

# **Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaami- nen kotihoidossa**

LAB-ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

2025

Elina Ilonen

Inka Karjalainen

Jessiina Mattila

## Tiivistelmä

Tekijät Ilonen, Elina Karjalainen, Inka Mattila, Jessiina	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK Sivumäärä 41 + 6	Valmistumisaika 2025
Työn nimi <b>Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa</b>		
Tutkinto Sairaanhoitaja (AMK)		
Toimeksiantajan nimi, titteli ja organisaatio Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Kotihoito Kaakko Lappeenranta		
Tiivistelmä <p>Mielenterveys- ja päihdehäiriöt voivat esiintyä ikääntyneilläkin samanaikaisesti tai erikseen. Oireistaan ja elämänhallinnan vaikeuksistaan huolimatta kyseinen asiakasryhmä tulee kohdata tasavertaisesti ja kunnioittavasti. Kotihoidossa työskentelevät lähihoitajat käyvät asiakkaiden luona kotikäynneillä pääasiassa yksin.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää kotihoidon lähihoitajien kokemuksia, vahvuuksia ja mahdollisia kehittämiskohteita asiakasryhmän kohtaamiseen. Opinnäytetyössä käytettiin kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Aineiston keruu ja analysointi toteutettiin Webropol-ohjelmalla. Yhteistyökumppanina toimi Etelä-Karjalan hyvinvointialueen Lappeenrannan kotihoidon yksikkö Kaakko.</p> <p>Tulosten mukaan suurin osa vastaajista koki asiakasryhmän kohtaamisen samanlaisena muihin asiakkaisiin verrattuna, kuitenkin osa kohtasi ennakkoluuloja työssään mielenterveys- ja päihdeasiakkaita kohtaan. Vastaajat kaipasivat tukea ja lisäkoulutusta aiheesta. Kehittämisehdotukseksi esitetään tutkimusta yhteistyön kehittämisestä mielenterveys- ja päihdepalveluiden ja kotihoidon välillä.</p>		
Asiasanat kohtaaminen, kotihoito, mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö		

## Abstract

Authors Ilonen, Elina Karjalainen, Inka Mattila, Jessiina	Type of Publication Thesis, UAS Number of Pages 41 + 6	Published 2025
Title of Publication <b>Encountering a mental health and substance abuse client in home care</b>		
Name of Degree Nursing (UAS)		
Name, title and organization of the client Wellbeing services in the county of South Karelia, home care southeast of Lappeenranta		
Abstract <p>Mental health disorders and substance use disorders can appear at the same time or separately. Despite symptoms and difficulties of life management the person in question needs to encounter equally and respectfully. Home care nurses primary work alone in-home visits to clients.</p> <p>The aim of this thesis was to discover experiences, strengths and possible improvements to encounter that client group for practical nurses who work at home care. In this thesis has been used qualitative research method. Collection and analysis of material was executed with Webropol software. Wellbeing services in South Karelia, home care southeast was collaborator on this thesis.</p> <p>According to the results, most of the responders answered that encounters with mental health or substance use patients felt the same as with other patients. However, some of the responders have had prejudice against those patients. Responders felt like they needed more support and further training about the topic. A development proposal is presented for research into developing cooperation between mental health and substance abuse services and home care.</p>		
Keywords encountering, home care, mental health disorder, substance use disorder		

## Sisällys

1	Johdanto.....	1
2	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kotihoidossa.....	2
2.1	Asiakkaan kohtaaminen .....	2
2.2	Kotihoito .....	3
2.3	Turvallinen kotikäynti.....	6
3	Mielenterveyden häiriöt.....	8
4	Päihdehäiriö.....	14
5	Toteutus .....	17
5.1	Kvalitatiivinen menetelmä .....	17
5.2	Aineiston keruu ja kuvaus.....	18
5.3	Aineiston analyysi.....	20
6	Tulokset.....	24
6.1	Kohtaaminen .....	25
6.2	Asiakassuhde.....	27
6.3	Kohtaamisen tuki.....	29
7	Pohdinta .....	32
7.1	Tulosten arviointi ja johtopäätökset.....	32
7.2	Eettiset näkökohdat ja luotettavuuden tarkastelu.....	33
7.3	Jatkotutkimusaiheet tai kehittämisehdotukset.....	34
	Lähteet .....	36

## Liitteet

Liite 1. Webropol-kyselyn kysymykset

Liite 2. Saatekirje

Liite 3. Tietosuojailmoitus

## 1 Johdanto

Kansallisena tavoitteena on, että ihminen voisi asua omassa kodissaan, vaikka elämänsä loppuun asti. Kun esimerkiksi ikääntynyt haluaa asua omassa kodissaan, ja tarvitsee siinä onnistuakseen hoitoa ja huolenpitoa, hyödynnetään kotihoidon palveluita. Kotihoito koostuu julkisen terveydenhuollon ja yksityisten tahojen tuottamista palveluista. Mikäli kotona asuminen ei onnistu kotihoidon, yksityisten tahojen, läheisten ja vapaaehtoisten turvin, ehdotetaan yleensä yhteisöllistä asumista tai ympärivuorokautista palveluasumista. (THL 2024.) Kotihoidon palveluiden piiriin kuuluu ikääntyneiden lisäksi vammaispalveluiden asiakkaat, pitkäaikaissairaat ja kroonisesti sairastavat mielenterveys- ja päihdeasiukkaat, mikäli heillä on kotihoidon tarve (Epäily & Oksanen 2022).

Aiheena tässä tutkimuksessa on mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoitossa. Opinnäytetyössä selvitetään teoriatietoon pohjautuen kotihoitoa, mielenterveys- ja päihdehäiriöitä ja asiakkaan kohtaamista yleisesti. Tavoitteena on tuottaa tietoa kotihoitossa työskentelevien lähihoitajien kokemuksista mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta, parantaa tietoisuutta sekä herättää keskustelua aiheesta. Tarkoituksena on selvittää, miten lähihoitajat kokevat kohtaamisen, millaista tukea he kaipaavat siihen ja miten kohtaamista voitaisiin kehittää kotihoitossa.

Tämä opinnäytetyö on hyödyllinen, sillä sen avulla saadaan uutta tietoa mahdollisista kohtaamisen haasteista suoraan hoitajilta. Opinnäytetyötä voidaan hyödyntää myös käytännön toiminnassa, sillä sen pohjalta voidaan tarvittaessa kehittää esimerkiksi jonkinlainen apuväline tai lisäkoulutus kohtaamiseen tai asiakkaan voinnin arviointiin.

Yhteistyökumppanina tässä tutkimuksessa toimii Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Lappeenrannan kotihoidon yksikkö Kaakko. Etelä-Karjalan hyvinvointialueella on yhteensä 15 kotihoidon yksikköä, joita on Lappeenrannassa, Imatralla ja muissa Etelä-Karjalan lähikunnissa. Kotihoito on kokonaisuus, johon kuuluu kotisairaanhoido sekä kotipalvelu, jossa tuetaan asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia. Kotihoidon tehtävänä lyhyesti on turvata asiakkaan turvallinen kotona asuminen oikea-aikaisesti ja tarpeenmukaisesti. (Ekhva a.)

Tutkimuskysymykset:

1. Miten lähihoitajat kokevat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen?
2. Millaista tukea lähihoitajat kaipaavat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen?
3. Miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista voidaan kehittää kotihoitossa?

## 2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kotihoidossa

### 2.1 Asiakkaan kohtaaminen

Aito kohtaaminen koostuu vuorovaikutuksesta, jonka tulee olla vastavuoroista asiakkaan ja hoitajan välillä. Keskustelun osapuolet ovat läsnä, kuuntelevat, rohkaisevat asioihin, tulevat ja huomioivat muita keskustelussa olevia. Kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa empatian ja läsnäolon merkitys on keskeinen. Empatia tarkoittaa kykyä eläytyä toisen tunteisiin ja mielikuviin, nähdä asioita toisen näkökulmasta. Empatiakykyä opitaan jo lapsesta saakka, mutta sitä voi opetella koko elämän ajan. Kun kohtaa toisen ihmisen aidosti läsnä olevasti, vuorovaikutus kohottaa kohdattavan mielialaa ja kohdatulle tulee kuultu olo keskustelun päätteeksi. (Mieli ry 2024.)

Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen yksi keskeisimmistä osaamisalueista on vuorovaikutusosaaminen. Hyvään vuorovaikutusosaamiseen liittyy vahvasti eettinen kohtaaminen, joka edellyttää taitoa kohdata erilaisia ihmisiä sekä vaikeita tilanteita ongelmien ratkaisua edeltävällä tavalla. Hoitajan tulee tunnistaa sekä tiedostaa omat asenteet ja arvot, esimerkiksi päihteiden, nikotiinin tai huumeiden käyttöön ja se, miten ne voivat vaikuttaa omaan työhön. (THL 2023a.)

Asiakkaan kohtaaminen on inhimillistä vuorovaikutusta ja meillä kaikilla on oma tapamme kohdata toinen ihminen. Jokainen tuo kohtaamiseen oman kulttuurinsa, historiansa ja uskomuksensa, joiden avulla hän jäsentää maailmaa sekä elämäänsä. Kun esimerkiksi hoitaja on kiinnostunut asiakkaan ajatuksista ja annamme hänelle aikaa ja tilaa, muodostuu mahdollisuus hyvälle dialogille. Vuorovaikutukseen vaikuttaa asenne, jolla toinen ihminen kohdataan sekä kehonkieli ja sanaton viestintä. (THL 2023a.)

Mielenterveys- tai päihdeasiakasta kohdatessa tulee muistaa huomioida mielenterveyslaki, esimerkiksi tilanteissa, jossa asiakkaan vointi muuttuu äkillisesti. Tällaisessa tilanteessa asiakas saattaa tarvita tahdostaan riippumatonta hoitoa. Mielenterveyslain mukaan täysi-ikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos hänen todetaan olevan mielisairas, mitkään muut mielenterveyspalvelut eivät ole sopivia asiakkaalle tai ne eivät ole riittäviä hänen hoidossaan, tai hän on sairautensa takia hoidon tarpeessa ja hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi hänen sairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden henkilöiden turvallisuutta tai terveyttä. (Mielenterveyslaki 1116/1990, 8 §.)

Hankonen (2021) kertoo Tehy-lehdessä julkaistussa artikkelissa vuorovaikutuksen tärkeydestä. Vuorovaikutuksen tulee olla molemminpuolista ja luottamusta herättävää. Hoitajan

tulee kohdata asiakas yksilönä, ja pohtia, miten juuri hänen kanssaan olisi paras edetä keskustelussa. Vuorovaikutus on nimensä mukaan vaikuttamista, jolla on seurauksensa. Sekä hoitaja, että asiakas vaikuttaa siihen, millä mielellä keskustelu käydään.

Hyvää vuorovaikutuksellista kohtaamista tukevat rauhallinen ympäristö, yhteinen kieli, keskinäinen kunnioitus sekä luottamus ja avoimuus asiakkaan ja hoitajan välillä. Kohtaaminen on inhimillistä, kun se tehdään tunnetasolla. Asiakasta kohdatessa tulisi yrittää pitää ajatus keskittyneenä ja tarkkaavaisena, jotta tilanteessa voi olla aidosti läsnä. Me kaikki olemme kuitenkin vain ihmisiä, niin asiakas kuin hoitajakin, joten joskus on hetkiä, kun ei jaksa tai ehdi kuunnella ja keskittyä toisen kertomaan asiaan. Silloin on hyvä pyrkiä sopimaan, että tähän aiheeseen palataan myöhemmin, paremmalla ajalla. (Luoma-Kuikka 2020.)

Ammatillisuus kohtaamistilanteessa ei välttämättä vaadi neutraalia asennetta asiakasta kohtaan. Asiakkaan tilanne saa herättää tunteita ja koskettaa hoitajaa. Ammattilaisen tehtävänä on kuitenkin pitää huoli, ettei hänen omat tunteensa pääse kuormittamaan asiakasta ja kohtaamistilanne pysyy eettisenä. (THL 2023a.)

Kiireettömyys ja läsnäolo viestii asiakkaalle, että hoitaja keskittyy häneen ja hänen asioihinsa. Tämä pätee niin vastaanotoilla, kuin esimerkiksi kotihoidossakin. Asiakas tulee kohdata kotikäynnillä, ja mikäli hoitajia on tilanteessa useampi kuin yksi, on tärkeää ottaa myös asiakas tai potilas mukaan keskusteluun, eikä keskustella vain kollegan kanssa kahden kesken. Hyvillä vuorovaikutustaidoilla on mahdollisuus myös sitouttaa asiakas paremmin omaan hoitoonsa. Kun keskustellaan asiakkaan sairaudesta tai elämäntilanteesta, kannattaa suosia avoimia kysymyksiä, joihin ei voi vastata vain ”kyllä” tai ”ei”. (Hankonen 2021.)

Ikääntyneelle olisi tärkeää saada käyttää omia taitojaan ja vahvuuksiaan, tuntea yhteenkuuluvuutta sekä merkityksellisyyden tunnetta. Kotihoidon tulisi perustua asiakkaan toimintakyvyn kokonaisvaltaiseen arviointiin ja sen pohjalta rakennettuun yksilölliseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan, sekä moniammatillisuuteen. Ikääntyneen asiakkaan asenteet, arvot sekä elämäntilanne tulee huomioida hoito- ja palvelusuunnitelmassa sekä hoidon suunnittelussa. (Kariniemi ym. 2020.)

## 2.2 Kotihoito

Kotihoidossa hoidetaan pääsääntöisesti ikääntyneitä, somaattisesti sairaita asiakkaita, jotka tarvitsevat apua päivittäisissä toiminnoissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen

(THL) tilastoraportin mukaan vuonna 2022 kotihoidon asiakkaita oli yhteensä noin 194 000, joista 59 prosenttia sai säännöllistä hoitoa. Kotihoidon asiakkaaksi määritellään henkilö, jolla on ollut vuoden aikana vähintään yksi kotihoidon käynti. Raportissa kotihoitoa tarkasteltiin kokonaisuutena, johon kuului kotihoito, kotisairaanhoido, kotipalvelu ja kotisairaaloiminta. (THL 2023b.)

Kotihoidon lainsäädännön valmistelusta sekä yleisestä suunnittelusta ja ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Kotihoitoa voi tarpeen mukaan saada vuorokaudenajasta riippumatta. Kotihoidosta säädetään sosiaalihuoltolaissa. (STM 2024.) Sosiaalihuoltolain ensimmäisessä pykälässä kerrotaan lain tarkoituksena olevan:

1. edistää ja ylläpitää hyvinvointia sekä sosiaalista turvallisuutta;
2. vähentää eriarvoisuutta ja edistää osallisuutta;
3. turvata yhdenvertaisin perustein tarpeenmukaiset, riittävät ja laadukkaat sosiaalipalvelut sekä muut hyvinvointia edistävät toimenpiteet;
4. edistää asiakaskeskeisyyttä sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa;
5. parantaa yhteistyötä hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon ja kunnan eri toimialojen sekä muiden toimijoiden välillä 1–4 kohdassa tarkoitettujen tavoitteiden toteuttamiseksi. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 1 §.)

Kotihoidon palveluihin kuuluu yleensä ravitsemuksen, lääkehoidon ja hygienian varmistus ja tarvittaessa avustaminen, kuntouttavaa työtettä käyttäen. Kotihoidossa hoidetaan monenlaista apua ja tukea tarvitsevia iäkkäitä ja päivittäiset asiakasmäärät ovat kasvaneet viime vuosina. Iäkkään kotona asumista tukee kotihoidon lisäksi erilaiset tukipalvelut. (THL 2024.)

Kotihoidon tukipalveluiden tarkoituksena on tukea asiakkaan kotona selviytymistä. Tukipalveluja voi saada, vaikka ei olisikaan kotihoidon säännöllinen asiakas, mikäli palvelut tukevat asiakkaan itsenäistä kotona selviytymistä. Tukipalveluihin Etelä-Karjalan alueella kuuluu kotiin kuljetettava ateriapalvelu, peseytymispalvelu, turvapalvelut, kuljetuspalvelu sekä kauppa-, pyykki- ja siivouspalvelu. Kaikkien tukipalveluiden tarpeen kartoitus tehdään palvelutarpeen arvioinnilla. (Ekhva b.)

Iäkkäiden toimintakykyyn, terveyteen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin kuuluu keskeisesti mielen hyvinvointi. Mielen hyvinvointi ja sen huomioiminen sekä tukeminen hoitotyössä on jokaisen ammattilaisen asia. Siihen tulee kiinnittää huomiota samalla tavalla, kuin fyysiseenkin hyvinvointiin. Iäkkäiden parissa työskentelevällä hoitajalla tulee olla

myös mielenterveysosaamista, joka sisältää esimerkiksi mielenterveyden häiriöihin ja sairauksiin liittyvien oireiden tunnistamista, niihin puuttumista ja hoitoon ohjaamista. (Björkqvist ym. 2022.)

Jotta ikääntyneen mielen hyvinvointia voidaan vahvistaa, on työyhteisössä oltava ennalta sovittuja ja suunnitelmallisia työtapoja. Työtapojen suunnittelussa on huomioitava, että kaikki työyhteisön jäsenet ymmärtävät mitä mielen hyvinvoinnilla tarkoitetaan, miten sitä edistetään ja minkälaiset tavat sopivat juuri kyseiseen toimintaympäristöön ja työyksikköön. (Björkqvist ym. 2022.) Ikääntyneiden palveluissa asiakkaiden kuuleminen mielen hyvinvoinnin kokemuksista ja sitä vahvistavista tekijöistä auttavat kehittämään toimivia käytäntöjä. Työntekijät ovat avainasemassa, sillä he voivat tukea ikääntyneen mielen hyvinvointia kaikissa tilanteissa, jossa kohtaavat asiakkaan. (Solin ym. 2023.)

Ikääntyneiden hoivan suurin ammattiryhmä ovat lähihoitajat. Terveiden ja hyvinvoinnin aikamittaustutkimuksen mukaan lähihoitajat tekevät keskimäärin kymmenen asiakaskäyntiä työvuoron aikana, jotka ovat kestoaltaan keskimäärin 24 minuuttia. Suurin osa lähihoitajan työajasta kuluu asiakkaan arkitoiminnoissa auttamiseen, kuten päivittäisen hygienian varmistamiseen, ruokailussa avustamiseen ja asiakkaan ohjaamiseen. Seuraavaksi suurin osa ajasta menee lääkehoitoon ja noin neljännes kirjaamiseen. Toimintakyvyn ja kuntoutuksen edistämiseen ja esimerkiksi ulkoiluun lähihoitajat käyttävät työpäivästään noin kaksi prosenttia. (Solin ym. 2023.)

Asiakkaan mielen hyvinvoinnin vahvistaminen kotihoidossa liittyy vahvasti asiakkaan kohtaamiseen ja vahvuuksien sekä voimavarojen huomioimiseen ja niiden hyödyntämiseen. Kotihoidossa käyntiajat ovat rajalliset, joten mielen hyvinvoinnista voidaan keskustella muun työn lomassa, jolloin se ei välttämättä vaatisi ylimääräistä aikaa tai esimerkiksi lisäkäyntejä. (Björkqvist ym. 2022.)

Asiakastyössä tarjoutuu monia tilanteita, jossa on mahdollisuus vahvistaa iäkkään mielen hyvinvointia, huomioida tämän vahvuuksia ja hyödyntää tämän voimavaroja. Jotta hyvinvointia voidaan vahvistaa, tulisi tietää asiakkaan tai potilaan elämäntarina ja sitä kautta kartoittaa hänelle merkityksellisiä asioita, sekä mielekästä tekemistä. Mielen hyvinvoinnin kartoittamisen tueksi tehdyt lomakkeet tai kysymyslistat voivat helpottaa asioiden puheeksi ottoa asiakkaan kanssa. (Björkqvist ym. 2022.)

## 2.3 Turvallinen kotikäynti

Kotihoidossa työskennellessä isossa roolissa on hoitajan oma turvallisuus, koska kotikäynneille mennään pääsääntöisesti yksin. Turvallisuuden huomioiminen, varsinkin uusien asiakkaiden kohdalla on ehdottoman tärkeää, kun asiakasta ei vielä tunneta, eikä asiakaskaan tunne vielä hoitajia. Usein uusien mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden kohdalla turvallisuus nostaa esiin enemmän kysymyksiä, kuin uusien, somaattisesti sairaiden iäkkäiden asiakkaiden kohdalla. Etelä-Karjalan hyvinvointialueella on käytössä turvallisen kotikäynnin malli, jota kaikki työntekijät noudattavat mennessään kotikäynneille.

Turvallisen kotikäynnin ohjeessa ohjeistetaan valmistautumaan kotikäynneille selvittämällä asiakkaan taustatiedot mahdollisuuksien mukaan. Taustatietojen selvittäminen on tärkeintä silloin, kun kyseessä on uusi asiakas, tai asiakkaan luona käydään harvoin. Ennakkoon tulisi selvittää myös mahdolliset lemmikkieläimet ja aseet, joista voi olla hoitajille vaaraa. (Ekhva 2023.)

Mikäli ennakkotietojen perusteella asiakas on aggressiivinen tai kotoa löytyy uhkaa aiheuttavia tekijöitä, kuten lemmikki, ase tai toinen uhkaava henkilö, tulee harkita turvallisuuden takaamiseksi eri menetelmiä. Kotikäynnin voi tehdä pareittain, esihenkilö voi tilata vartijan mukaan käynnille, voidaan pyytää poliisi mukaan käynnille tai joissain tapauksissa kotikäynnille ei mennä ollenkaan. Mikäli turvaudutaan vartijaan, tulee muistaa, että lainsäädäntö estää vartijaa menemästä asiakkaan kotiin. Myös kotikäynnin perumisessa tulee selvittää, voisiko asiakas itse hakeutua hyvinvointialueen toimitiloihin hoitoon, tai selvittää jokin muu tapa, miten asiakas saadaan hoidettua. (Ekhva 2023.)

Turvallisen kotikäynnin ohjeeseen kuuluu myös työasun huomiointi. Työasussa ei saa olla mitään roikkuvia ylimääräisiä nauhoja tai hihnoja ja kenkien tulee olla sellaiset, että niillä voi tarvittaessa myös juosta. Sijaintitietojen seuranta tulisi olla jollain tavalla mahdollista, jotta työnantaja tietää tarvittaessa, missä työntekijä on käyntiä tekemässä. Kotikäynneille otetaan aina puhelin mukaan ja siinä on oltava sijainnin jaon lisäksi myös 112-sovellus ladattuna. (Ekhva 2023.)

Kotikäynnille mennessä autolla tulee auto jättää asiakkaan pihaan niin, että se on valmiiksi lähtösuunnassa. Asiakkaan kodin ympäristöä tulee arvioida sisältä ja ulkoa, ja ennen sisälle menoa kuunnellaan, kuuluuko sisältä mitään normaalista poikkeavia ääniä. Sisälle mennessä kartoitetaan, näkyykö asunnossa vaarallisia esineitä, lemmikkieläimiä tai muuta vaaraa aiheuttavaa. (Ekhva 2023.)

Käynnillä ollessa hoitajan tulee pyrkiä pysymään asiakkaan ja ulko-oven välissä, jottei poistumistie ole estettynä. Työtehtävät tulisi hoitaa niin sanotusti neutraalissa tilassa,

kuten olohuoneessa, koska siellä ei todennäköisesti ole niin helposti aseeksi kelpaavia työvälineitä, kuten esimerkiksi keittiössä. Käynnille mennessä on muistettava, että hoitaja on asiakkaan kotona ja asiakasta ja tämän kotia tulee kunnioittaa. Hoitajan on käyttäydyttävä rauhallisesti ja ammatillisesti sekä pitää katsekontakti asiakkaaseen. Hoitaja ei saa provosoida asiakasta eikä tulla itse provosoiduksi. (Ekhva 2023.)

Mikäli hoitaja kokee turvallisuutensa uhatuksi, hänen tulee poistua käynniltä välittömästi. Kotikäynniltä poistumiseen ei tarvita asiakkaan hyväksyntää. Mikäli hoitaja on kokenut väkivallan uhkaa kotikäynnillä, siitä tulee kertoa esihenkilölle sekä täyttää HaiPron työturvallisuusilmoitus ja tarvittaessa rikosilmoitus. Uhkaukset kirjataan potilasasiakirjoihin. Väki-valtatilanteen jälkeen hakeudutaan lääkärin tarkastukseen, tehdään työturvallisuusilmoitus HaiProon sekä tehdään rikosilmoitus. Esihenkilö huolehtii defusing-toimien järjestämisestä kriisitilanteen purkuun. (Ekhva 2023.)

### 3 Mielenterveyden häiriöt

#### Ikääntyneen mielenterveys

Ikääntyminen tuo usein mukanaan sekä toivottuja, että ei-toivottuja muutoksia ja kokemuksia elämään. Ikääntyneetkin ovat moninainen ryhmä erilaisia ja eri-ikäisiä ihmisiä, ja ikääntymiseen liittyvät prosessit ja muutokset ovat yksilöllisiä. Ikääntyessä mielenterveyden heikentymisen riskitekijöitä ovat muun muassa fyysiset ja kognitiiviset heikentymät, läheisten ihmisten menetykset, ihmissuhdehaasteet, itsenäisen selviytymisen heikentymisen ja yhteiskunnan kielteiset asenteet. Usein ajatellaan masennuksen ja alakulon kuuluvan ikääntymiseen, mutta se ei pidä paikkaansa. Tutkimuksissa on huomattu, että iäkkään ihmisen voi olla vaikeampaa saada mielenterveyden haasteisiin apua, eikä mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn ole panostettu riittävästi. (Mieli ry 2022.)

Ikääntyneillä ilmenee samoja mielenterveyshäiriöitä kuin muillakin ikäryhmillä, mutta niiden lisäksi ikääntyneillä ilmenee myös elimellisiin sairauksiin liittyviä psyykkisiä oireita. Yleisin ikääntyneillä ilmenevä mielenterveydenhäiriö on masennus. Muita yleisiä häiriöitä ovat psykoosit, ahdistuneisuushäiriöt sekä elimelliset mielenterveyden häiriöt. Elimellisiä mielenterveyshäiriöitä ovat esimerkiksi aivovamman tai muun somaattisen sairauden seurauksena kehittyneitä mielenterveyshäiriöitä. Elimellisiä mielenterveyshäiriöitä ovat esimerkiksi elimellinen persoonallisuushäiriö sekä elimellinen kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Havukainen 2024, 5.)

Psykoterapeutti, psykologi, tietokirjailija ja vanhuustutkija Saarenheimo (2020) kertoo yksinäisyyden olevan yksi merkittävimmistä ikäihmisten mielenterveyshaasteiden aiheuttajista. Yksinäisyys voi johtaa masennukseen tai alkoholin liikakäyttöön. Noin puolet ikääntyvien masennuksista liittyy somaattisiin sairauksiin, kuten syöpään tai neurologisiin sairauksiin.

Mielenterveyden häiriöt ovat oireyhtymiä psyykkisistä oireista, joihin liittyy kärsimystä tai haittaa. Luokittelu tapahtuu vaikeusasteiden ja oireiden mukaan. Vakavimmat häiriöt aiheuttavat toimintakyvyn ja elämänlaadun heikkenemistä. Tavanomaiset arkielämään liittyvät reaktiot, kuten esimerkiksi lyhytaikainen suru menetystilanteessa ei ole mielenterveyden häiriö. (THL 2023c.) Mielenterveyden häiriöstä puhutaan silloin, kun mieliala, tunteet ja ajatukset rajoittavat elämää ja ne haittaavat toimintakykyä ja ihmissuhteita pitkäaikaisesti. Yleisimpiä pidempiaikaisia mielenterveyden häiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt ja pelot, masennus, elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt, dissosiaatiohäiriöt, persoonallisuuden häiriöt, psykoottiset häiriöt, syömishäiriöt, hillitsemishäiriöt ja lapsuudessa ja nuoruudessa alkavat häiriöt. Elämäntilanteisiin liittyvät häiriöt oirehtivat usein sekamuotoisina, ja

oirekuvaa voi hallita masentuneisuus, ahdistuneisuus, tunnereaktiot, käytösongelmat tai impulsiivisuus. Elämässä tapahtuneet, äkilliset järkyttävät tilanteen voivat aiheuttaa akuutin stressireaktion. (Terveyskirjasto 2022.)

## **Masennus**

Masennus on henkilön mielialan kokonaisvaltaista alenemista, jolloin kiinnostus ja mielihyvä tekemiseen ja kokemiseen katoaa. Masennus voi näyttäytyä omana häiriönä tai olla liitännäinen esimerkiksi kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön ja siihen liittyvään masennusjaksoon. Masennus erotellaan sen vaikeusasteen mukaan lieviin, keskivaikeisiin, vaikeisiin ja psykoottisiin masennustiloihin. (Rovasalo 2022.) Yli 65-vuotiaista 1–4 % kärsii vakavasta masennuksesta, ja liki kolmas kärsii lievemmistä masennusoireista. Ikääntyneen masennus voi joskus jäädä tunnistamatta, koska masennusoireilua selitetään ikääntymisen tai muistisairauden oireiluna, vaikka masennus onkin yleisin ikääntyneen mielenterveyden häiriö. Masennus voi myös edeltää muistisairautta, ja muistisairauden alkuvaiheessa voi taas esiintyä masennusta. (Juutilainen 2022.)

Masennuksen diagnostiikkaan kuuluu tiettyjä kriteerioireita, joista vähintään neljän tulee täytyä. Oireiden kestolla ja toistuvuudella on myös suuri merkitys diagnostiikassa. Ikääntyneelle suositellaan käytettäväksi GDS-15 tai GDS-30 geriatrasta depressioasteikkoa masennuksen seulonnassa. Ikääntyneen kohdalla täytyy huomioida, että masennuksen oireet voivat johtua myös jostain somaattisesta sairaudesta, tai esimerkiksi foolihapon tai B12-vitamiinin puutoksesta, sekä joidenkin lääkeaineiden vaikutuksesta. Erityisesti iäkkäillä asiakkaila, joilla ei ole aiemmin esiintynyt masennusta, on tärkeää tutkia mistä masennuksen oireet johtuvat. Ikääntyneen masennuksen diagnostiikka, arviointi ja hoito ovat yleensä samankaltaisia, kuin nuoremmillakin ikäryhmillä, ainakin jos asiakas on alle 75-vuotias. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2024.) Masennukseen kuuluu alentuneen mielialan lisäksi paljon muitakin oireita, kuten ruokahalun muutoksia, unettomuutta tai unen tarpeen lisääntymistä, alemmuuden tunteita, kuolemaan liittyviä ajatuksia, jatkuvaa väsymystä, päätöksen teon vaikeutta sekä monia muita oireita. (Rovasalo 2022.)

Yli 75-vuotiaiden masennuksen hoidosta on tehty vain vähän tutkimuksia. Ikääntynyttä voidaan hoitaa kuitenkin pääasiassa samalla lailla kuin työikäistä, kunhan otetaan huomioon myös somaattisen hoidon tarve. Masennuksen lääkehoidossa on otettava huomioon lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutusten merkitys ja iänmukainen lääkityksen annostus. Lääkehoito on myös ikääntyneellä tehokas apu masennukseen. Masennuslääkeannokset ovat 65–75-vuotiailla samansuuruisia tai hiukan pienempiä, kuin keski-ikäisillä, kun yli 75-vuotiailla lääkeannoksen koko on puolet tai alle puolet keski-ikäisten lääkeannoksesta.

Mikäli ikääntyneellä on lievää tai keskivaikeaa masennusta, voidaan sitä hoitaa psykoterapiainkin avulla. Ryhmämuotoisesta muisteluterapiasta kerrotaan myös olevan hyötyä ikääntyneen masennuksen hoidossa. Myös sähköhoidosta kerrotaan olevan hyötyä yli 75-vuotiaiden masennuksen hoidossa. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2024.)

### **Ahdistuneisuushäiriö**

Ahdistuneisuus on ominaisuus, joka varoittaa uhkaavasta tilanteesta. Ahdistuneisuus voi näyttäytyä monessa psykiatrisessa sairaudessa oireena. Ilman psykoottisia oireita tai vakavaa masennustilaa, puhutaan yleisestä ahdistuneisuushäiriöstä. Ahdistuneisuuden liittyessä tiettyyn tilanteeseen tai kohteeseen pelkona, puhutaan silloin fobioista. Paniikkikohtausta on voimakkaana ja äkillisenä esiintyvä ahdistuskohtausta ja siihen liittyy usein joitain fyysisiä oireita. Paniikkihäiriöstä puhuttaessa kohtaukset ovat toistuvia ja osa kohtauksista tulee yllättäen. (NIH 2024a.)

Paniikkikohtauksessa henkilö tuntee tilanteeseen nähden tarpeettoman voimakasta tunnetta uhasta, johon sisältyy myös sympatikonian oireita, eli rintatuntemuksia, hengenahdistusta ja vapinaa. Ahdistus ja ahdistuneisuus tunnetilana on pelon tunnetta, joka johtuu ulkoa tai sisältä uhkaavan, heikosti tiedostetun vaaran ennakoimisesta. Sen oireita voivat olla esimerkiksi pelokkuus, levottomuus, unihäiriöt, keskittymiskyvyn puutos, pahoinvointi, sydämentykytys, ilman loppumisen tunne sekä tihtynyt virtsaamisentarve. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.)

Ahdistuneisuushäiriöihin ovat liitännäisenä usein psykiatriset samanaikaissairastavuudet, kuten muut samanaikaiset ahdistuneisuushäiriöt, masennus sekä päihteiden käyttö. Ahdistuneisuushäiriö voi altistaa päihdeongelman kehittymiselle, sillä useilla päihteillä on akuutisti ahdistusta vähentäviä vaikutuksia. Pitkäaikaiskäytössä päihteiden käyttö kuitenkin pahentaa ahdistuneisuuden oireita, ja päihteiden käyttö voi heikentää ahdistuneisuuden hoitojen tuloksia. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.) Ahdistuneisuushäiriöiden oireet ovat yleisiä myös somaattisten sairauksien rinnalla. Esimerkiksi Parkinsonin tautia sairastavista 31 %:lla on jokin todettavissa oleva ahdistuneisuushäiriö, ja keuhkohtaumatautia sairastavilla esiintyy ahdistusta 10–55 %:lla sairaalahoitoa tarvitsevista potilaista sekä 13–46 %:lla avohoidossa olevista potilaista. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.)

lääkkäiden ahdistuksen tutkinta hoidon osalta on kohdistunut yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön. lääkkäiden kohdalla tutkittua tietoa ei ole paniikkihäiriöistä, sosiaalisten tilanteiden pelosta tai julkisten paikkojen pelosta. Ikääntyneiden yleistyneen

ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa tehokkaita ovat masennuslääkkeistä venlafaksiini, essitalopraami ja duloksetiini. Ikääntyneiden kohdalla muiden masennuslääkkeiden toimivuudesta ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa ei ole tarpeeksi näyttöä. Myös ketiapiinin sekä pregabaliinin on todettu olevan tehokas hoitomuoto yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön ikääntyneillä. Lääkehoidossa huomioon otettava asia on ikääntyneen muu lääkitys, ja lääkitysten mahdolliset yhteisvaikutukset. (Ahdistuneisuushäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.)

## **Skitsofrenia**

Skitsofrenia voi puhjeta missä tahansa iässä, mutta ikääntyneillä sen ilmeneminen on huomattavasti vähäisempää, kuin työikäisillä. Kuitenkin keskimääräisen eliniän pidennyttä vanhuusikäisten skitsofreniapotilaiden määrä on kasvussa. Ikääntyneenä skitsofreniaan sairastuneella ilmenee nuorena sairastuneita useammin aistiharhoja sekä vainoharhaisuutta. Kognitiivisia puutosoireita sekä ajatushäiriöitä esiintyy vanhuusikäisillä nuoria harvemmin. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2024.)

Skitsofrenia on psykoottinen mielenterveyden häiriö. Se ilmenee aistiharhoina, hajanaisena ajatteluna sekä puheena, harhaluuloina, kognitiivisten toimintojen häiriönä, motorisena käytöksenä sekä sosiaalisena vetäytymisenä tai aloitekyvyttömyytenä. Lisäksi useilla skitsofreenikoilla voi ilmetä ahdistusta, itsetuhoisuutta, unettomuutta sekä kognitiivisia puutosoireita keskittymisessä ja tarkkaavaisuudessa, muistissa, yleisessä kognitiivisessa suoriutumisen, toiminnanohjauksessa, tiedon prosessoinnissa sekä näönvaraisessa hahmottamisessa. Skitsofrenian oireet vaihtelevat yksilöllisesti. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2024.)

## **Psykoosi**

lääkällä psykoosia esiintyy noin 5–10 %:lla väestöstä maailmanlaajuisesti. Psykoosioireita voi aiheuttaa jotkin somaattiset sairaudet, kuten Parkinsonin tauti, Alzheimerin tauti ja muut muistisairaudet. lääkäiden psykoosioireita tutkittaessa tulee huomioida mahdolliset somaattiset sairaudet, ja poissulkea niistä johtuva psykoosi tai sen oireet. läkkään psykoosin hoito tulee kohdentaa syyhyn, josta psykoosi johtuu. (Kluwer 2023.) Psykoosissa oleva henkilö yleisimmin kokee harha-aistimuksia. Psykoosia ennustavia oireita voivat olla muun muassa hankaluutta ajatella loogisesti ja selkeästi, henkilökohtaisesta hygieniasta huolehtimisen vaikeus ja välinpitämättömyys, nukkumisen vaikeudet, kommunikaatio-ongelmat ja yhtäkkinen työn tuloksen heikkeneminen. Henkilöllä voi olla psykoosi sairastumatta koskaan skitsofreniaan. (NIH 2023.)

Psykoosin oireita ovat aistiharhat, eli harhaluulot ja hallusinaatiot. Aistiharhoja voi ilmetä jokaisen aistikanavan alueella. Kuuloharhat ovat yleisiä psykiatrisessa sairastamisessa, mutta näkö- ja hajuharhojen syy on usein elimellinen. Jos henkilö on harhaluuloinen, hän voi esimerkiksi kokea itsensä jumalaksi, vainotuksi tai erityisen tärkeäksi henkilöksi. Psykoottiset suhteuttamisharhaluulot ja merkityselämykset tarkoittavat henkilön kokemia kokemuksia, joissa hän antaa harhanomaisia merkityksiä esimerkiksi television kuuluttajille, ihmisten eleille tai esineiden väreille. Joissakin tapauksissa harhaluulot voivat kehittyä selityksiksi harha-aistimuksille. (Rovasalo 2023a.)

Psykoosisairauksien oireet jaetaan ilmaantumisjärjestyksessä riskivaiheen oireisiin, akuuttivaiheen oireisiin sekä jälkioireisiin. Riskivaiheen oireet voivat kestää yksilöllisesti päivistä jopa vuosiin. Ennen ensimmäistä psykoosia ilmaantuneet riskivaiheen oireet ovat usein pitkäkestoisempia, kuin ennen uuden psykoosin puhkeamista ilmaantuvat oireet. Akuuttivaiheen oireet ovat usein positiivisia oireita, eli esimerkiksi harhaluulot, aistiharhat sekä puheen ja käyttäytymisen hajanaisuus. Jälkioireet ovat usein negatiivisia oireita. Negatiivisia oireita ovat puheen köyhtyminen, kyvyttömyys mielihyvän tuntemiseen, tahdottomuus, tunneilmaisun vaikeutuminen sekä vetäytyminen ihmissuhteista ja sosiaalisista kontakteista. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2024.)

### **Persoonallisuushäiriöt**

Persoonallisuushäiriöitä on erilaisia ja ne luokitellaan käyttäytymismallien perusteella. Niiden syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat traumaattiset kokemukset, pieneltä osin perinnöllisyys sekä lapsuudenaikaiset vuorovaikutustilanteet. Häiriöt ilmenevät ajatuksissa, tunne-elämässä ja käytöksessä laajasti ja jatkuvasti. Henkilöllä voi olla myös niin kutsuttu sekamuotoinen persoonallisuushäiriö, jolloin yksittäinen häiriö ei ole selvä, vaan piirteitä on useasta eri persoonallisuushäiriöstä. Persoonallisuushäiriöt luokitellaan niiden käyttäytymismallien perustella, jotka hallitsevat sairastunutta. Yleensä ne jaetaan kolmeen pääryhmään. (Rovasalo 2023b.)

Ryhmässä A oireina on eristäytyneisyys, epäluuloisuus ja psykoosipiirteinen persoonallisuus. Ryhmä B:n oireina esiintyy epävakaas, epäsosiaalisuus, narsistinen ja huomionhakuinen persoonallisuus. Tässä ryhmässä tunne-elämän epävakaas ja impulsiiviset teot ohjaavat käytöstä ja henkilön empatiakyky on heikko. Ryhmässä C oirekuvana on vaatava, estynyt ja riippuvainen persoonallisuus. Ahdistuneisuus, pakonomaisuus ja pelokkuus rajoittavat toimintaa tässä ryhmässä, mutta henkilöiden toimintakyky on yleisesti parempi kuin muissa ryhmissä. Monissa tapauksissa persoonallisuushäiriön oireet ja sen aiheuttamat haitat lieventyvät ikääntyessä. (Rovasalo 2023b.)

## **Syömishäiriöt**

Syömishäiriö voi oireilla monella eri tavalla. Oirehdinta voi näkyä muun muassa syömisen rajoittamisella, pakonomaisella liikunnalla, ruoan oksentamisella, liiallisella syömisellä hallitsemattomasti. Häiriölle on ominaista, että ruoka ja liikunta rajoittaa arkea ja vaikuttaa omaan kehoon suhtautumiseen. Yleisimpiä syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö eli anoreksia, ahmimishäiriö eli bulimia, sekä ahmintahäiriö eli BED. (Mieli ry 2023.)

Syömishäiriö alkaa usein ulkonäköpaineiden, elämänmuutoksen, stressin ja masennuksen laukaisemana tai terveellisen ja liikunnallisen elämäntavan tavoittelemisen myötä. Ahmintahäiriön yleinen ensioire on syömisen hallitsemattomuus. Bulimian ja anoreksian kohdalla yleisiä ensioireita ovat esimerkiksi yritys muuttaa kehon painoa ja muotoa, sekä ulkonäköä. Syömishäiriöön sairastunut ei usein itse tunnista oireitaan, minkä vuoksi sairaus voi edetä pitkälle ennen hoitokontakteja. Yleisiä syömishäiriön kanssa samaan aikaan olevia samanaikaishäiriöitä ovat ahdistuneisuushäiriöt ja mielialahäiriöt, itsetuhoisuus ja itsemurhayritykset, päihteiden ongelmallinen käyttö, pakko-oireinen häiriö eli OCD, persoonallisuushäiriöt sekä aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriö eli ADHD. Syömishäiriöitä ilmenee kaikenikäisillä ihmisillä ja kaikkien syömishäiriöiden hoito perustuu säännölliseen, määrältään riittävään ja monipuoliseen ravitsemukseen. Syömishäiriöpotilaan hoidossa ensiarvoisen tärkeää on hengenvaarallisten somaattisten komplikaatioiden ja itsetuhoisuuden tunnistaminen ja niihin reagoiminen. (Syömishäiriöt: Käypä hoito -suositus 2024.)

## **Ikääntyneen mielenterveyden vahvistaminen**

Viime vuosien aikana kiinnostus mielenterveyttä kohtaan on lisääntynyt voimakkaasti. Jatkuvassa muutoksessa eläminen ja maailmaa ravisuttaneet kriisit koettelevat mielenterveyttä. Mielenterveyttä voidaan pitää terveyden perustana ja elämän ajan kehittyvänä sekä jokaisen oikeutena. Ikääntyneellä on oikeus nauttia elämästä, olla osallinen, tehdä päätöksiä, vaikuttaa ja olla omanlaisensa. (Ridanpää 2023.)

lökkään mielenterveyttä voidaan vahvistaa muun muassa mielekkäällä tekemisellä, sosiaalisten suhteiden vahvistamisella, itsenäisen asumisen tukemisella, terveellisillä elämäntavoilla ja osallisuuden lisäämisellä. Vaikka ihminen ikääntyy, on hänellä siitä huolimatta oikeus tuntea olonsa hyväksi ja tasapainoiseksi sekä kokea selviytyvänsä arjesta. Hyvillä ihmissuhteilla, myönteisellä asenteella ja huumorintajulla on suuri merkitys ikääntyneen mielenterveyden ja hyvän elämänlaadun jatkumiseen. (Mieli ry 2022.)

## 4 Päihdehäiriö

### Ikääntyneen päihdehäiriöt

Ikääntyneiden päihdehäiriöt ovat lisääntyneet vuosien aikana. 65 vuotta täyttäneistä miehistä lähes puolella, ja naisista noin viidenneksellä, on haitallista alkoholin käyttöä. Reseptilääkkeiden väärinkäyttö on ollut yleisempää naisilla. Elimistön ikääntyminen yleensä herkistää päihteiden vaikutuksille, ja päihteiden riskikäyttö on yhteydessä useisiin fyysisiin ja psyykkisiin sairauksiin. Ikääntyneellä päihdehäiriöt ovat yhteydessä usein mielialahäiriöihin, unettomuuteen, ruoansulatusvaivoihin, huimaukseen, kognitio-ongelmiin ja sekavuuteen. Ikääntyneen päihdehäiriön tunnistaminen on yleensä vaikeaa ja sen vuoksi hoitoon pääsy voi viivästyä. (Runsten 2024.) Päihdehäiriö on hoidettavissa oleva mielenterveyden häiriö, joka vaikuttaa henkilön käytökseen ja aivoihin ajaen hänet käyttämään alkoholia, huumeita tai väärinkäyttämään lääkkeitä. Päihdehäiriöisellä henkilöllä voi olla samanaikaisesti jokin muu mielenterveyden häiriö. (NIH.)

Suurin osa ikääntyneistä käyttää jotakin reseptilääkettä, ja hyvin toteutetulla lääkehoidolla voidaan parantaa ikääntyneen toimintakykyä sekä elämänlaatua. Elimistön ikääntyessä lääkeaineet poistuvat hitaammin, jolloin lääkkeiden haittavaikutukset voivat lisääntyä. Lääkkeiden yleisimpiin haittavaikutuksiin kuuluu esimerkiksi huimaus, lihasheikkous, painajaiset ja tokkuraisuus. Ikääntyneen kohdalla lääkehoidossa on kiinnitettävä erityistä huomiota kaatumisriskiin, joka lisääntyy joidenkin lääkkeiden kohdalla. Alkoholin samanaikainen käyttö lisää kaatumisriskiä ikääntyneellä entisestään. (Pilke.) Alkoholin säännöllinen käyttö suurentaa kokonaiskuolleisuutta sekä lisää merkittävästi esimerkiksi maksakirroosin, aivoverenvuodon, kroonisen haimatulehduksen, verenpainetaudin sekä joidenkin syöpien riskiä. Käyttöön liittyy myös muiden tapaturmien ja väkivallan riskejä, esimerkiksi kaatuminen, palovammat tai hukkuminen. (Alkoholiongelmat: Käypä hoito -suositus, 2018.)

### Alkoholiriippuvuus

Addiktiivinen eli pakonomainen ja jatkuva alkoholin käyttö on vakava sairaustila. Alkoholiriippuvuus on krooninen sairaus, jossa mieli ja elimistö tulee riippuvaiseksi alkoholista. Sairauteen liittyy pakonomaista ja toistuvaa alkoholin käyttöä. Alkoholiriippuvainen jatkaa usein alkoholin käyttöä sen aiheuttamien vieroitusoireiden takia. Riippuvainen ei huomioi sen aiheuttamia ongelmia, jotka voivat olla terveydellisiä tai sosiaalisia. Henkilö ei välttämättä ole ajatellut juovansa niin suuria määriä tai niin pitkiä aikoja kuin todellisuudessa käytön aloitettua juo. Kuitenkaan käytön aloitettua henkilö ei kykene lopettamaan tai

rajaamaan omaa käyttöönsä. Juomiseen voi liittyä muistikatkoksia tai henkilö voi sammua humalatilassa. (Häkkinen 2023a.)

Alkoholin käyttö voi alkaa missä iässä tahansa ja noin kolmasosalla ikääntyneistä ongelmakäyttäjistä se on alkanut myöhäisessä vaiheessa. Ikääntyneellä alkoholin käytön riskit kasvavat jo vähäisemmällä juomamäärillä kuin työikäisillä, koska kehon nestetilavuus on pienempi ja eri sairaudet sekä lääkitykset ovat yleisimpiä. Seurauksina riippuvuudesta voivat olla masentuneisuus, univaikeudet ja lisääntynyt ärtyneisyys. Ristiriidat läheisten kanssa ja työssä käymisen haasteet voivat lisääntyä. Käyttöön osalla voi liittyä myös rikoksia, rattijuopumusta ja muita rikkeitä. Liikakäyttö voi myös altistaa hengenvaarallisille sairauksille ja tapaturmille. (Häkkinen 2023a.)

Riskejä, jotka voivat lisätä alkoholin riskikäyttöä ovat muun muassa juominen nuorena iässä. Nuorilla, jotka aloittavat juomaan alkoholia alle 15-vuotiaina on jopa kolminkertainen riski sairastua alkoholiriippuvuuteen. Geneettiset riskit, sekä mahdolliset lähisukulaisen alkoholiriippuvuudet, etenkin vanhempien alkoholin ongelmakäyttö, lisää riskiä sairastumiselle. Mielenterveysongelmat ja traumaattinen elämänhistoria altistaa myös sairastumiselle. (NIH 2024b.)

## **Lääkeriippuvuus**

Yleisimmät päihdekäytössä käytettävät lääkkeet ovat bentsodiatsepiinit, opioidit, pregabaliini ja gabapentiini, sekä amfetamiinijohdannaiset tarkkaavuushäiriöön käytetyt lääkkeet. Usein lääkkeiden päihdekäyttöön liittyy samanaikaista alkoholin tai huumeiden käyttöä. Päihdeongelmaisilla henkilöillä voi olla ahdistuslääkkeiden käyttöä muiden päihteiden aiheuttamiin vieroitusoireisiin. (Häkkinen 2023b.)

Lääkeriippuvuus aiheuttaa sekä fyysistä, että psyykkistä riippuvuutta. Riippuvuuden oireita voi olla muun muassa huimaus, kivut, pistely, ärtyneisyys, ahdistuneisuus ja masennusoireet tai unettomuus. Jotkut oireista voivat olla juuri niitä vaivoja, joihin väärinkäytetyt lääkkeet on alun perin määrätty. Oireiden lisääntyminen lääkkeen käytön loppuessa lisää riskiä jatkaa lääkkeen käyttöä. Lopetusoireita voi ilmetä pidempään jatkuneen käytön yhteydessä. Lääkeannoksen ollessa suuri tulisikin käytön lopetus tapahtua asteittain ja pikkuhiljaa, useiden viikkojen tai jopa kuukausien aikana laskemalla annosta pienemmäksi. Kerralla lopetettu lääke aiheuttaa voimakkaampia vieroitusoireita. (Häkkinen 2023b.)

Psyykinen riippuvuus oireilee usein lääkkeen tarpeettomana käyttönä, lääkettä otetaan siis varmuuden vuoksi liian suurina annoksina, liian usein. Tällöin lääkkeen päihdyttävä ja

rauhottava vaikutus näkyy jo ennen sen imeytymistä elimistöön. Masennus- ja psykoosilääkkeisiin ei kehity psyykkistä riippuvuutta, koska niiden vaikutus alkaa vähitellen. (Häkkinen 2023b.)

Bentsodiatsepiinit ja tsolpideemi aiheuttavat herkästi ikääntyneille lääkeriippuvuutta (Rai-vio & Hartikainen 2020). Bentsodiatsepiinit ovat lyhytaikaiseen käyttöön tarkoitettuja rauhoittavia lääkkeitä, joiden pitkäaikainen käyttö voi olla terveydelle haitallista, ja ne aiheuttavat helposti riippuvuutta. Riippuvuuden lisäksi ne altistavat tapaturmille, väsyttävät sekä aiheuttavat muistivaikeuksia, levottomuutta ja sekavuutta. Joissakin tapauksissa bentsodiatsepiinit voivat aiheuttaa päihteiden sekakäyttöä tai väkivaltaista käyttäytymistä. (Rovasalonen 2024.)

Tsolpideemi on unettomuuteen käytetty lyhytaikainen lääke. Lääkettä saa käyttää enintään kahdesta neljään viikkoon, sillä pitkäaikainen käyttö voi heikentää lääkkeen vaikutusta ja aiheuttaa lääkeriippuvuutta. Lääkkeen unettavat sekä haitalliset vaikutukset tehoavat herkemmin iäkkäille kuin terveille aikuisille, tästä syystä heillä käytetään tavallista pienempiä annoksia. Lääkettä ei käytetä lainkaan lapsilla eikä nuorilla. (Pharmaca 2023.)

## 5 Toteutus

### 5.1 Kvalitatiivinen menetelmä

Tämä opinnäytetyö toteutetaan kvalitatiivisena tutkimuksena, ja siinä on viitteitä myös kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Tutkimusmenetelmät voidaan karkeasti jakaa kahteen ryhmään, kvantitatiiviseen, eli määrälliseen, ja kvalitatiiviseen, eli laadulliseen tutkimukseen. Samassa tutkimuksessa voidaan kuitenkin yhdistellä molempia tutkimusmenetelmiä. Laadulliseen tutkimukseen on olemassa monia eri lähestymis- ja analyysitapoja, joten sille ei voida antaa yhtä tiettyä määritelmää, ainakaan, kun kyseessä on ihmistiede. Tutkimuksella on kuitenkin muutamia ominaispiirteitä, mutta niiden kaikkien ei tarvitse täytyä, jotta tutkimusta voidaan kutsua laadulliseksi. Ominaispiirteitä ovat

- epäily itsestään selvästi tiedettyä kohtaan
- kvalitatiivisen aineiston suosiminen
- strukturoimattoman ja luonnollisen aineiston suosiminen
- sitoutumien lähelle menevään tarkasteluun
- keskittyminen toimintaan
- subjektisuuden arvostaminen
- asianosaisten omien merkitysten ja tulkintojen korostaminen
- tutkijan paikan reflektointi
- monimutkaisuuden sietokyky
- mitä ja miten kysymysten painottaminen
- analyysivetoisuus. (Juhila 2021.)

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään systemaattista toimintatapaa, jolla vastataan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tähän kuuluu aineiston tuottaminen, aineiston analysointi ja johtopäätösten tekeminen. Ihmisten toiminta ja kokemukset ovat monitasoisia sekä monimutkaisia, joten tutkimuksessa luodaan vain rajallinen näkökulma tiettyyn, tutkituun ilmiöön. Laadullinen tutkimus onkin aina keskustelua aineiston valinnasta, analysointitavoista ja erilaisista tulkinnan mahdollisuuksista. (Vuori 2021.)

Yhteistyökumppanin kanssa käytiin keskustelua opinnäytetyöstä. Keskustelun päätteeksi päädyttiin tähän aiheeseen ja tutkimustapaan, koska hoitajat ovat kokeneet haasteita tämän asiakasryhmän kohtaamisessa. Kohtaamisen haasteet ja asiakasryhmään liittyvät stigmat ilmenevät esimerkiksi hoitajien keskusteluissa työpaikalla.

Aiheen valintaan vaikutti tekijöiden mielenkiinto aihetta kohtaan, sekä työkokemus kotihoitossa ja mielenterveystyössä. Opinnäytetyössä tarkastellaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen liittyviä haasteita ja tuen tarvetta lähihoitajien näkökulmasta yhteistyökumppanin pyynnöstä. Opinnäytetyössä on valittu käyttää sanaa ”asiakas”, kun kerrotaan potilaista tai asiakkaista ymmärrettävyyden helpottamiseksi.

## 5.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Opinnäytetyössä käytetty teoreettinen tieto haettiin monien erilaisten viranomaisten julkaisuista. Tietoa haettiin esimerkiksi Käypä hoito -suosituksista, Duodecimin Terveysportin hoito-ohjeista, Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkojulkaisuista, sekä lainsäädännöistä. Tutkimusartikkeleiden hakuun käytettiin erilaisia tietokantoja, kuten LAB primoa ja Mediciä sekä esimerkiksi Mieli ry:n ja Tehyn tai Superin artikkeleita. Opinnäytetyössä on käytetty 19 hoitotieteen tutkimusartikkelia ja julkaisua.

Taulukko 1. Aineistonhaun sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Aineistot antavat tietoa ja vastaavat tutkimuskysymyksiin.	Aineistot eivät anna tarvittavaa tietoa tai vastaa tutkimuskysymyksiin.
Aineistot ovat suomen tai englanninkielisiä.	Aineistot on julkaistu muulla kuin suomen tai englannin kielellä.
Julkaisuväli on 2015–2025.	Julkaisuvuosi on ennen vuotta 2015.
Aineistot ovat maksuttomasti saatavilla.	Aineistot ovat maksullisia.

Hakusanoina teoreettisen tiedon etsimisessä käytettiin opinnäytetyön keskeisimpiä käsitteitä, kuten:

- *kotihoito*
- *kohtaaminen*
- *mielenterveydenhäiriöt ikääntyneellä*
- *päihdehäiriöt ikääntyneellä*
- *päihdehäiriö*
- *mielenterveydenhäiriö*
- *mental health disorders*
- *alcohol use disorder*
- *substance use disorder.*

Vuonna 2018 on tehty tutkimus, jossa tutkittiin iäkkäiden parissa työskentelevän henkilöstön osaamista päihde- ja mielenterveysosaamisessa, lääkkeettömässä hoidossa ja iäkään muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisessa. Tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että kotihoidossa yli 40 % yksikössä on osaamisvajetta mielenterveys- ja päihdeosaamisessa ja eniten lisäkoulusta kaipaavat Espoo, Tampere ja Turku. Pienissä kotihoidon yksiköissä lisäkoulutuksen tarve oli vähäisempää, kuin isojen kaupunkien. (Alastalo ym. 2018.)

Ylemmän ammattikorkeakoulun vanhustyön vuonna 2019 tehdyssä tutkimuksessa on havaittu, että työntekijät kaipaavat lisä- tai täydennyskoulutusta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen. Tutkimus tehtiin Perusturvakuntayhtymä Akselin kotihoidon työntekijöiden näkemyksistä. Työntekijöille laadittiin kysely, jonka vastauksista käy ilmi asiakkaan kohtaamisen haasteet ja vaaratilanteiden hallinnan ongelmat. Kohtaamisen haasteet ilmenivät asiakkaan mielialanvaihteluihin, arvaamattomuuteen ja sairaudentilan epävarmuuteen liittyen. (Laine 2019.)

Vuonna 2017 tehdyssä tutkimuksessa on kartoitettu Kuopion yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajien osaamista ja mahdollisen lisätuen tarvetta mielenterveyshäiriötä sairastavan potilaan hoitoon. Saatujen tulosten mukaan sairaanhoitajien osaaminen pohjautui koulutuksessa saatuun osaamiseen, ja hoitajat kokivat osaamisensa melko riittämättömänä ja ohuena. Potilaan kohtaamisessa ja hoidossa hoitajien tunteet olivat vastausten perusteella monenlaisia, empatiasta omiin epävarmuuksiin. Sairaanhoitajat toivoivat lisäkoulutusta vuorovaikutustaitoihin ja teoreettista koulutusta psykiatrisista sairauksista. (Kurki 2017.)

Opinnäytetyön aineisto kerätään Webropol-kyselyllä (Liite 1.), joka lähetetään kotihoidossa työskenteleville lähihoitajille. Kysely lähetetään toimipisteen esihenkilön toimesta lähihoitajan sähköpostiin. Kyselyyn laaditaan sekä monivalinta-, että avoimia kysymyksiä. Opinnäytetyö on kvalitatiivinen, joten kyselyssä hyödynnetään enemmän avoimia kysymyksiä ja tällöin lähihoitajat saavat kertoa sanallisesti kokemuksistaan. Kyselyyn on liitetty saatekirje (Liite 2.), sekä siitä on tehty tietosuojailmoitus (Liite 3.).

Osallistujien määrä on melko suuri kvalitatiiviseen tutkimukseen. Etelä-Karjalan alueen kotihoidossa työskentelee yhteensä noin 500 lähihoitajaa. Kysely oli avoinna 18.11.2024-16.12.2024, ja sen aikana kyselyyn osallistui 81 vastaajaa. Keskimäärin avoimiin kysymyksiin vastasi 30 vastaajaa.

### 5.3 Aineiston analyysi

Analyysin tavoitteena on tiivistää, pelkistää ja yleistää tutkimusmateriaalien tuloksia. Laadullisessa tutkimuksessa sisällönanalyysi on kaikista käytetyin analyysimenetelmä. Sisällönanalyysissä on kaksi eri lähestymistapaa, induktiivinen, eli aineistolähtöinen, ja deduktiivinen, eli teorialähtöinen. Keskeisimpänä erona näissä kahdessa lähestymistavassa on, että aineistolähtöisessä analyysissä ei ole valmista luokittelurunkoa, jonka avulla aineistoa analysoidaan, vaan opinnäytetyön tekijät tuottavat itse luokittelun aineistoonsa pohjautuen. Teorialähtöisessä analyysitavassa tehdään ensin luokittelumatriisi, jonka mukaan analyysi etenee. (Elo ym. 2022.)

Tämän opinnäytetyön sisältöanalyysi tehdään aineistolähtöisellä analyysimenetelmällä. Analyysiin kuuluu muutamia päävaiheita, eli valmistelu-, analysointi- ja raportointivaihe. Valmisteluvaiheessa perehdytään jo tiedossa olevaan tietopohjaan, ja valitaan kysymykset Webropol-kyselyyn. Analysointivaiheessa analysoidaan kyselyiden tulokset, ryhmitellään ne ja kirjataan ylös avoimien kysymysten vastauksia. Raportointivaiheessa kuvataan tuloksia tekstinä, sekä mahdollisesti taulukoituna, kvantitatiivisen tutkimuksen tapaan. (Elo ym. 2022.)

Analysointi aloitetaan perehtymällä aineistoon ja valitsemalla analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voi olla yksittäinen sana, lause tai usean lauseen ajatuskokonaisuus, jota lähdetään poimimaan materiaalista. Tutkimuskysymykset ja aineiston laatu ohjaavat analyysiyksikön määrittelyä. (Sarajärvi & Tuomi 2017, kappale 4.4.1.)

Analyysiyksikön valinnan jälkeen aloitetaan vastausten pelkistäminen, eli aineistosta karstataan tutkimukselle epäolennaiset asiat pois. Pelkistämisen voi tehdä esimerkiksi niin, että avoimien kysymyksien vastauksista etsitään samaa asiaa kuvaavia ilmaisuja ja kaikki ne alleviivataan samanvärisillä kynillä. Eri värejä käyttämällä saadaan eroteltua eri vastauksia eri kysymyksiin. (Sarajärvi & Tuomi 2017, kappale 4.4.3.) Vastausten selkiyttämiseksi poistetaan ylimääräisiä täytesanoja ja ne muokataan kirjakielen ilmaisuiksi sekä niin, että yhdessä ilmaisussa on vain yksi asiasisältö, eli rikotaan luettelomaisia vastauksia yksittäisiksi virkkeiksi. Pelkistämisen aikana tulee huomioida, ettei vastauksen merkitys muutu. (Elo ym. 2022.)

Pelkistämisen ja selkiyttämisen jälkeen aineisto ryhmitellään samankaltaisten käsitteiden mukaisesti. Samaa asiaa kuvaavat vastaukset ryhmitellään ja yhdistellään eri luokiksi, josta muodostuu eri alaluokkia. Alaluokat nimetään niiden sisällön mukaisesti. Luokittelussa alkuperäinen aineisto tiivistyy, koska yksittäiset vastaukset sisällytetään yhden

otsikon alle. Luokittelua tehdään niin, että alaluokkia yhdistelemällä saadaan yläluokkia ja niitä yhdistelemällä saadaan pääluokkia. Luokkien yhdistelyä jatketaan niin kauan, kuin se on tutkimuskysymysten vastaamiseksi tarpeellista. (Sarajärvi & Tuomi 2017, kappale 4.4.3.)

Sisällönanalyysin raportoinnissa tulokset esitetään tehdystä luokittelusta käsin. Tulosten raportointi aloitetaan kertomalla saavutetut pää- tai yläluokat, ja niiden avulla alaluokat ja niin edelleen. On suositeltavaa, että raportissa näytettävät tulokset esitetään vastaamalla tutkimuskysymykseen, johon luokka on liitännäinen. Yleensä raporttiin liitetään taulukko tai kuvio, jonka avulla analyysin eteneminen kuvataan. Tällä vahvistetaan analyysin luotettavuutta osoittamalla, että tulokset on saavutettu analyysillä, eikä tekijän omalla tulkinnalla. Saavutettuja tuloksia verrataan aiemmin tehtyjen tutkimusten saavutettuihin tuloksiin. (Elo ym. 2022.)

<b>Alkuperäinen lainaus kyselyn vastauksista</b>	<b>Lainauksen tulkinta</b>	<b>Pelkistetty tulkinta</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
"Asiakkaita pidetään eri arvossa, kunnioitus puuttuu etenkin päihdepuolen asiakkaita kohtaan. Moni työkaveri ajattelee, että päihdepuolen asiakkaat ovat itse aiheuttaneet tilanteen ja tämän vuoksi myös asenne heitä kohtaan on erilaista."	Vastaaja kokee työyhteisössä kunnioituksen puutetta asiakkaita kohtaan sekä heitä pidettävän eri arvossa. Työyhteisössä vallitsee ajatus päihdeasiakkaiden aiheuttaneen itse tilanteensa.	Hoitajien omat asenteet vaikuttavat etenkin päihdeasiakkaan kohtaamiseen.	Asenteiden vaikutus kohtamiseen.	Kohtaaminen.

TAULUKKO 1. Esimerkki alkuperäisvastauksen tulkinnasta, pelkistämisestä ja luokittelusta. Pääluokka on tutkimuskysymysten mukaisesti lähihoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisesta.

<b>Alkuperäinen lainaus kyselyyn vastauksista</b>	<b>Lainauksen tulkinta</b>	<b>Pelkistetty tulkinta</b>	<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
"Oman asiakkaan kohdalla on helppo arvioida muutoksia asiakkaan psyykkisessä toimintakyvyssä, koska asiakasta tapaa usein. Lisäksi asiakas alkaa luottamaan tuttuun hoitajaan ja kertoo enemmän omista ajatuksistaan ja voinnistaan."	Vastaaja kokee asiakkaan voinnin arvioinnin ja kohtaamisen helpommaksi, kun asiakkuus on jatkunut pidempään. Asiakas luottaa paremmin pitkäaikaiseen hoitajaan.	Pitkässä asiakassuhteessa kohtaaminen ja luottamussuhteen luominen on helpompaa.	Asiakkaan ja hoitajan välinen suhde.	Asiakassuhde.

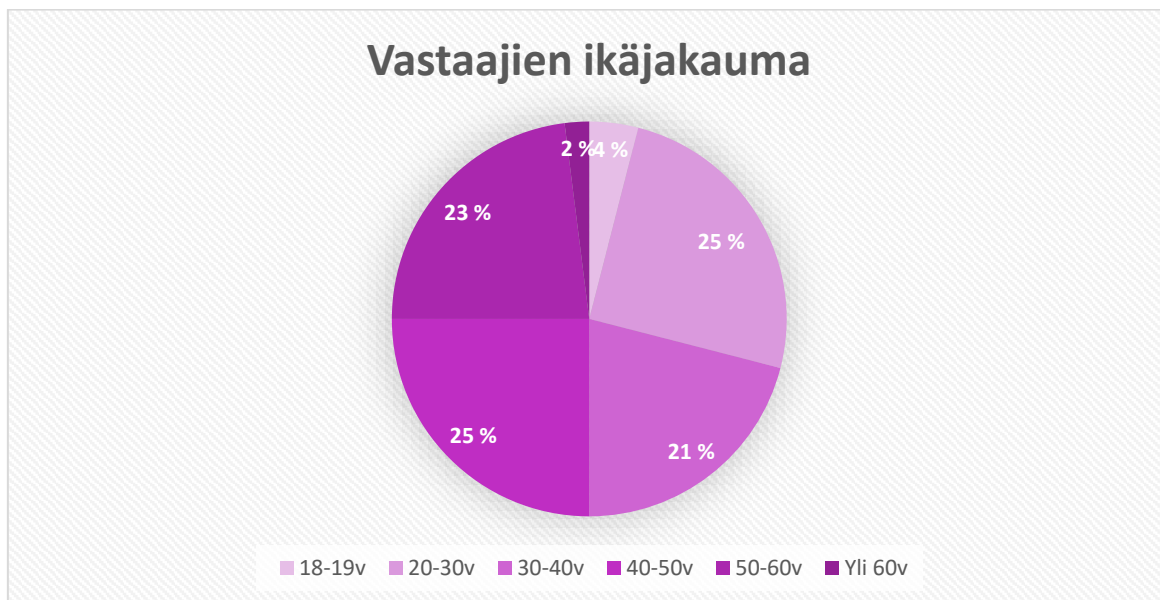
TAULUKKO 2. Esimerkki alkuperäisvastauksen tulkinnasta, pelkistämisestä ja luokittelusta. Pääluokka on tutkimuskysymysten mukaisesti lähihoitajien ajatuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen kehittämisestä kotihoidossa.

Alkuperäinen lainaus kyselyn vastauksista	Lainauksen tulkinta	Pelkistetty tulkinta	Alaluokka	Yläluokka
<p>Toimintamalleja kyseisten asiakkaiden hoitoon ohjaamiseen. Mitä on riittävä apu, mikäli asiakas ei halua apua? Mikä on asiakkaan oma vastuu omasta elämästä? Usein päihdeongelmaiset syyttävät kaikkia muita omista ongelmistaan.</p>	<p>Hoitaja toivoo lisää toimintaohjeita asiakasryhmän kohtaamiseen ja hoitoon. Hoitaja toivoisi tietoa asiakasryhmän auttamisesta ja asiakkaan omasta vastuusta hoitoon sitoutumisessa.</p>	<p>Monia erilaisia toimintaohjeita asiakkaan kohtaamiseen ja hoitoon.</p>	<p>Asiakasryhmän kohtaamisessa tukeminen.</p>	<p>Kohtaamisen tuki.</p>

TAULUKKO 3. Esimerkki alkuperäisvastauksen tulkinnasta, pelkistämisestä ja luokittelusta. Pääluokka on tutkimuskysymysten mukaisesti lähihoitajien kokema tuen tarve mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisessa.

## 6 Tulokset

Opinnäytetyön kyselyyn (Liite 1.) vastasi yhteensä 81 henkilöä. Kysely on toteutettu täysin anonymisti, taustatiedoksi selvitimme vastaajien ikäjakauman sekä työkokemuksen vuosina. Kysely on toteutettu osittain strukturoiduilla sekä osittain avoimilla kysymyksillä.



Kuvio 1. Kyselyyn vastanneiden ikä vuosina.

Vastaajat jakaantuivat melko tasaisesti iän perusteella, vähiten vastanneita oli 18–19-vuotiaita ja yli 60-vuotiaita, sekä eniten 20–30-vuotiaita ja 40–50-vuotiaita.



Kuvio 2. Vastaajien työkokemus vuosina.

Useimmilla vastaajista oli 5–10 vuotta työkokemusta, seuraavaksi eniten työkokemusta oli kertynyt 1–5 vuoden verran.

### 6.1 Kohtaaminen



Kuvio 3. Kohtaako vastaaja työssään mielenterveys- tai päihdeasiakkaita.

Suurin osa (99 %) vastaajista kohtaa työssään mielenterveys- tai päihdeasiakkaita.



Kuvio 4. Onko vastaaja kohdannut ennakkoluuloja työssään mielenterveys- tai päihdeasiakkaita kohtaan.

Vastaajista 75 % kertoo kohdanneensa ennakkoluuloja mielenterveys- tai päihdeasiakkaita kohtaan. Ennakkoluulot ilmenevät vastausten perusteella väkivallan uhan tai

mielenterveys- tai päihdeasiakkaan pelkona. Työyhteisössä ajatellaan päihdeongelmaisten olevan vain ”juoppoja” ja heitä pidetään eriarvoisina ja vaikeina asiakkaina, ilmenee 24 vastauksesta. Tällöin käynneille menemistä jopa pelätään ja niihin asennoidutaan eri tavalla, kun muiden asiakasryhmien kohdalla, eikä ajatella riippuvuuden olevan sairaus.

*”Asiakkaita pidetään eri arvossa, kunnioitus puuttuu etenkin päihdepuolen asiakkaita kohtaan. Moni työkaveri ajattelee, että päihdepuolen asiakkaat ovat itse aiheuttaneet tilanteen ja tämän vuoksi myös asenne heitä kohtaan on erilaista.”*

*”Vähätellään, pidetään alempi arvoisena.”*

*”Nämä ovat mielestäni edelleen tabuja, ja helposti aiheuttaa stigmaa. Ovat edelleen luokiteltu diagnoosiensa mukaan. Ennakkoluulot ovat valtavia.”*



Kuvio 5. Vastaajien kokemuksia asiakasryhmän kohtaamisesta.

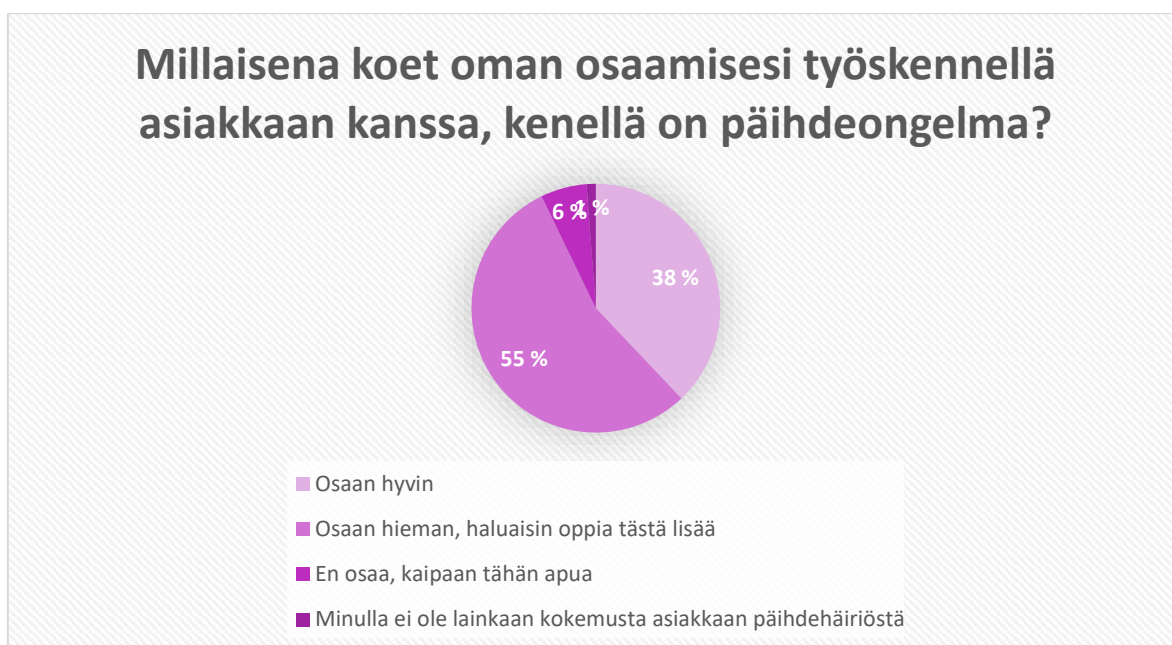
Suurin osa (74 %) vastaajista kokee mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen kotihoidossa samanlaisena, kuin muidenkin asiakkaiden kohtaamisen. Vastaajien kokemukset mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta ovat kuitenkin erilaisia. Kysymyksen vastanneista 16 kokee heidän kohtaamisensa täysin samanlaisena, kun muidenkin asiakasryhmien, ja kohtaamisista on kuvattu esimerkiksi vastavuoroisiksi ja empaattisiksi. Omalla hyvällä asennoitumisella, rehellisyydellä ja avoimuudella koetaan olevan suuri merkitys. Ilmi käy 11 vastauksesta, että mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohtaaminen koetaan haastavampana sekä vastauksissa näkyy myös, esimerkiksi pelko asiakkaan väkivaltaisesta tai arvaamattomasta käytöksestä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen koetaan myös muita asiakasryhmiä vaikeampina, sillä kotihoidossa käynneille mennään pääsääntöisesti yksin.

*”Kotihoidossa työskennellään lähtökohtaisesti yksin, joten se voi tuoda jännitystä mielen-  
terveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Ennakoimalla kuitenkin välttyy usein uhkaa-  
vilta tilanteilta.”*

*”Itse kohtaan ihmisen ihmisenä, kaikilla on ihmisarvo. On asiakas tuomari tai juomari, niin  
kaikki hoidetaan hyvin.”*

*”Jokainen asiakas on erilainen, mutta mp-asiakkaat ovat joskus hieman arvaamattomia.  
Olen kuitenkin huomannut, että omalla asennoitumisella on suuri merkitys. Kun asiakkaat  
kohtaa rennolla ja välittävällä otteella, hekin usein muuttuvat hoitomyönteisemmiksi. Jos ei  
heti ensimmäisellä kerralla, niin todella nopeasti kuitenkin. Samanlaista jännitystä toki  
esiintyy ylipäätään muidenkin uusien asiakkaiden kohdalla.”*

## 6.2 Asiakassuhde



Kuvio 6. Vastaajien kokemuksia omasta osaamisesta asiakkaan kanssa työskentelystä, kenellä on päihdeongelma.

Reilu puolet (55 %) vastaajista kokee osaavansa hieman päihderiippuvaisen asiakkaan kanssa työskentelyä, sekä haluaisi oppia aiheesta lisää. Vastaajista 38 % kokee osaamisensa asiakasryhmän kanssa hyväksi. Osa (6 %) vastaajista kokee, ettei osaa ja tarvitsee apua asiakasryhmän kanssa työskentelyyn. Loput (1 %) vastasi ettei heillä ole lainkaan kokemusta asiakkaan päihdehäiriöstä.

Kyselyyn vastanneista 4 on kokenut ongelmallisena päihderiippuvaisen asiakkaan kanssa työskentelyssä lääkeshoidon turvallisen toteutumisen. Vastaajat kertovat, että lääkkeitä ei

voida antaa asiakkaan humalatilaa vuoksi, jolloin lääkehoito ei toteudu suunnitellusti. Vastauksissa 3 on kokenut tärkeäksi asiakkaan kuuntelun ja kannustamisen, sekä rauhallisen ja turvallisen työotteen. Vastauksista käy myös ilmi, että päihderiippuvaisen kohtaaminen töissä on vähäistä ja kohtaamiseen toivottaisiin enemmän koulutusta. Alkoholiriippuvaisen asiakkaan hoidosta koetaan olevan paremmin kokemusta ja tietoa, kun muista päihderiippuvuuksista.

*”Haastavaa, mutta mahdollista. Pitäisi olla jatkumo samoilla hoitajilla asiakkaan kanssa, ei vaihdella jatkuvasti. Se sekoittaa asiakkaan täysin.”*

*”Haasteita paljon, esim. lääkkeiden ja alkon sovittaminen.”*

*”Kanssakäyminen päihtyneen asiakkaan kanssa ei ole ollut sinänsä ongelmallista. Eri asia on, olisiko tarpeen ottaa päihdeiden käyttö puheeksi vai ei. Toisinaan myös lääkkeitä joutuu jättää antamatta humalatilaa vuoksi.”*



Kuvio 7. Vastaajien kokemuksia omasta osaamisesta mielenterveyshäiriöisen asiakkaan kanssa työskentelystä.

Vastaajista hieman vajaa puolet (47 %) kokee osaavansa hyvin työskennellä asiakasryhmän kanssa. Loput vastaajista (53 %) kokee osaavansa hieman, sekä haluavansa oppia lisää työskentelystä asiakkaan kanssa, jolla on mielenterveyden häiriö. Kukaan vastaajista ei kokenut täyttä osaamattomuutta, ja kaikilla vastaajilla oli jonkinlaista kokemusta asiakkaan mielenterveyden häiriöstä.

Avoimeen kysymykseen vastanneista 10 kertoo kohtaavansa mielenterveysasiakkaat ennakkoluulottomasti ja täysin samalla tavalla, kuin muutkin asiakasryhmät. Kun on

riittävästi aikaa perehtyä asiakkaan lähtökohtiin, se auttaa suhtautumaan asiakkaaseen. Ongelmallisiksi asioiksi he ovat kuvailleet liian lyhyet asiakaskäynnit, jolloin vastaajat kokevat, että asiakaskäyntien aikana ei ehditä syventymään asiakkaan tarpeisiin tarpeen mukaisesti.

*”Oman asiakkaan kohdalla on helppo arvioida muutoksia asiakkaan psyykkisessä toimintakyvyssä, koska asiakasta tapaa usein. Lisäksi asiakas alkaa luottamaan tuttuun hoitajaan ja kertoo enemmän omista ajatuksistaan ja voinnistaan.”*

*”Minulla ei valitettavasti ole sellaista aikaa asiakkaalle, mitä hän kenties tarvitsisi.”*

*”Asiakkaan kanssa pitää olla jämpä ja lempeä. osata johdatella ja tehdä päivää tähtihetkiä.”*

### 6.3 Kohtaamisen tuki



Kuvio 8. Vastaajien kokemuksia omasta osaamisesta arvioida asiakkaan psyykkistä vointia.

Vastaajista noin puolet (48 %) kokee osaavansa arvioida hyvin asiakkaan psyykkistä vointia. Loput vastaajista (52 %) kokee osaavansa arvioida hieman asiakkaan psyykkistä vointia, sekä haluavansa oppia lisää aiheesta. Kukaan vastaajista ei kokenut täyttä osaamattomuutta ja tarvetta avulle aiheesta.

Avoimien vastausten perusteella vastaajat kokivat saavansa apua psyykkisen voinnin arviointiin avoimella keskustelulla työyhteisössä. Myös asiakkaan taustatietoihin

perehtyminen perusteellisemmin ennen kotikäyntiä auttaisi asiakkaan kohtaamisessa. Vastaajat toivoivat myös jonkinlaista lisäkoulutusta psyykkisen voinnin arviointiin ja keskustelua mielenterveyspuolen ammattilaisten kanssa aiheesta.

*”Avoin keskustelu työyhteisössä ja kokemusten ja neuvojen jakaminen. Oman tietotaidon lisääminen aiheeseen liittyen.”*

*”Riittävästi tietoa asiakkaasta ennen käyntiä, hoidon tavoitteet selviksi.”*

*”Lisäkoulutusta mtp-asiakkaiden kohtaamiseen.”*

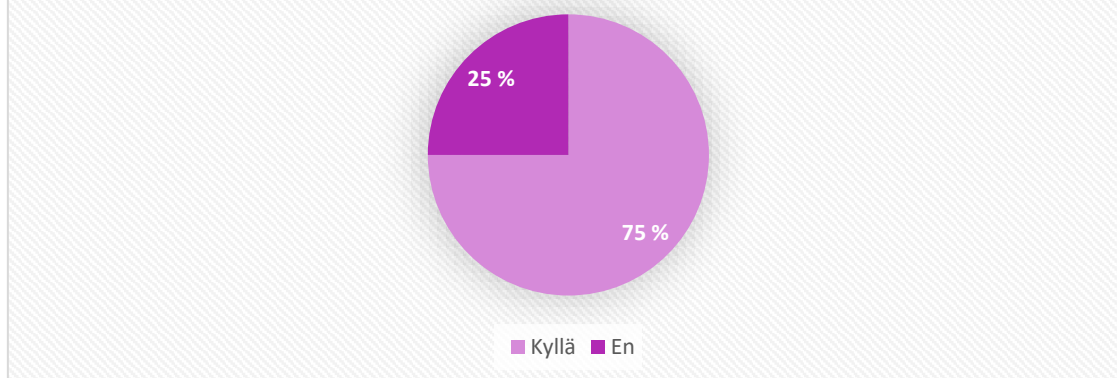


Kuvio 9. Vastaajilta kysyttiin, onko työyksikössä käytössä haastattelumalleja tai lomakkeita mielenterveys- tai päihdeasiakkaan tilan arviointiin.

Suurin osa (43 %) vastaajista ei osaa sanoa onko yksikössä käytössä mielenterveys- tai päihdeasiakkaan tilan arviointiin haastattelumalleja tai lomakkeita. Vastaajista 37 % vastaa, ettei yksikössä ole käytössä tilan arviointiin haastattelumalleja tai lomakkeita. Loput (20 %) vastaa että yksikössä on käytössä haastattelumalleja tai lomakkeita.

Avoimissa kysymyksissä vastaajat kertovat, että tilan arvioinnissa on käytetty apuna esimerkiksi AUDIT- tai GDS-15 kyselyä. Vastauksista ilmenee, että yksiköissä ei ole käytössä mielenterveys- tai päihdeasiakkaan tilan arviointiin tarkoitettuja lomakkeita tai haastattelumalleja.

## Toivoisitko saavasi lisäkoulutusta tai tukea mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen?



Kuvio 10. Vastaajien kokemuksia lisäkoulutuksen tai tuen tarpeesta mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen.

Suurin osa (75 %) vastaajista toivoo saavansa lisäkoulutusta tai tukea mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Loput (25 %) kokee, ettei lisäkoulutukselle tai tuelle ole tarvetta.

Vastauksista nousi esiin toive ja tarve lisäkoulutukselle mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Esiin nousee myös työyhteisössä käytävän avoimen keskustelun tärkeys kyseisen asiakasryhmän kohtaamisessa. Vastaajat kokevat, että asiakkaan tietoihin perehtyminen ajan kanssa voisi auttaa kohtaamisessa. Lisäksi vastaajien kokemusten mukaan hyödyllistä olisi muun muassa kokemusasiantuntijoiden ja mielenterveys- ja päihde-työtä tekevien ammattilaisten pitämät luennot aiheesta.

Lopuksi kysyimme, miten ammattilaisten mielestä mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohtaamista voitaisiin kehittää kotihoidossa. Suurimpana vastauksista nousi lisäkoulutuksen tarve ja todenmukaisen tiedon lisääminen henkilöstölle. Koulutuksia kaivataan laidasta laitaan, osa haluaisi etänä käytävän, esimerkiksi Teams-koulutuksen, kun taas osa kaipaisi kokemusasiantuntijan tai mielenterveys- ja päihdepuolen hoitajan pitämän, fyysisen koulutuksen. Myös avoin ja rehti keskustelu työyhteisön kesken nousi esille monissa vastauksissa.

*”Kohtaaminen lähtee hoitajan asenteesta.”*

*”Aikaa enemmän heille kotikäynneillä.”*

*”Kaikille hoitajille lisää tietoisuutta mielenterveys- ja päihde sairauksista ja niiden hoidosta sekä asiakkaan kohtaamisesta.”*

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten arviointi ja johtopäätökset

Kaikkiin tutkimuskysymyksiin saatiin vastaukset Webropol-kyselyn (Liite 1.) avulla. Kun muita samaa aihetta käsitteleviä tutkimuksia etsittiin, huomattiin melko nopeasti, että kyseisestä aiheesta tehtyjä tutkimuksia on melko niukasti. Löytyneet tutkimukset liittyivät pääasiassa yleisesti hoitajien kokemuksiin mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohtaamisesta. Myös yhteistyökumppani tai kohderyhmä vaihteli, ja vastauksia verrataan myös tutkimukseen, joka oli toteutettu Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa.

Kyselyn vastauksista käy ilmi, että kohtaamisen kokemuksissa oli eroja. Suurin osa lähihoitajista kokee mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen samanlaisena, kuin muidenkin asiakkaiden. Osa hoitajista kokee kohtaamisen haastavana tätä asiakasryhmää kohtaan. Asiakaskäynneille mentäessä osa hoitajista kokee pelkoa asiakkaan aggressiivisesta tai arvaamattomasta käytöksestä, jolloin lähihoitajat kokevat epämiellyttävänä ja jännittävänä yksin tehtävät asiakaskäynnit. Myös lääkehoidon toteutuksen haasteet nousivat esiin tämän tutkimuksen vastauksissa, kun kysyttiin kokemuksia päihderiippuvaisen asiakkaan kanssa työskentelystä.

Ylemmän ammattikorkeakoulun vuonna 2019 tehdyssä tutkimuksessa (Laine 2019) vastaajat ovat kokeneet haastavaksi esimerkiksi asiakkaiden vaihtuvat mielialat ja arvaamattoman käytöksen. Tähän kyselyyn vastanneet kokivat haastavana myös vuorovaikutussuhteen luomisen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Vuonna 2017 tehdyssä tutkimuksessa Kuopion yliopistollisen sairaalan sairaanhoitajien kokemukset kohtaamisesta vaihtelivat melko paljon. Osa koki kohtaamisen luontevana ja samanlaisena kuin muidenkin potilaiden, kun osa jopa vältteli mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden kohtamista. Haastavana koettiin mielenterveyden häiriötä sairastavien potilaiden aiheuttama tunnekuorma ja hoitajien jaksaminen. (Kurki 2017.)

Tärkeäksi asiassa kohtaamiseen liittyen koettiin asiakkaan kuuntelu ja kannustaminen, sekä rauhallinen ja turvallinen työote. Kohtaamisen helpottamiseksi koettiin asiakkaan taustoihin ja tietoihin perehtyminen ennen kotikäyntiä sekä avoin, rehellinen keskustelu työyhteisössä. Laineen (2019) tutkimuksessa työntekijöiden kokemiksi vahvuuksiksi oli luultu rauhallisuus, empaattisuus, aito läsnäolo ja pitkäjänteisyys kohtaamisessa.

Aikaisemmissa tutkimuksissa Laine (2019) on tuonut ilmi työntekijöiden tarpeen lisä- tai täydennyskoulutuksista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisen tueksi. Täydennyskoulutusta kaivattiin kohtaamisesta ja psykiatrisista sairauksista. Jonkinlaista koulutusta kaivattiin myös vaaratilanteisiin ja lääkehoitoon liittyen. Myös Kurki (2017) on

todennut tutkimuksessaan, että hoitajat kokevat tarvitsevänsä tukea mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja tilan arviointiin. Hoitajista suurin osa kaipaisi lisää teoreettista tietoa mielenterveyden häiriöistä, psykiatrian hoitomuodoista nykypäivänä sekä käytännön työkaluja kohtaamisen ja keskustelun tueksi. Myös somatiikan ja psykiatrian keskinäistä yhteistyötä toivottiin. Lisäkoulutuksen lisäksi vastaajat kokisivat hyödyllisenä paremmat ennakkotiedot ennen uudelle mielenterveys- tai päihdeasiakkaalle menoa, yksikössä oltavat toimintaohjeet haastavasta tilanteesta poistumiseen asiakkaan kohta, sekä pidemmät asiakaskohtaiset käyntiajat. Vastaajat toivoivat lisäkoulutusta aiheesta muun muassa verkossa tapahtuvana koulutuksena, etäyhteydellä järjestettävänä palaverina, sekä paikan päällä järjestettävällä koulutuksella, esimerkiksi kokemusasiantuntijan tai mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisen toimesta.

Vastauksista ilmenee, että asiakkaille olisi hyödyllistä tarjota tukitoimia. Vastaajat kokevat, että pelkät kotihoidon käynnit eivät kaikissa tapauksissa riitä asiakkaan kuntoutukseen. Tukitoimiksi vastaajat ehdottivat esimerkiksi päivätoimintaa, sekä kolmannen sektorin palveluita. Kotihoidon yksiköihin olisi hyödyllistä saada tietoa erilaisista palveluista, joita lähihoitajat voisivat tarjota asiakkaille. Myös Laine (2019) on todennut tutkimuksessaan, että asiakkaan voimavarojen turvaaminen, turvallisuuden tunteen kasvattaminen sekä asiakaskohtaisten tarpeiden sekä toiveiden huomiointi ovat osa lähihoitajan ammattitaitoa.

## 7.2 Eettiset näkökohdat ja luotettavuuden tarkastelu

Opinnäytetyön tekijöiden tulee kunnioittaa tutkittavien henkilöiden itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa sekä kunnioittaa aineetonta ja aiheellista kulttuuriperintöä ja luonnon monimuotoisuutta. Prosessissa tulee huomioida hyvään tieteelliseen käytäntöön perustuvat periaatteet, joita ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus sekä tarkkuus. Tutkimuksessa tulee huomioida asianmukainen viittaaminen muiden tutkijoiden sekä asiantuntijoiden julkaisuihin. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Opinnäytetyöprosessissa täytyy kiinnittää laajasti huomiota henkilötietojen käsittelyyn, henkilötietojen tunnistamiseen, säilytykseen, talletukseen ja keräämiseen sekä tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden tietosuojan turvaamiseen ja toteutumiseen. Ihmisiin kohdistuvassa opinnäytetyössä peruslähtökohtana on tutkittavien henkilöiden luottamus opinnäytetyön tekijöihin sekä tieteeseen. Opinnäytetyöhön osallistuville kerrotaan saatekirjeessä (Liite 2.), millaista aineistoa kerätään, miten aineisto kerätään, mihin kerättyä tietoa tullaan käyttämään, missä aineistot säilytetään, millaista vuorovaikutusta osallistuvilta odotetaan ja millaista mahdollista tietoa osallistuja saa tutkimuksesta etukäteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2019.)

Opinnäytetyön tekijä on keskeisessä roolissa luotettavuuden tarkastelun kannalta, koska kritiikki nojaa siihen, millaisia merkityksiä opinnäytetyön tekijä antaa tutkittavalle ilmiölle, ja miten tutkimusta tehdään. Kaikki tämä vaikuttaa väistämättä tutkimuksen tuloksiin, joten ei ole olemassa täysin objektiivista tietoa, vaan tieto on siten subjektiivista, että opinnäytetyön tekijä päättää itse tutkimusongelmasta oman ymmärryksensä kautta. (Koskinen & Niemelä 2020.) Kvalitatiivisen tutkimuksen analyysin luotettavuuden arvioinnissa tärkeää on opinnäytetyön tekijän kyky abstraktiin ajatteluun, ja tuloksia tulee arvioida suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin ja siihen, miten monipuolisesti ilmiötä on tarkasteltu (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2020).

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi on ajoittain haastavaa, koska tutkimuksen aihe, eli ihmisten kokemukset, muuttuu ajan myötä. Ihmiset kasvavat, oppivat ja muuttavat mielipiteitä, joten tutkimuksen toistaminen on haastavaa tai jopa mahdotonta. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi tehdään yleensä toisintamalla. Tämän vuoksi laadullisen tutkimuksen suurin luottamusta herättävä tekijä onkin kirjoittaa raporttiin kaikki, mitä tutkimuksen aikana on tehty. (Koskinen & Niemelä 2020.)

Raportointivaiheessa tulee osoittaa lukijalle, että aineisto on analysoitu teoretietoon pohjautuen, eikä vain opinnäytetyön tekijän oman tulkinnan perusteella. Jos aineisto ei ole tekstimuodossa jo valmiiksi, se on litteroitava. Huolellinen auki kirjoittaminen on tärkeää analyysin luotettavan etenemisen varmistamisessa. (Elo ym. 2022.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin perusteella, eli onko opinnäytetyössä tutkittu sitä, mitä on luvattu. Tulosten tulee olla läpinäkyviä sekä yleistettäviä, ja niitä verrataan teoreettiseen tietoon ja koko tutkimuksen aineistoon. (Koskinen & Niemelä 2020.) Lukijalle on annettava myös tarpeeksi tietoa tiedonantajista, aineiston keruun toteuttamisesta sekä analyysiprosessin etenemisestä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteerit ovat myös apuna luotettavuuden arvioinnissa. (Elo ym. 2022.) Nämä arviointikriteerit ovat totuusarvo, sovellettavuus, pysyvyys ja neuraalisuus. Luotettavuus koskee myös tutkimusaineiston keräämistä ja luotettavuutta lisää se, että aineisto on kerätty siellä, missä ilmiötä esiintyy. (Hyväri & Vuokila-Oikkonen 2020.)

### 7.3 Jatkotutkimusaiheet tai kehittämisehdotukset

Jatkotutkimusaiheeksi esitetään tutkimusta hoitajien ajankäytöstä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ennakkotietoihin perehtymiseen, varsinkin uusien asiakkaiden kohdalla. Asiakaskohtaamiset voisivat tuntua hoitajista helpommilta sekä turvallisemmilta, kun heillä on paremmat ennakkotiedot asiakkaasta. Tutkimuksessa voitaisiin myös tarkastella sitä,

onko tämän asiakasryhmän asiakkaille varattu tarpeeksi aikaa ensimmäisille kotikäynneille.

Toisena jatkotutkimusaiheena esitetään tutkimusta hoitajien turvallisuuden tunteesta työtilanteissa asiakkaan kotona. Kyselyyn saatujen vastausten perusteella osa hoitajista koki, että yksin tehtävät kotikäynnit mielenterveys- tai päihdeasiakkaiden luona tuntuvat arveluttavilta ja pelottavilta, mahdollisesti aggressiivisen asiakkaan vuoksi.

Kehittämisehdotukseksi esitetään yhteistyön kehittämistä kotihoidon ja mielenterveys- ja päihdepalveluiden välillä, esimerkiksi erilaisina koulutuksina, luentoina tai tiedotustilaisuuksina. Yhteistyön kehittäminen antaisi valmiuksia ja tukea asiakasryhmän kohtaamistilanteisiin. Kyselyn perusteella hoitajat kaipaavat koulutuksen kohdistuvan teoreettisen tiedon kertaamiseen mielenterveys- ja päihdehäiriöistä, sekä esimerkiksi yleistä oppia kohtaamiseen liittyen. Koulutusta ja luentoja voisi järjestää mielenterveys- tai päihdepalveluiden ammattilainen tai kokemusasiantuntija. Koulutuksia voisi järjestää eri menetelmin verkossa tai paikan päällä toimintayksiköissä. Verkkototeutuksia voisi olla muun muassa itsenäisesti suoritettavat verkkokurssit, luentotallenteet tai webinaarit.

Toisena kehittämisehdotuksena esitetään kotihoitoon tehtävää opasta mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohtaamisen tueksi. Opas voisi antaa käyttäjälleen tukea kohtaamistilanteisiin, ja muun muassa auttaa hoitajaa arvioimaan asiakkaan psyykkistä vointia. Opas voisi sisältää tietoa yleisimmistä psyykkisistä sairauksista sekä toimintamalleja kohtaamisen tueksi. Lisäksi oppaassa voisi olla esimerkkejä aggressiivisuuden näkymisestä, ja mahdollisten väkivaltatilanteiden tilanteiden ennakoinnista.

Kolmanneksi kehittämisehdotukseksi esitetään ohjeistusta, joka auttaa tunnistamaan akuutin voinnin muutoksen kotihoidossa psyykkisesti sairaalla asiakkaalla. Ohjeistus voisi sisältää muun muassa toimintaohjeita psykoosin tai deliriumin tunnistamiseen, sekä jatkohoitoon ohjaamiseen. Ohjeistus antaisi työntekijälle valmiuksia akuuteissa tilanteissa toimimiseen.

## Lähteet

Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. 2024. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50119?tab=suositus>

Alastalo, H., Hammar, T., Kehusmaa, S., & Marjeta, N. 2018. Kotihoidossa lisäkoulutustarvetta päihde- ja mielenterveysosaamisessa – osaamista muistisairaana itsemääräämisoikeuden tukemisessa myös vahvistettava. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 31.1.2025. Saatavissa [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137218/URN\\_ISBN\\_978-952-343-231-4.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137218/URN_ISBN_978-952-343-231-4.pdf?sequence=1)

Alkoholiongelmät. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028>

Alkoholi ja lääkkeet. Pilke. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://www.ikaantyneidenpaihdetyo.fi/tietoa/alkoholi-ja-laakkeet/>

Björkqvist, T., Virkola, E., Westerholm, S. & Heimonen, S. 2022. Mielen hyvinvointi iäkkäiden palveluissa. Ikäinstituutti. Viitattu 28.5.2024. Saatavissa [https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2022/12/MIELEN\\_HYVINVOINTI\\_OPAS\\_saavutettava.pdf](https://www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2022/12/MIELEN_HYVINVOINTI_OPAS_saavutettava.pdf)

Depressio. Käypä hoito -suositus. 2024. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50023>

Dyubenko, Y., Issakainen, J., Pourdagh, N. & Turunen, P. 2021. Mielenterveysasiakkaan kohtaaminen ensimmäisellä arviointikäynnillä: Ohje kuntouttavalle arviointiyksikölle. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (AMK). Viitattu 1.6.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-202104265830>

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede. Viitattu 1.6.2023. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202301203939>

Epäily, E. & Oksanen, S. 2022. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluiden yhteiskehittäminen palvelumuotoilulla kotihoidossa. LAB-ammattikorkeakoulu.

Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 25.4.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2022091320104>

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. a. Kotihoito. Viitattu 24.4.2024. Saatavissa <https://www.ekhva.fi/asiakkaalle/kanssasi/ikaantyneiden-palvelut/asumisen-vaihtoehdot/kotihoito/>

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. b. Kotiin annettavat kotihoidon tukipalvelut. Viitattu 19.5.2024. Saatavissa <https://www.ekhva.fi/asiakkaalle/kanssasi/kotiin-annettavat-kotihoidon-tukipalvelut/>

Etelä-Karjalan hyvinvointialue. 2023. Turvallinen kotikäynti -asiakirja. Säilytyspaikka: Etelä-Karjalan hyvinvointialueen kotihoidon toimipisteiden toimistot.

Hankonen, R. 2021. Kohtaamisen taitoa voi opetella. Tehy-lehti. Viitattu 1.6.2024. Saatavissa <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/kohtaamisen-taitoa-voi-opetella>

Havukainen, E. 2024. Lemmikkieläinten vaikutus ikääntyneiden mielenterveyteen. Tampereen Yliopisto. Kandidaatintutkielma. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/155770/HavukainenEster.pdf?sequence=2>

Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P. 2020. Tutkimus- ja kehittämistyön luotettavuus. Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas 2.0. Diakin kirjasto. Viitattu 2.6.2024. Saatavissa <https://libguides.diak.fi/c.php?g=670543&p=4760642>

Häkkinen, M. 2023a. Alkoholiriippuvuus. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim. 17.01.2023. Viitattu 19.5.2024. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00196>

Häkkinen, M. 2023b. Lääkeriippuvuus. 2023. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim. 18.04.2023. Viitattu 19.5.2024. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00388>

Juutilainen, K. 2022. Ikäihmiset & mielenterveys 2/3 – Vanhan ihmisen masennus jää usein ilman hoitoa, sillä oireet sekoitetaan muistisairauteen. Superlehti. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://www.superlehti.fi/tyoelama/ammattissa/ikaihmiset-mielenterveys-2-3-vanhan-ihmisen-masennus-jaa-usein-ilman-hoitoa-silla-oireet-sekoitetaan-muistisairauteen/>

Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021. Etnografia. Teoksessa Jaana Vuori. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.6.2024. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/mita-on-laadullinen-tutkimus/johdatus-laadulliseen-tutkimukseen-ja-verkkokasikirjaan/>

- Kallinen, T. & Kinnunen, T. 2021. Etnografia. Teoksessa Kirsi Juhila. Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 29.5.2024. Saatavissa <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/>
- Kariniemi, K., Siira, H., Kyngäs, H. & Kaakinen, P. 2020. "Vanhakin on ihminen" Ikääntyneiden kokemuksia vahvuuksistaan, voimavaroista ja kotihoidosta. Viitattu 1.5.2024. Saatavissa <https://journal.fi/gerontologia/article/view/80436/48814?acceptCookies=>
- Koskinen, T. & Niemelä, H-L. 2020. Mahdollisuus digitaaliseen muutokseen diakoniatyössä. LAB-ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 1.6.2024. Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2020111122642>
- Kluwer, W. 2023. Approach to acute psychosis in older adults. Viitattu 12.11.2024. Saatavissa <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335632/pdf/SMJ-64-391.pdf>
- Kurki, T. 2017. Sairaanhoidajien suhtautuminen mielenterveyden häiriötä sairastaviin potilaisiin somaattisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 27.3.2025. Saatavissa [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124857/Kurki\\_Tanja.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/124857/Kurki_Tanja.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Laine, H. 2019. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisen kehittäminen kotihoidossa. Opinnäytetyö (YAMK). Viitattu 27.3.2025. Saatavissa [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/166225/Laine\\_Hanna.pdf?sequence=2](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/166225/Laine_Hanna.pdf?sequence=2)
- Luoma-Kuikka, A. 2020. Toisen kohtaamisesta iloa ja voimaa. Sydänliitto. Viitattu 6.11.2024. Saatavissa <https://sydan.fi/artikkeli/toisten-kohtaamisesta-iloa-ja-voimaa/>
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116. Finlex. Viitattu 25.3.2025. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1990/1116>
- Mieli ry. 2022. Mielenterveys ikääntyessä. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/hyvinvointi-ja-mielenterveys-elaman-eri-vaiheissa/mielenterveys-ikaantyyessa/>
- Mieli ry. 2023. Syömishäiriöt. Viitattu 28.5.2024. Saatavissa <https://mieli.fi/mielenterveys-koetuksella/syomishairiot/>
- Mieli ry. 2024. Vuorovaikutustaitoja voi oppia. Viitattu 24.10.2024. Saatavissa <https://mieli.fi/vahvista-mielenterveyttasi/ihmissuhteet-ja-vuorovaikutus/vuorovaikutustaitoja-voi-oppia/>

NIH. National Institute of Health. 2023. Understanding Psychosis. National Institute of Mental Health. Viitattu 28.5.2024. Saatavissa

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/understanding-psychosis>

NIH. National Institute of Health. 2024a. Anxiety Disorders. National Institute of Mental Health. Viitattu 28.5.2024. Saatavissa <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>

NIH. National Institute of Health. 2024b. Understanding Alcohol Use Disorder. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Viitattu 19.5.2024. Saatavissa

<https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/understanding-alcohol-use-disorder>

NIH. National Institute of Health. Substance Use and Co-Occurring Mental Disorders. National Institute of Mental Health. Viitattu 19.5.2024. Saatavissa

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health>

Pharmaca. 2023. Stilnoct. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 12.11.2024. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/far05800>

Putkonen, M. 2018. Ikääntyneen mielenterveys ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö (AMK). Viitattu 1.6.2024.

Saatavissa <https://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2018112317997>

Raivio, M. & Hartikainen, S. 2020. Ikääntyneen optimoitu lääkehoito

perusterveydenhuollossa. Duodecim-lehti. Viitattu 12.11.2024. Saatavissa

<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo15680.pdf>

Rovasalo, A. 2022. Masennustila eli Depressio. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim. 25.01.2022. Viitattu 15.5.2024. Saatavissa

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00389>

Rovasalo, A. 2023a. Psykoosi. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 18.4.2023. Viitattu 11.11.2024. Saatavissa

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00411>

Rovasalo, A. 2023b. Persoonallisuushäiriöt. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 12.12.2023. Viitattu 15.5.2024. Saatavissa

<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00407>

Rovasalo, A. 2024. Rauhoittavat lääkkeet (Bentsodiatsepiinit) -Riippuvuus ja vieroitus. Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. 2.10.2024. Viitattu

12.11.2024. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01048>

Runsten, S. 2024. Teema: Ikääntyneiden mielenterveys, ikääntyneiden päihdehäiriöt ja riippuvuudet. Viitattu 11.5.2024. Saatavissa <https://www.duodecimlehti.fi/duo18119>

Saarenheimo, M. 2020. Ikäihmisen mielenterveysongelmat tulisi tunnistaa ja hoitaa oikein. Suomen Seniorihoiva. Viitattu 7.11.2024. Saatavissa <https://www.sttinfo.fi/tiedote/69891012/psykoterapeutti-marja-saarenheimo-ikaihmissen-mielenterveysongelmat-tulisi-tunnistaa-ja-hoitaa-oikein?publisherId=54140766>

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, (E-kirja). Viitattu 17.2.2025. Saatavissa Bookbeat.

Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. 2024. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.11.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi35050#K1>

Solin, P., Heimonen, S., Luoma, M-L., Tamminen, N., Lukkarinen, E. & Viertiö, S. 2023. Ikääntyneiden mielen hyvinvoinnin nykytila Suomessa. THL. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 28.5.2024. Saatavissa [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147880/URN\\_ISBN\\_978-952-408-123-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/147880/URN_ISBN_978-952-408-123-8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Sosiaalihuoltolaki 20.12.2014/1301. Finlex. Viitattu 6.11.2024. Saatavissa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2024. Kotihoito. Viitattu 6.11.2024. Saatavissa <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

Syömishäiriöt. Käypä hoito -suositus. 2024. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenpsykiatriyhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistys ry:n ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.11.2024. Saatavissa <https://www.kaypahoito.fi/hoi50101?tab=suositus#K1>

Terveyskirjasto. 2022. Mielenterveyden häiriöitä. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim. 12.05.2022. Viitattu 15.5.2024. Saatavissa <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01313#s2>

THL. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2023a. Kunnioittava kohtaaminen ja vuorovaikutusosaaminen. Viitattu 10.5.2024. Saatavissa: <https://thl.fi/aiheet/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/puheeksiotto-ja-mini-interventio/kunnioittava-kohtaaminen-ja-vuorovaikutusosaaminen>

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023b. Tilastoraportti. Viitattu 25.4.2024.

Saatavissa

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/146641/Tilastoraportti%2028%202023.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2023c. Mielen terveyshäiriöt. Viitattu 25.4.2024.

Saatavissa <https://thl.fi/aiheet/mielen-terveys/mielen-terveyshairiot>

THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2024. Kotihoito. Viitattu 26.5.2024. Saatavissa

<https://thl.fi/aiheet/ikaantyminen/muuttuvat-vanhuspalvelut/kotihoito>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2019. Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakoarviointi Suomessa. Viitattu 2.6.2024.

Saatavissa <https://tenk.fi/sites/default/files/2021->

[01/Ihmistieteiden\\_eettisen\\_ennakoarviointin\\_ohje\\_2020.pdf](https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakoarviointin_ohje_2020.pdf)

## Liite 1. Webropol-kyselyn kysymykset

Suostumus koskien henkilötietojen käsittelyä ja opinnäytetyöhön osallistumista.

Minua on pyydetty osallistujaksi opinnäytetyöhön ”Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa”. Opinnäytetyön tekijät ovat Inka Karjalainen, Elina Ilonen ja Jessiina Mattila ja he opiskelevat LAB-ammattikorkeakoulussa. Kyselyn ensimmäisellä vastauksella ilmoitan halukkuudestani osallistua opinnäytetyön aineiston keräämiseen.

Osallistumiseni edellä mainittuun opinnäytetyöhön on täysin vapaaehtoista. Vastaaminen tapahtuu täysin anonyymisti. Minulla on oikeus peruuttaa suostumukseni tai keskeyttää kyselyyn vastaaminen milloin tahansa, eikä minun tarvitse kertoa syytä päätökselleni. Peruuttamisesta tai keskeyttämisestä ei aiheudu minulle mitään seuraamuksia. Jos päätän keskeyttää vastaamisen, siihen mennessä kerättyjä tietoja voidaan yhä käyttää opinnäytetyössä.

Minulla on tarpeeksi tietoa opinnäytetyöstä ja minulla on mahdollisuus esittää opinnäytetyötä ja kyselyä koskevia kysymyksiä. Minulle on annettu aineiston keräämistä koskeva tiedote. Minua on informoitu aineiston keräämiseen liittyvästä henkilötietojen käsittelystä tietosuojailmoituksella.

Valitsemalla ”kyllä” ensimmäiseen kyselyn kysymykseen annan suostumukseni osallistua edellä mainittuun opinnäytetyöhön vastaamalla kyselyyn.

1. Suostun vastaamaan kyselyyn vapaaehtoisesti ja annan luvan käyttää vastauksiani opinnäytetyön aineistoa.
2. Mihin ikäryhmään kuulut? (Vastausvaihtoehtoihin ikäryhmät)
3. Miten pitkä työkokemus sinulla on? (Vastausvaihtoehtoihin työvuodet)
4. Kohtaatko työyksikössäsi mielenterveys- tai päihdeasiakkaita?
5. Oletko kohdannut ennakkoluuloja työssäsi mielenterveys- tai päihdeasiakkaita kohtaan?
6. Millaisena koet mielenterveys- tai päihdeasiakkaan kohtaamisen kotihoidossa?
7. Millaisena koet oman osaamisesi arvioida asiakkaan psyykkistä vointia?
8. Millaisena koet oman osaamisesi asiakkaan kanssa, kenellä on mielenterveyden häiriö?
9. Millaisena koet oman osaamisesi asiakkaan kanssa, kenellä on päihdehäiriö?

10. Onko yksikössänne käytössä haastattelumalleja tai lomakkeita mielenterveys- tai päihdeasiakkaan tilan arviointiin?
11. Miten sinun mielestäsi mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamista kotihoidossa voitaisiin kehittää?
12. Toivoisitko saavasi lisäkoulutusta tai tukea mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen?
13. Millaista lisäkoulutusta tai tukea toivot saavasi?

## Liite 2. Saatekirje

Hyvä kotihoidossa työskentelevä lähihoitaja.

Toivoisimme sinun osallistuvan kyselyyn, jossa on tarkoitus selvittää kotihoidossa työskentelevien lähihoitajien kokemuksia mielenterveys- ja päihdepotilaiden kohtaamisesta.

Olemme LAB-ammattikorkeakoulussa opiskelevia sairaanhoitajaopiskelijoita ja kysely on osa opinnäytetyötämme, jonka aiheena on mielenterveys- ja päihdepotilaan kohtaaminen kotihoidossa. Tavoitteena opinnäytetyössä on tuottaa tietoa siitä, miten lähihoitajat kokevat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisen kotihoidossa sekä parantaa tietoisuutta aiheesta. Tarkoituksena on tehdä Webropol-kysely, jonka vastauksia hyödynnetään mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisen ja hoidon kehittämiseksi Etelä-Karjalan hyvinvointialueella.

Tutkimusaineiston kerääminen tapahtuu anonymisti Webropol-verkkokyselyn kautta. Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, eikä siinä kysytä henkilötietojasi eikä asiakastietoja. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10–15 minuuttia, riippuen vastauksiesi laajuudesta. Kyselyssä on sekä monivalinta-, että avoimia kysymyksiä. Avoimiin kysymyksiin vastataan sanallisesti, omin sanoin.

Kyselyyn pääset vastaamaan tästä linkistä: <https://link.webropolsurveys.com/S/E0C10B78C9B77F65>

Aikaa kyselyyn vastaamiseen on -- saakka.

Kiitos vastauksistasi sekä ajastasi jo etukäteen!

Jos sinulla ilmenee kyselyyn liittyen kysyttävää, voit olla meihin yhteydessä sähköpostitse.

Ystävällisin terveisin:

Jessiina Mattila

Inka Karjalainen

Elina Ilonen

### Liite 3. Tietosuojailmoitus

**Laatimispäivämäärä: 26.5.2024**

**Ohje:** Täytä ao. kohdat, laatikon alla olevasta sinisestä tekstistä löytyy ohjeistusta. LABin henkilökuntaa tai opiskelijoita koskevien opinnäytetöiden tietosuojailmoitukset lähetään opinnäytetyön tutkimuslupahakemuksen mukana yksikön johtajalle.

#### ***Mitä tarkoitusta varten henkilötietoja kerätään? / Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus***

Keräämme henkilötietoja opinnäytetyötämme varten. Opinnäytetyön aiheena on mielen-terveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa.

Tavoitteenamme on tuottaa tietoa siitä, miten lähihoitajat kokevat tämän asiakasryhmän kohtaamisen, sekä parantaa tietoisuutta aiheesta.

Tarkoituksenamme on toteuttaa Webropol-kysely, joka lähetetään sähköpostitse kotihoidossa työskenteleville lähihoitajille. Me emme lähetä kyselyä itse, joten emme saa tietoomme työntekijöiden sähköpostiosoitteita.

Kyselyssä keskitytään mielipiteisiin ja kokemuksiin tämän asiakasryhmän kohtaamiseen liittyen. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu vapaaehtoisesti sekä anonymisti. Vastaamisen voi lopettaa kesken kyselyn halutessaan.

#### ***Mitä tietoja keräämme? / Tutkimusrekisterin tietosisältö***

Keräämme teistä vain kyselyvastauksiinne perustuvaa tietoa. Sähköpostiosoitteet ovat toimipisteen esihenkilön tiedossa ja hän hoitaa kyselyiden lähettämisen työntekijöiden sähköposteihin.

#### ***Millä perusteella keräämme tietoja? / Henkilötietojen käsittelyn oikeusperuste***

Keräämme teistä vain kyselyvastauksiinne perustuvaa tietoa, joten emme kerää teistä mitään henkilötietoja. Esihenkilöllänne on teidän sähköpostiosoitteenne ja emme saa sitä meidän tietoomme. Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonymisti, eikä siinä kysytä mitään teidän henkilötietojaanne.

#### ***Mistä kaikkialta henkilötietoja keräämme / Tietolähteet***

Keräämme teistä vain kyselyvastauksiinne perustuvaa tietoa. Esihenkilöllänne on teidän sähköpostiosoitteet tiedossa.

#### **Kenelle tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen ulkopuolelle**

Henkilötietoja ei siirretä eikä lähetetä ulkopuolisille. Ainoastaan teidän esihenkilöllänne on tiedossa teidän sähköpostiosoitteenne, johon kysely lähetetään.

#### **Minne tietoja siirretään? / Tietojen siirto tai luovuttaminen EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle**

Henkilötietojanne ei siirretä EU:n tai Euroopan talousalueen ulkopuolelle. Kysely tehdään Webropol- alustalla.

#### **Kerättyjen tietojen turvallinen säilyttäminen / Rekisterin suojauksen periaatteet**

Emme kerää teistä mitään henkilötietoja. Esihenkilöllänne on tiedossa teidän sähköpostiosoitteenne. Kyselyssä kysytään ainoastaan mielipiteisiin ja kokemuksiin pohjautuvia tietoja.

#### **Kuinka kauan kerättyä aineistoa säilytetään? / Tutkimusaineiston käsittely tutkimuksen päättymisen jälkeen**

Kerättyä aineistoa säilytetään, kunnes opinnäytetyö on hyväksytty. Tämän jälkeen aineisto hävitetään. Aineisto on anonymisoitu, joten emme säilytä henkilötietojanne. Analysoimme ja tulkitsemme vastanneiden vastaukset, raportoimme ne opinnäytetyöhön ja hävitämme kerätyn aineiston.

#### **Millaista päätöksentekoa? / Automatisoitu päätöksenteko**

Aineistoa käsiteltäessä ei tapahdu automaattista päätöksentekoa.

#### **Oikeutesi / Rekisteröidyn oikeudet**

Rekisteröidyllä on oikeus peruuttaa antamansa suostumus, milloin henkilötietojen käsittely perustuu suostumukseen.

Rekisteröidyllä on oikeus tehdä valitus Tietosuojavaltuutetun toimistoon, mikäli rekisteröity katsoo, että häntä koskevien henkilötietojen käsittelyssä on rikottu voimassa olevaa tietosuojalainsäädäntöä.

Rekisteröidyllä on seuraavat EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset oikeudet:

- a) Rekisteröidyn oikeus tarkistaa itseään koskevat tiedot.
- b) Rekisteröidyn oikeus tietojensa oikaisemiseen.
- c) Rekisteröidyn oikeus tietojensa poistamiseen. Oikeutta henkilötietojen poistamiseen ei sovelleta, jos tietojen käsittely on tarpeen yleisen edun mukaisia arkistointitarkoituksia taikka tieteellisiä tai historiallisia tutkimustarkoituksia tai tilastollisia tarkoituksia varten, jos oikeus tietojen poistamiseen estää tai suuresti vaikeuttaa henkilötietojen käsittelyä.
- d) Rekisteröidyn oikeus tietojen rajoittamiseen.
- e) Rekisteröidyn oikeus siirtää tiedot toiselle rekisterinpitäjälle.
- f) Rekisteröidyn oikeus vastustaa tietojensa käsittelyä, kun käsittely perustuu yleistä etua koskevaan tehtävään, rekisterinpitäjälle kuuluvaan julkiseen valtaan tai rekisterinpitäjän tai kolmannen osapuolen oikeutettuun etuun.

EU:n yleisen tietosuoja-asetuksen mukaiset rekisteröidyn oikeudet eivät ole automaattisia kaikessa henkilötietojen käsittelyssä.

### Tutkimusrekisterin tiedot

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa.  
LAB-ammattikorkeakoulu.  
Sairaanhoidtaja (AMK)

Kyseessä on kertatutkimus.  
Tutkimus kestää suunnitellusti 2 viikkoa. Jos vastauksia ei ole tullut tarpeeksi, pidennämme kyselyn vastausaikaa.  
Säilytämme keräämäämme aineistoa, kunnes opinnäytetyö on arvioitu.

### Rekisterinpitäjän ja yhteys henkilön tiedot

Inka Karjalainen  
Elina Ilonen  
Jessiina Mattila

### Tutkimuksen suorittajat

Inka Karjalainen  
Elina Ilonen  
Jessiina Mattila