.D. Psykodynaaminen psykoterapia. Lääkärikeskus Aava. Viitattu 16.1.2024. <https://www.aava.fi/palvelut/mielenterveys/terapiapalvelut/psykoanalyttinen-psykodynaaminen-psykoterapia/>

Simojoki, K. 2015. Kahdentoista askeleen hoidon vertailu muihin hoitomuotoihin alkoholiongelmaisen hoidossa. Duodecim käypä hoito. Artikkelin tunnus: nak04632. Viitattu 16.1.2024. <https://www.kaypahoito.fi/nak04632>

Suominen, K. & Valtonen, H. 2013. Itsetuhoisen potilaan arviointi. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 129(8), 881-5. Viitattu 15.10.2023. <https://www.duodecimlehti.fi/duo10929>

Säteri, M. 2020. Toiminnallisen opinnäytetyön erityispiirteitä. Metropolia. Viitattu 26.4.2023. <https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=57182852>

Tampereen ammattikorkeakoulu (TAMK). N.D. Opinto-opas. Sairaanhoidajan tutkinto-ohjelma. Viitattu 26.4.2023. <https://opinto-opas.ops.tamk.fi/167/fi/89/49595>

Terveystalo. N.D. Psykodynaaminen ja psykoanalyttinen psykoterapia. Viitattu 16.1.2024. <https://www.terveystalo.com/fi/palvelut/psykodynaaminen-ja-psykoanalyttinen-psykoterapia>

Terveyskylä. 2021. Päihteet ja aivot. Viitattu 15.3.2023. <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/aivojen-toimintakykyyn-vaikuttavia-te-kij%C3%B6it%C3%A4/p%C3%A4ihteet-ja-aivot>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. N.D. Alkoholin käytön puheeksiotto ja mini-interventio. Viitattu 15.10.2023. <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeety/puheeksiotto-ja-mini-interventio/alkoholin-kayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. N.D. Päihteiden käytön ja riippuvuuksien varhainen tunnistaminen ja tuki perusterveydenhuollossa. Viitattu 15.10.2023. <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeety/ehkaiseva-paihdeety-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/paihteiden-kayton-ja-riippuvuuk-sien-varhainen-tunnistaminen-ja-tuki-perusterveydenhuollossa>

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. N.D. Sosiaalinen kuntoutus. Viitattu 15.10.2023. <https://thl.fi/aiheet/lapset-nuoret-ja-perheet/sote-palvelut/sosiaalipalvelut/sosiaalinen-kuntoutus>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK). Viitattu 7.11.2023. <https://tenk.fi/fi/tiedetilppi/hyva-tieteellinen-kaytando-htk>

Valvira sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. N.D. Tahdosta riippumaton hoito. Viitattu 15.1.2024. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhoito/tahdosta-riippumaton-hoito>

Väestönliton Hyvinvointi Oy. N.D. Ratkaisukeskeinen lyhytterapia. Viitattu 15.1.2024. <https://vaestoliitonterapia.fi/ratkaisukeskeinen-lyhytterapia/>

KUVAOTSIKKOLUETTELO

Taulukko 1: Kuutioarvioinnin osa-alueiden pisteytys. (Kampman & Lassila. 2007: 4450)

Kuva 1: Päihdepsykiatrisen potilaan arviointi. (Kampman ym. 2013: 2057-62)

LIITTEET

Liite 1. Tapausesimerkki

Päivystykseen on eilen tuotu 27-vuotias nainen huumeiden yliannostuksen vuoksi. Olet sairaanhoitajana aamuvuorossa osastolla ja nainen on potilaasi. Naisen hoitohistoriassa lukee maininta vainoharhaisesta käyttäytymisestä mm. lääkkeiden otossa ja äänien kuulemisesta, jotka käskevät satuttaa itseä ja muita. Asiakas käynyt aikaisemmin psykiatrisen sairaanhoitajan seurantakäynneillä satunnaisesti. Huoneeseen mentyäsi potilas on vaitonainen, mutta vastaa kysymyksiisi. Selviää, ettei tämä ole ensimmäinen kerta, kun hän käyttää huumeita, vaan käytöstä on tullut suhteellisen säännöllistä. Miten kyselisit potilaan voinnista ja tapahtuneesta?

Esimerkki jatkuu:

Potilas siirtyy kriisiosastolle päivystyksestä. Potilas kertoo kriisiosastolla ottaneensa lääkkeitä tällä kertaa itsensä vahingoittamistarkoituksessa. Nyt asiakas kertoo, että ei uskalla mennä kotiin, koska näkee harhoja ja kuulee ääniä. Miten huomioisit tämän hoidossa ja millaisen hoitosuunnitelman teet?

Liite 2. Opettajan materiaali

Opiskelijan tavoitteet, oppimisen tavoitteet, miten keissi käydään läpi, teorialietoa vastauksista.

Opiskelijoille halutaan opettaa kaksoisdiagnoosi potilaan hoidosta ja sen tunnistamisesta, sekä psykososiaalisista hoitomenetelmistä.

Tapausesimerkki käydään tunnilla läpi ensin ensimmäinen osa, jossa oppilaat käyvät tapausta läpi pienryhmissä, jonka jälkeen olisi koko luokan keskustelua tapauksesta ja sitten toinen osa samalla tavalla ja lopuksi tiivistetään, miten koko tapaus ratkaistaisiin.

Opettajan käsikirja

Opiskelijan tavoitteet:

- Osaa työskennellä pienryhmässä ja ottaa vastuun omasta oppimisestaan, sekä työskentelystään
- Ymmärtää hoitajana puheeksi ottamisen tärkeyden mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidossa
- Ymmärtää mielenterveysongelmien ja päihteiden käytön yhteyden toisiinsa
- Osaa kaksoisdiagnoosin hoidon periaatteet
- Ymmärtää kaksoisdiagnoosin keskeisemmät lääkkeettömät hoitomenetelmät
- Osaa etsiä tietoa keskeisistä asioista tapausesimerkkiin liittyen, sekä soveltaa jo olemassa olevaa tietoa.
- Tuntee eri lähestymistapoja ja psykoterapiamenetelmiä mielenterveys- ja päihdehoitotyössä
- Hallitsee hoitosuhdetyöskentelyn periaatteet mielenterveys- ja päihdehoitotyön erityispalveluissa ja tietää läheisten tukemisen merkityksen
- Osaa arvioida hoidon tarvetta potilaan oireiden perusteella, oireittareita käyttäen ja haastatellen
- Hallitsee motiivoinnin periaatteet

- Harjaantuu hoitosuunnitelman tekemisessä (Tampereen ammattikorkeakoulu N.D.).

Miten tapausesimerkki käydään läpi:

- Tapausesimerkkimme on rakennettu pienryhmätyöskentelyyn, jonka jälkeen tapaus käytäisiin läpi tunnilla yhteisesti, jotta opiskelijat oppisivat myös toisiltaan asioita, mitä heille itselleen ei välttämättä mieleen ole tullut.
- Tapausesimerkkimme on kaksiosainen. Tarkoituksena on ensimmäisen osan jälkeen pohtia vastauksia pienryhmissä ensimmäisen osan kysymyksiin. Tämän jälkeen siirrytään toiseen osaan, jonka jälkeen tapaus käydään yhteisesti läpi luokassa opettajan kanssa.
- Tavoitteena on soveltaa jo olemassa olevaa tietoa, oppia muilta sekä etsiä tietoa ja soveltaa sitä tapausesimerkkiin.

Tapausesimerkin kannalta vastattavia kysymyksiä:

- Kaksoisdiagnoosin tunnistaminen
 - Erotusdiagnoosi (esim. päihdepsykoosi)
- Päivystyksen käytännöt mielenterveys- ja päihdetapauksissa
- Hoitopolku
- Kaksoisdiagnoosin hoidon periaatteet
- Puheeksiotto
 - Motivoiva haastattelu
 - Mini-interventio
 - Muutos-vaihe malli
- Psykososiaaliset menetelmät
 - Psykoedukaatio
 - Lyhytterapia
 - Psykodynaaminen terapia
 - Kognitiivinen käyttäytymisterapia
 - Korvaushoito
 - Palkkiohoito
 - 12-askeleen hoito
 - Sosiaalinen kuntoutus
- Läheisten merkitys osana päihderiippuvaisen hoitoa

- Jaksoittainen, rinnakkainen, integroitu hoitomalli.

Teoriatietoa vastauksista

Kaksoisdiagnoosin tunnistaminen/ erotusdiagnoosiikka

- ICD-luokitusjärjestelmä luokittelee mielenterveyden häiriöt primaareihin ja päihteiden aiheuttamiin psykoottisiin häiriöihin. Päihteitä käyttävien psyykkisiä oireista kärsivien potilaiden kaksoisdiagnoosin erotusdiagnoosiikka tehdään:
 1. kun psyykkiset oireet selittyvät päihteidenkäytön välittömällä vaikutuksella, joita ovat päihtymystila ja vieroitukseen liittyvä oireilu.
 2. Psyykkiset oireet ovat primäärisiä, eivätkä johdu päihteiden välittömästä vaikutuksesta. Tällöin päihteidenkäyttö voi pahentaa oireilua tai heikentää hoitovastetta, mutta oireilu ei selity kokonaan päihteiden välittömällä vaikutuksella. (Aalto & Vormaa 2013.)
- Kuutio- arviointimallissa ongelmien osa-alueet mielenterveyshäiriö, päihdeongelma ja toimintakyky on eritelty ja ne pisteytetään asteikolla 0-1. Mitä enemmän pisteitä, sitä hankalampi kokonaistilanne.
 1. Mielenterveyden häiriö määritellään psykoottisena häiriönä tai muuna kuin psykoottisena häiriönä, jossa psykoottisesta häiriöstä saa yhden pisteen ja muusta kuin psykoottisesta häiriöstä nolla pistettä. Mielenterveyden häiriön arviointi tehdään esim. ICD-10-luokituksen mukaisesti mielenterveyden häiriöryhmien perusteella.
 2. Kuutio- arvioinnissa päihdeongelma määritellään a. että on enintään yksi käytettävä päihde, b. enintään riippuvuustason ongelma ja käyttö enintään 3 pv/viikko, c. ja/ tai ongelman ajallinen kesto enintään 2 vuotta, jolloin kuutio- arvioinnista saa nolla pistettä. Arvioinnista saa yhden pisteen, jos mikään edellä mainituista ei täyty vaan ongelma on vaikea- asteisempi.

3. Toimintakykyä arvioidaan yleisen toimintakykyasteikon (Global Assessment of Functioning, GAF) perusteella. Jos yleinen toimintakyky on yli 50 pistettä saa kuutio- arvioinnista nolla pistettä, ja jos pisteitä on enintään 50 saa yhden pisteen.

- Kokonaispistemäärä voi siis olla välillä 0-3 ja jos kuutiosta saadaan 0-1 pistettä voidaan lievissä tapauksissa käyttää hoitointerventiona mini-interventiota ja tarvittaessa motivoivaa haastattelua. Jos kuutiosta saadaan 2-3 pistettä voidaan keskivaikeissa ja vaikeissa tapauksissa hoitointerventiona käyttää motivoivaa haastattelua ja tarvittaessa yhteisövahtusmallia.

Kuutio- arviointimallilla voidaan myös määrittää missä hoitoa olisi hyvä antaa. Lievä psykiatrinen ongelma ja lievä päihdeongelma voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa psykiatrisen konsultaation turvin. Vakava psykiatrinen ongelma ja lievä päihdeongelma voidaan hoitaa psykiatrian erikoissairaanhoidossa. Lievä psykiatrinen ongelma ja vakava päihdeongelma voidaan hoitaa päihdehuollon palveluissa tarvittaessa. Vakava psykiatrinen ongelma ja vakava päihdeongelma hoidetaan yhteistyössä psykiatrian erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon organisaation kanssa.

- DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) IV- luokitusjärjestelmä määrittelee kaksoisdiagnoosin erotusdiagnoosiin kolmeen luokkaan:
 1. primaariseen mielenterveyden häiriöön, eli kun oireet eivät johdu suoraan päihteiden fysiologisista vaikutuksista.
 - kun oireet ovat merkittävästi vaikeampia, kuin käytetty päihde aiheuttaisi ottaen huomioon käyttömäärä ja käytön kesto.
 - aikaisempi oireilu, johon ei ole liittynyt päihteidenkäyttöä.
 - oireet ovat alkaneet ennen päihteiden käyttöä.
 - Oireilu jatkuu riittävän pitkään (vähintään kuukauden) päihteidenkäytön ja vieroitusoireiden loppumisen jälkeen. (Aalto & Vormaa 2013.)
 2. päihteen aiheuttamaan häiriöön ja

3.päihtymyksen tai vieroituksen aiheuttamaan tavanomaisiin oireisiin. (Aalto & Vormo 2013.)

- PRISM- haastattelun (psychiatric research interview for substance and mental disorders) avulla voidaan erottaa primaarin häiriön, päihteiden aiheuttaman häiriön ja päihtymyksen tai vieroituksen aiheuttamien tavanomaisten oireiden vaikutukset toisistaan. PRISM:n avulla jokainen psyykinen oire voidaan arvioida erikseen, johtuuko jokin oire päihteestä vai onko kyseessä sittenkin päihtymyksen tai vieroituksen aiheuttama tavanomainen oire. (Aalto & Vormo 2013.)

Päivystyksen käytännöt mielenterveys- ja päihdetapauksissa

- Päihdepsykiatrisen potilaan tullessa päivystykseen, keskitytään hoidon suunnittelussa ensin pääasialliseen ongelmaan.
- Hoidon jatkuessa tehdään tarkempi päihde- ja mielenterveysongelman kartoitus.
- Vastaanotolla käytetään vastaanoton kulkua jäsentäviä malleja, jotka hahmottaisivat pääasiallisen ongelman monimutkaisesta kokonaisuudesta.
- Aluksi voidaankin lähteä kartoittamaan ongelmaa seulakyselyiden avulla.
 - Audit- kysely
 - Huumeseulat ja alkometri, päihteistä kysyminen päihde nimeten.
- Kokonaisarviointiin voidaan hyödyntää kuutio-arviointimallia. (Kampman ym. 2013.)

Hoitopolku

- Kaksoisdiagnoosi potilaalle ei ole tiettyä hoitosuunnitelmaa, vaan jokaiselle täytyy luoda omansa ongelmien monimuotoisuuden takia. Parhainta apua on nähty lääkitysten ja käyttäytymisterapeuttisten hoitojen yhdistelmillä ja mitä vaikeampi häiriö on, sitä intensiivisempää hoidonkin tulisi olla. Kuntoutuminen alkaa kuitenkin vasta, kun potilas pystyy hyväksymään oman vastuunsa kuntoutumisestaan ja toipumisestaan. On myös tärkeää,

että jo heti hoidon alkuvaiheessa hoidetaan käytännön asioita, kuten asuminen ja raha-asiat. Myös potilaan lähipiirin kartoittaminen on tärkeää, jotta potilas pääsee eroon huonoista vaikutteista ja toipuminen olisi helpompaa. (FinFami ry. N.D; Lindholm ym. 2013; Lotvonen & Lindroos 2015.)

Kaksoisdiagnoosin hoidon periaatteet

- Kaksoisdiagnoosin hoitotyössä hoidetaan asiakkaan päihdeongelmaa, että psykiatrista häiriötä. Päihdeongelmanhoito kaksoisdiagnoosin saaneilla on tärkeää, sillä usein päihteet ylläpitävät tai pahentavat psyykkistä oireilua. (Aalto N.D.)
- Mielenterveyspotilaita hoitaessa erityisen tärkeää on saada heidät sitoutumaan omahoitoon, sillä heillä hoitoon sitoutumattomuuden on nähty johtavan remission saamattomuuteen, sairastumisen uusiutumiseen ja itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Hoito voi esimerkiksi vaatia elintapojen muutoksia tai säännöllistä lääkitystä, jolloin erityisen tärkeää on selvittää potilaslähtöisiä tekijöitä motivaation kasvattamiseksi. Aiempien tutkimustulosten mukaan erityisesti naissukupuoli, korkeampi ikä, korkea kouluttautuneisuus sekä naimisissa olo tukevat hoitoon sitoutumista. Sen sijaan potilaan odotukset hoidosta sekä negatiivinen asenne hoitoa kohtaan laskevat sitoutuneisuutta. Myös psykiatrisen lääkityksen haitat, mm. haittavaikutukset, riippuvuuden pelko, lääkityksen kompleksisuus ja pitkäkestoisuus vaikuttavat asenteisiin negatiivisesti, puhumattakaan siitä, että lääkitys voi myös aiheuttaa rakenteellisia neurologisia ongelmia sekä muistiongelmia. Hoitajan on siis tärkeää antaa aloitettavasta lääkityksestä laadukasta tietoa ja opetusta potilaalle sekä tämän läheisille. (Karpov 2018.)

Puheeksiotto

- Aikuisten asiakkaiden alkoholinkäyttöä tulisi kartoittaa aina ensimmäisillä käyntikerroilla.

- Hoitohenkilökunnan täytyy myös kiinnittää huomiota ihmisen fyysiseen tilaan ja olemukseen, jos potilas ei itse kerro runsaasta alkoholin käytöstä.
- Hoitajana puheeksi ottaminen vaatii ammattitaitoa, empaattisuutta, sekä luottamusta potilassuhteessa.
- Hoitaja voi helpottaa vuorovaikutusta omalla avoimuudella, rauhallisuudella, ystävällisyydellä ja kiinnostuneella suhtautumisella aiheeseen.
- Hoitajan tulee olla käsitellyt omia asenteitansa ja käsityksiään esimerkiksi huumeisiin liittyen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2023; Aalto 2009; Aalto ym. 2009.)

- Huumausaineista tulee olla riittävä tietämys muun muassa niiden vaikutuksista, käytöstä sekä kulttuurista.
- AUDIT-kysely on hyvä keino kartoittaa potilaan alkoholin käyttöä, täytyy kuitenkin muistaa, että vain AUDIT-kyselyn pohjalta ei voi kenellekään diagnosoida päihdeongelmaa.
- Tärkeää puheeksi ottamisessa on myös psykoedukaatio, jota annetaan niin mielenterveys- kuin päihdeongelmaisille.
- Lomakkeita voidaan käyttää keskustelun runkona. Usein myös potilaiden ulkoinen olemus ja ilmaisutavat esimerkiksi tulevaisuudesta voi vihjata siihen, että potilaalla voi olla jokin mielenterveydenhäiriö.
- Päihde- ja mielenterveysongelmien puheeksi ottamisessa hyviä ja toimivia malleja vastaanotolla ovat myös tutkitusti mini-interventio, muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu, joista on tarkemmin kerrottu seuraavissa kappalelukuissa.
- Tärkeää on vastaanotolta ohjata mielenterveysongelmista kärsivä potilas aina jonkin palvelun piiriin. (Aalto 2009; Aalto ym. 2009; Haravuori, Marttunen, Seilo & Suomalainen 2018; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2023.)

- On tärkeää muistaa, että itsetuhoisuudesta suoraan kysyminen ei lisää potilaan itsetuhoisuusriskiä, vaan se voi jopa helpottaa potilasta, kun ammattilainen ottaa sen puheeksi.
- Tärkeää on, että mielenterveysongelmista kärsiviltä kartoitetaan itsemurha-ajatuksia.

- Itsetuhoisuuden puheeksi ottamisessa hoitajana on tärkeää tunnistaa itsetuhoiset potilaat, tähän auttaa tietysti kokemus ja tieto mielenterveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä hyvät vuorovaikutustaidot.
- On tärkeää myös kiinnittää huomiota potilaan ilmaisuihin yksinäisyydestä, avuttomuudesta ja toivottomuudesta.
- Itsetuhoiset potilaat voi tunnistaa esimerkiksi viiltelyjäljistä, muuttuneesta olemuksesta tai runsaasta päihteidenkäytöstä.
- Itsetuhoisuuteen voi puuttua suoraan kysymisen lisäksi myös lomakkeilla, jotka kartoittavat itsetuhoisuutta sekä myös konsultoida muita hoitotahoja ja kollegoita sekä mahdollisuuksien mukaan potilaan läheisiä. Jos potilas kertoo itsetuhoisuudesta, on tärkeää, kartoittaa potilaalta kauan itsetuhoisuutta on ollut sekä myös kartoittaa potilaan päivittäistä elämää.
- Itsetuhoisen potilaan kanssa kaikissa tapaamisissa on tärkeää viestittää potilaalle toivoa tulevaisuuden suhteen. (Haravuori ym. 2018; Solin & Partonen 2017.)

Motivoiva haastattelu

- Motivoivassa haastattelussa hoitaja koittaa vahvistaa potilaan sisäisiä motivaatioita muutoksen tekemiseksi.
- Menetelmä on ensisijaisesti tarkoitettu päihderiippuvuuksien hoitoon, mutta myös mielenterveyspotilailla menetelmän käytöstä voisi olla hyötyä hoitoon sekä lääkehoitoon sitoutumisen vahvistamiseksi.
- Haastattelun tarkoituksena on pyrkiä avoimeen vuorovaikutukseen, jossa potilas saa turvallisesti pohtia tilannettaan, tehdä omia oivalluksia muutostarpeistaan sekä keinoista muutoksen toteuttamiseksi
- Käyttäytymisen muutoksen prosessi voidaan jakaa eri vaiheisiin alkaen esiharkinnasta harkintaan, valmistautumisesta käyttäytymisen muuttamiseen ja sen ylläpitämiseen sekä vakiinnuttamiseen, mutta retkahtaminenkin voi kuulua prosessiin.
 - Päihteisiin liittyen esimerkiksi harkintavaiheissa mietitään päihteidenkäyttöön liittyviä ristiriitoja, eli miellyttäviä ja negatiivisia puolia
- Mietitään millainen nykytila voisi olla ja mitä etuja tai haittoja muutos toisi. Keskitytään potilaan omiin havaintoihin, kokemuksiin ja tavoitteisiin.

- Motivoivassa haastattelussa tulisi käyttää hyödyksi avoimia kysymyksiä, heijastavaa kuuntelemista ja myönteistä vahvistamista.
- Lisäksi on tärkeää tehdä yhteenvetoja siitä, mitä potilas on kertonut keskustelun aikana. Näin tekemällä hoitaja lisää potilaan tietoisuutta tilanteestaan ja auttaa tätä pohtimaan käyttäytymistään uudelta kannalta.
- Vahvistetaan ja tuetaan potilasta. Vahvistamisessa tärkeää ovat arvostavat ilmeet, eleet ja sanat. (Järvinen 2020; Aalto ym. 2009.)

Mini-interventio

- Päihdehaittojen syntymisen vähentämiseksi tärkeää olisi tunnistaa riskikäyttö varhain.
- Mini-interventio sopii tilanteeseen, kun merkittävää haittaa ei ole vielä syntynyt.
- Mielenterveysongelmista kärsivän potilaan päihteiden käytön selvittäminen olisi hyvä tehdä heti hoidon aloitettua
- Mini-interventio sopii parhaiten päihdeongelmaisen hoitoon. Mini-interventio ei yksinään riitä hoidoksi, mutta on toimiva hoitokeino muun hoidon tukena.
- Interventio voi olla esimerkiksi vain viiden minuutin pituinen, mutta pidempi aika on usein tarpeen.
- Hyödyn saaminen on todennäköisempää, jos tavoitteita seurataan lisäksi jatkokäynneillä.
- Interventiossa keskustellaan muun muassa alkoholin käyttömäärästä ja sen vaikutuksesta potilaan kokemiin oireisiin, sairauteen tai niiden hoitoon. Oireiden vaikuttavuuden testaamiseksi voi olla tarpeen kokeilla joksikin aikaa juomisen vähentämistä tai lopettamista. Lisäksi käsitellään alkoholihaittoja yleisesti.
- Tärkeintä interventiossa on asettaa selkeä tavoite sekä keskustella keinoista, joilla tavoitteeseen päästäisiin, esimerkiksi vähennetäänkö juomisen määrää, kertoja vai molempia. Lisäksi on hyvä antaa kirjallista materiaalia. (Aalto ym. 2009; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021.)

Muutosvaihemalli

- Muutosvaihemallilla tarkoitetaan koko hoidon prosessia, mitä päihdeongelman hoitoon kuuluu.
- Neljä keskeisintä vaihetta ovat hoitoon kiinnittymisvaihe, suostutteluvaihe, aktiivisen hoidon vaihe ja retkahduksen estovaihe.
 - Hoitoon kiinnittymisvaiheessa on tärkeintä saada päihdeongelmainen hoidon piiriin sekä vähentämään päihteiden käyttöä.
 - Hoitoon kiinnittymisvaiheeseen kuuluu mm. psykoedukaatiota.
 - Suostutteluvaiheessa pyritään sitouttamaan potilas tiettyyn hoitopaikkaan ja rakentaa potilaan omaa motivaatiota päihdeongelman hoitoon.
 - Tavoite että potilas itse tunnistaa haittoja päihdekäyttöön liittyen ja myös rakentaa potilaan uskoa ja luottamusta siihen, että on mahdollista, että päihdeongelmasta voi parantua.
 - Hoitomenetelminä usein käytetään motivoivaa haastattelua sekä potilaan ja läheisten psykoedukaatiota.
 - Lääkehoidon suunnittelu ja toteutus kuuluvat tähän vaiheeseen.
- Kolmas vaihe on aktiivisen hoidon vaihe. Tässä oletuksena on jo, että päihteidenkäyttäjä itse on motivoitunut vähentämään päihteidenkäyttöään ja opetellaan päihteistä kieltäytymistä. Muutosvaihemalliin kuuluu, että retkahtamiset otetaan uusina mahdollisuuksina ja niistä keskustellaan ammattilaisten kanssa. Tärkeää on tarkastella retkahtamiseen johtuvia riskitekijöitä ja mahdollisesti korjata aikaisemmin tehtyä hoitosuunnitelmaa.
 - Vertaisryhmät ja yksilöterapiat kuuluvat tähän vaiheeseen.
- Viimeinen vaihe muutosvaihemallissa on retkahduksen estovaihe. Retkahduksen estovaiheessa katsotaan tärkeäksi vahvistaa potilaan aktiivisuutta eri elämänalueilla, kuten vapaa-ajan vietossa, opinnoissa, työelämässä ja ihmissuhteissa. Sekä edelleen vahvistetaan tietoisuutta päihdeongelman uusimisessa ja mahdollisia retkahdustilanteita ennakoimaan. (Niemelä 2018.)

Psykososiaaliset menetelmät

Psykoedukaatio

- Tiedon antaminen sairaudesta ja sen hoidosta. Toimitaan yhteistyössä potilaan ja läheisten kanssa.
- Parantaa hoitomyöntyvyyttä ja pienentänyt relapseja pienellä aikavälillä.
- Keskustellaan vaikeista tunteista ja ne otetaan vastaan. Lisätään hallintakeinoja ja tunnistetaan sekä hallitaan yksilöllisiä oireita. Ongelmanratkaisutaitojen opettelu yhdessä, luodaan toimintastrategia. Tiedon kertaus ja toisto eivät lopu, alkuvaiheen tieto on voinut unohtua.
- Ryhmäohjaus antaa vertaistukea, antaa mahdollisuuden jakaa kokemuksia ja vähentää sairauden stigmoja. Voidaan harjoitella yhdessä toimintatapoja.
- Videot, kirjat, rooliharjoitukset tiedonannon apuna.
- Pitkäaikainen perhetyö tehokasta.
- Perheen mukaan ottaminen keskusteluihin tukee potilaan kuntoutumista.
- Yhtä tehokasta ryhmä-, sekä yksilöohjattuna.
 - Vaikeat kognitiiviset ongelmat vaativat yksilöllistä työskentelyä.
- Kuntoutusta hyvä toteuttaa kaikissa muodoissaan (yksilö, perhe ja ryhmä). (Kieseppä & Oksanen 2013; Oksanen 2020.)

Lyhytpsykoterapia

- Lyhytpsykoterapia on usein ratkaisukeskeistä
- Noin 5-20 käyntikertaa
- Keskitytään yhteen ongelmaan kerrallaan (stressi, uniongelmat...), keskittyminen siihen elämänalueeseen, johon potilas haluaa muutoksen.
- Ei syvennyttä persoonallisuushäiriöihin, vaan kehitetään tunteensätelytaitoja ja avarretaan näkökulmaa ongelmaan -> vahvistetaan pärjäämistä mahdollisten haasteiden kanssa.
- Yhdessä keskustellaan jakson tavoitteista ja potilaan toiveista. pohditaan millä keinoilla tavoitteet saavutetaan.

- Vahvistetaan toivoa ja keinojen löytämistä arjessa toimimiseen. (Duodecim 2022; Heltti N.D.; Väestöliiton Oy N.D.)

Psykodynaaminen terapia

- Annetaan tilaa potilaan pohdinnalle, käydään läpi elämänhistoriaa ja yritetään ymmärtää sen vaikutus nykyhetkeen.
- Potilaan itseymmärrys lisääntyy-> henkilökohtainen kasvu ja ymmärrys
- Pääpaino lapsuuden, nuoruuden ja aikuisuuden kehityshaasteiden tarkastelussa
 - mielen tiedostamattomat ristiriidat, lapsuuden ja varhaislapsuuden kokemukset sekä niiden vaikutus tunteisiin ja käyttäytymiseen aikuisiällä ovat keskipisteenä
- Tunnistetaan ja ymmärretään tunteet, jotta sopeutuminen ja sisäinen kasvu olisi onnistunutta eri elämäntilanteissa.
- Pitkäkestoinen
- Hoidetaan sosiaalisia pelkoja, masennusta, ahdistuneisuushäiriöitä yms. (Terveystalo N.D; Seuri N.D.)

Kognitiivinen käyttäytymisterapia

- Pohditaan syitä päihteidenkäytölle ja riippuvuuden synnylle
- Toiminta elämänolojen parantamiseksi tai sosiaalisuuteen, mielensisäinen työskentely
- Tutkitaan miten ajatukset, tunteet ja käyttäytyminen vaikuttavat toisiinsa.
 - Oivotaan ajatusvirheet ja tuetaan toimintatapoja
- Altistutaan vaikeille tunteille ja opitaan kohtaamaan niitä. (Minduu N.D; Päihdelinkki 2005.)

Korvaushoito

- Huumeriippuvaisille
- Lääkkeellistä ja psykososiaalista

- Tähdätään päihteettömyyteen tai päihteistä koituvien haittojen vähenemiseen, sekä elämänlaadun parantamiseen
- Perustuu hoitosuunnitelmaan, johon määritellään psykososiaalisen tuen tarve
 - päivitettävä hoidon tarpeen muuttuessa
- Kaksoisdiagnoosipotilaille järjestetään hoitopaikka psykiatrisen häiriön hoitoon samanaikaisesti
- Keskeisintä luottamuksellinen suhde omahoitajaan
- Laaja yhteistyö moniammatillisesti (sosiaalityö, työvoimapalvelut, kuntouttava toiminta)
- Pysyvää tai pitkäaikaista hoitoa,
- lopetusta ei saa tehdä äkillisesti. (Mäkelä, Simojoki & Partanen 2020; Mielenterveystalo N.D.)

Palkkiohoito

- Nähty tehokkaana korvaushoidon yhteydessä
 - opioidien oheiskäytön väheneminen, hoitomyöntyväisyyden parantuminen, lääkehoitoon parempi sitoutuminen, työllistymisen todennäköistyminen
- Ei paranna hoitoretentiota, -komplianssia, vieroitusoireita, aineen himoa tai psykososiaalisia ongelmia.
- Kannustetaan parempiin käytösmalleihin palkitsemalla silloin kun on pysytty erossa päihdyttävistä aineista.
- Palkkioina käytetty, etuja, rahaa, opiaattiannoksia, etuseteleitä ja palkintoja
- Yhteinen sopimus tavoitteista ja palkinnoista, sekä mahdollisista rangaistuksista.
- Palkitsemisen tulee tapahtua 24h sisällä
- Virtsa-testit rutiinisti 3 kertaa viikossa.
- tehokkain kohdistettuna vain yhteen huumeeseen kerrallaan. (Niemelä 2018; Higgins & Petry 1999; Brooke-Sumner, Cleary, Cochrane schizophrenia group, Hunt Morley & Siegfried 2019.)

12 askeleen-hoito

- 12 kohtaa, jotka tavoittelevat täysraittiutta
- Nähty tuottavan enemmän täysraittiutta kuin standardilaitoshoito
- Alkoholismi on sairaus, sitoutetaan potilas jatkuvaan mahdollisesti pysyvään AA-toimintaan. (Wilson, B. Dr. Smith, B. 1939; Simojoki 2015.)

Sosiaalinen kuntoutus

- Tehostetaan sosiaalista toimintakykyä ja torjutaan syrjäytymistä
- rakennetaan sosiaalinen tuki ja muiden palveluiden kokonaisuus.
- Apua mm. asunnon etsimiseen tai arkipäivän toimintoihin.
- Ryhmätoiminta. (Terveuden ja hyvinvoinninlaitos 2015.)

Läheisten merkitys osana päihderiippuvaisen hoitoa

- läheisille annetaan tukea heidän tarpeiden ja hoidontarpeen mukaan.
- Päihdeongelmaisen hoitoon saapuminen ja hoidossa pysyminen paranee, kun läheiset otetaan mukaan.
- Läheinen voi osallistua hoitoon tai saada tukea osallistumalla yksin tai yhdessä tapaamisiin.
 - Saavat apua omaan jaksamiseen, voivat osallistua ryhmiin ja muihin läheisille suunnattuihin toimintoihin.
- Minnesota / Myllyhoito huomioivat läheiset hoidossa
 - Perustuvat 12 askelta hoitoon. (Mäkelä 2005; Minnesota-hoito 2024.)

Integroitu, jaksottainen ja rinnakkainen hoitomalli

- Integroidussa hoitomallissa hoidetaan samassa hoitopaikassa samanaikaisesti potilaan päihde- sekä mielenterveysongelmaa.
 - Tehokkaimpana nähty malli, sillä siinä korostuu monialaisuus ja alojen välinen yhteistyö.

- Hyödynnetään motivoivaa haastattelua ja interventioita hoidon yksilöllistämiseksi ja motivaation löytämiseksi.
- Päihteetöntä elämää tukevat: asumispalvelut, tuettu työllistyminen, perheen psykoedukaatio, sosiaalisten taitojen harjoittelu, sairauden hallinta ja psykofarmakologinen hoito
- Hoitomallin nähty vähentävän alkoholin ja huumeiden käyttöpäiviä ja kohentaneen itsearvioitua psyykkistä terveyttä.
- Pitkäkestoisena voisi ylläpitää remissiota
 - Tätä tukee se, että hoitopaikka tuntuu potilaasta mukavalta ja turvalliselta, toteutetaan satunnaisia huumetestejä, hoito on 24h tavoitettavissa, lääkehoidon ja hoitoon liittyviin sitoutumisongelmiin puututaan ajoissa, sekä hoitajat on koulutettu hyväksymis- ja omistautumisterapiaan.
- Rinnakkaisessa hoitomallissa molempia ongelmia hoidetaan samaan aikaan, mutta eri hoitopaikoissa.
 - Pyöröovi-ilmiön mahdollisuus: palveluita päädytään käyttämään uudestaan ja uudestaan, sillä ongelmiin on keskitytty erillään, eikä potilaan tilanteeseen kokonaisuudessaan.
 - Ei huomioida ongelmien vaikutusta toisiinsa
- Jaksottaisessa hoitomallissa hoidetaan ensin toista ongelmaa ja kun hoito on saatu hyväksi koettuun vaiheeseen, aloitetaan toisen ongelman hoito. (Aalto 2010; Aalto N.D.; Lopez, Mangrum & Spence 2006; Dekker, De Waal, Goudriaan, Kikkert & Peen 2018; Aaltonen N.D; Davis, Devitt, O'Neill & Rollins 2006.)