

---

**PÄIHDEPUUTTUMISMALLI TAMPEREEN RUDOLF  
STEINER -KOULULLE**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 21.5.2010

Marja Erdogan

---

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hämeenlinna

Työn nimi Päihdepuuttumismalli Tampereen Rudolf Steiner -koululle

Tekijä Marja Erdogan

Ohjaava opettaja Tiina Mäenpää

Hyväksytty 21.5.2010

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä Tiina Mäenpää

HÄMEENLINNA  
Hoitotyö  
Terveystieteiden tutkimuskeskus

---

<b>Tekijä</b>	Marja Erdogan	<b>Vuosi</b> 2010
<b>Työn nimi</b>	Päihdepuuttumismalli Tampereen Rudolf Steiner -koululle	

---

## TIIVISTELMÄ

Päihdepuuttumismalli on Tampereen Rudolf Steiner –koululle suunniteltu työväline päihteiden käyttöön puuttumiseen. Aihe valikoitui koulun tarpeesta selkeyttää käytäntöjä siitä, miten toimitaan, kun päihteiden kanssa tulee ongelmia. Mallin tarkoitus on selvittää eri toimijoiden roolia päihdepuuttumiseen liittyvissä tilanteissa, joita koulumaailmassa voi tulla vastaan.

Mallin luotiin yhteistyössä koulun työryhmän kanssa, johon kuului terveydenhoitaja, kuraattori, erityisopettaja ja terveystiedon opettaja. Suunnittelun tueksi tehtiin myös muutama kysely opettajistolle ja yläluokkien oppilaskunnalle sekä vanhempainyhdistykselle, jotta saadaan selville heidän ajatuksiaan koulun päihdetyöstä. Mallin käytännöt ovat peräisin kyselyiden tuloksista, alan kirjallisuudesta ja omista ja työryhmän tiedoista, joita matkan varrella on kertynyt.

Opinnäytetyön tarkoitus oli luoda toimintamallit tilanteisiin, joissa oppilaan päihteiden käytöstä ollaan huolissaan, oppilas on päihtyneenä koulussa, koulussa myydään tai välitetään päihteitä, koulun alueella tupakoidaan, ja oppilaan kotona käytetään päihteitä niin, että se vaikuttaa oppilaan hyvinvointiin. Malli otetaan käyttöön syyslukukauden 2010 alussa, jolloin opettajat tiedottavat oppilaita ja vanhempia päihdepuuttumismallin olemassaolosta. Tänä keväänä koulun tiedotuslehdessä ilmestyy myös artikkeli, joka käsittelee päihdepuuttumismallia.

**Avainsanat** Nuoret, päihteet, Steiner–koulu, päihdepuuttumismalli, varhainen puuttuminen

**Sivut** 41 s. + liitteet 35 s.

Hämeenlinna  
Degree programme in nursing

---

<b>Author</b>	Marja Erdogan	<b>Year</b> 2010
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Intervention Model for Substance Use for Rudolf Steiner School of Tampere	

---

ABSTRACT

Purpose and aim of the theses was to create a tool for Rudolf Steiner School of Tampere to clarify the school's role in the matter of students' substance use. It was created in co-ordination with the school nurse, curator, special education teacher representing elementary school and health education teacher representing secondary school. A small-scale enquiry was made for the students, their parents and the teachers to find out their wishes for the model.

Practices suggested in the model are for the situations where there is concern about student's substance use, a student is intoxicated at school, drugs or alcohol are sold in the school, a student is smoking in the school area or if it's known that at student's home somebody is using substances in a way that it affects to the student's life.

The cases described and the actions suggested in the model were based on the answers given in the enquiry, information found in literature and experiences the working group had. The Intervention Model for Substance use will be introduced for the students and their parents in fall semester 2010 by the teachers. Also an article about it will appear in the school's bulleting yet this spring.

**Keywords** The young, substances, Steiner School, intervention model for substance use, early intervention.

**Pages** 41 p. + 35 p. appendices

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	NUORET JA PÄIHTEET .....	2
2.1	Nuoruus elämänvaiheena .....	2
2.2	Nuorten päihteidenkäyttö ja päihteitä koskevat asenteet .....	3
2.3	Päihteet.....	5
2.3.1	Alkoholi .....	5
2.3.2	Korvikealkoholit ja liuottimet .....	7
2.3.3	Tupakka ja nuuska .....	7
2.3.4	Rauhoittavat-, uni- ja kipulääkkeet.....	9
2.3.5	Kannabistuotteet .....	10
2.3.6	Stimulantit .....	12
2.3.7	Hallusinogeenit.....	13
2.3.8	Opiaatit .....	15
2.3.9	Gamma ja lakka.....	16
2.4	Merkkejä päihteiden käytöstä.....	16
2.5	Päihteiden käytön seurauksia .....	17
3	STEINER–KOULU NUOREN KASVUYMPÄRISTÖNÄ .....	19
3.1	Steiner–koulu .....	19
3.2	Tampereen Steiner-koulu .....	20
3.2.1	Koulussa tehtävä päihdetyö .....	21
3.2.2	Opettajien rooli päihdekasvatuksessa ja -puuttumisessa .....	22
3.2.3	Terveystoimittajan ja koulukuraattorin rooli päihdekasvatuksessa ja - puuttumisessa .....	23
3.2.4	Vanhempien rooli päihdekasvatuksessa ja -puuttumisessa .....	24
4	OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET.....	26
5	PÄIHDEPUUTTUMISMALLIN KEHITTÄMISPROSESSI .....	27
5.1	Mallin suunnittelu ja aikataulu .....	27
5.2	Tiedonhaku päihdepuuttumismallin kehittämiseen.....	28
5.3	Menetelmät päihdepuuttumismallin kehittämiseen.....	28
5.3.1	Kysely opettajakunnalle päihdepuuttumismallin tarpeellisuudesta.....	29
5.3.2	Kyselyt opettajille, oppilaille ja vanhemmille päihdepuuttumismallin kehittämistä varten.....	31
5.3.3	Päihdepuuttumismallin toteutus .....	32
5.3.4	Päihdepuuttumismallin käyttöönotto .....	33
6	POHDINTA.....	34
6.1	Eettisyys .....	34
6.2	Luotettavuus .....	35
6.3	Luodun päihdepuuttumismallin suhde opinnäytetyön teoriaosuuteen .....	35
6.4	Pohdintaa päihdepuuttumismallista.....	35
	LÄHTEET .....	37

- 
- LIITE 1 Kysely opettajakunnalle päihdemalliin liittyen
  - LIITE 2 Kysely oppilaskunnalle päihdepuuttumismallin kehittämistä varten
  - LIITE 3 Kysely vanhempainyhdistykselle päihdepuuttumismallin kehittämistä varten
  - LIITE 4 Kysely opettajakunnalle päihdepuuttumismallin kehittämistä varten
  - LIITE 5 Päihdepuuttumismalli
  - LIITE 6 Terveystyön kehittämistehtävä; Nuoret, päihteet ja koulu

## 1 JOHDANTO

Uusimman Kouluterveys 2009 -kyselyn (2010) mukaan nuorten asenteet päihteisiin ja tupakkaan ovat muuttuneet sallivammiksi. Samassa tutkimuksessa selviää myös, että yli kolmannes kouluterveyskyselyyn vastanneista nuorista kokee läheisen alkoholinkäytön aiheuttavan hankaluuksia nuoren omaan elämään. Päihteet ovat siis nykyajan nuorten arkipäivää, välillä ongelmaksi asti. Kodin ohella koululla on aitiopaikka nuoren elämään. Muutokset nuoren olemuksessa, puheissa ja koulunkäynnissä vihaavat jonkun muuttuneen nuoren elämässä. Näitä merkkejä aikuisten tulisi osata lukea ja niihin reagoida. Päihteiden käyttö on vain yksi mahdollinen uhka nuoren kasvulle ja kehitykselle, mutta kun se osataan ottaa huomioon ja tiedossa on keinot, joilla voi auttaa, ollaan jo askel lähempänä toimintaa. Tärkeintä on näyttää, että lapsesta tai nuoresta välitetään ja häntä halutaan auttaa tilanteessa kuin tilanteessa. Päihdepuuttumismallissa luodaan rajat ja toimintatavat tilanteille, joita tämän päivän koulumaailmassakin voidaan kohdata.

Päihdestrategia-käsite tulee vastaan lähinnä kuntien hyvinvointisuunnitelmissa. Itse tutustuin siihen päihdetyön sivuaineopinnoissani, kun selvitimme millaista päihdetyötä (niin ennaltaehkäisevää kuin korjaavaakin) kaupungit tekevät. Pohdin, josko sellaisesta olisi opinnäytetyön aiheeksi, ja mietin millainen taho siitä kaikista eniten hyötyisi. Olen itse käynyt Steiner-koulua Tampereella ja omina kouluvuosinani ennaltaehkäisevää päihdetyötä ei ollut juuri nimeksikään. Niinpä tiedustelin onko koululla tänä päivänä tarvetta päihdekasvatukseen liittyvään osaamiseen, ja he ehdottivat päihdepuuttumismallia. Tämä opinnäytetyö siis keskittyy kokonaisen päihdestrategian sijaan luomaan toimintamallin vain tilanteisiin, joissa päihteiden käyttöön on puututtava.

Työ hyödyttää koulun henkilökuntaa, oppilaita ja vanhempia, kun koululle tulee selkeät pelisäännöt kuinka päihde-epäilytilanteissa toimitaan. Malli myös määrittää roolit toimijoille: mikä on luokanopettajan/-valvojan, rehtorin, terveydenhoitajan ja koulukuraattorin vastuualuetta ja miten toimitaan yhdessä.

Valitsin Steiner-koulun yhteistyökumppaniksi myös siitä syystä, että olen kiinnostunut työskentelemään valmistuttuani kouluterveydenhoitajana ja Steiner-koulu olisi mielenkiintoinen työpaikka. Kouluterveydenhoitaja on mukana selvittämässä tilannetta, jos oppilaalla epäillään päihteidenkäyttöä, johon on syytä puuttua.

Opinnäytetyöhön liittyy kehittämistehtävä (liite 6), joka on päihdepuuttumismallin pohjalta kirjoittamani artikkeli Tampereen Rudolf Steiner –koulun tiedotuslehteen.

## 2 NUORET JA PÄIHTEET

### 2.1 Nuoruus elämänvaiheena

Nuoruus on siirtymävaihe lapsuudesta aikuisuuteen. Se sijoittuu keskimäärin ikävuosien 12–22 välille ja pitää sisällään suuria biologisia, psykologisia ja sosiaalisia muutoksia nuoren elämässä. Nuoruus jaetaan tavallisesti kolmeen vaiheeseen: 11–14-vuotiaiden varhaisnuoruuteen, 15–18-vuotiaiden keskinuoruuteen ja 19–22-vuotiaiden myöhäisnuoruuteen. Kulakin ajanjaksolla on sille tyypilliset kehitystehtävänsä ja ne on myöhemmää kasvua ja elämää varten tärkeää käydä läpi. Jos taas varhaisempien vaiheiden kehitystehtäviä on jäänyt ratkaisematta, voivat samat ongelmat seurata nuoruuteen ja nuorella on mahdollisuus ratkaista ne kehittyneemillä keinoilla. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 166; Himberg, Laakso, Peltola, Näätänen & Vidjeskog 2001, 90.)

Havio ym. (2008, 166) määrittelevät nuoruuden kehitystehtäviin kuuluviksi itsenäistymisen, identiteetin löytämisen, vastuun kasvamisen ja oman paikan löytämisen yhteiskunnassa. Nämä kuvaavat nuoruusajan kehityksen kolmea kriisiä: ihmissuhteiden, identiteetin ja ideologian kriisiä, jotka ajallisesti tulevat kutakuinkin peräkkäin, mutta joissain tilanteissa saattavat tulla osin päällekkäinkin. (Himberg ym. 2001, 90.) Nuoren sisäinen kaaos ja ristiriidat näyttäytyvät ulospäin esimerkiksi voimakkaina tunteenpurkauksina tai sisäänpäin kääntymisenä. Yhdessä toisten nuorten kanssa vietetty aika vahvistaa nuoren omaa minuuden ja identiteetin kehitystä ja irtaantumista vanhemmista. Identiteettiä muodostaessaan nuori usein ihannoit muita ihmisiä ja pyrkii samastumaan näihin. Erityisesti julkisuuden henkilöillä voi olla suuri vaikutus kasvavaan nuoreen niin tekojen, ajatusten kuin vaikkapa pukeutumisenkin tasolla. Ja jos idoli esimerkiksi käyttää päihteitä, saattaa se tehdä päihteiden käytöstä sallittavampaa myös nuoren omassa silmissä. (Räsänen, Moilanen, Tamminen, Almqvist, Piha & Kumpulainen 2004, 47; Himberg ym. 2001, 103.)

Elämänkaaripsykologiassa katsotaan nuoruuden alkavan noin 14-vuotiaana, jolloin seksuaalinen kehitys alkaa voimistua ja kognitiiviset valmiudet mahdollistavat abstraktien ajatuskuvien, kuten filosofisten ja matemaattisten ongelmien, ratkomisen. Steinerkoulussa alakoulun katsotaan päättyvän 8. luokalla juuri tästä syystä, että oppilas olisi 9. luokalle siirtyessään valmis kognitiiviselta, ajatukselliselta kyvyltään sopeutumaan yläkouluun ja uusiin opetusmenetelmiin. Siihen saakka koulussa tietoisesti hidastetaan oppimistapahtumaa, jotta mielikuvitusta ja lapsen luontaista taiteellisuutta ei sammutettaisi. (Dahlström 1983, 8; Dunderfelt 1999, 92–95.) Tämä mahdollistaa lapsuuden jatkumisen hieman pidempään, mikä nyky-yhteiskunnassa alkaa olla harvinaista, kun nuoruudesta on tullut niin lasten kuin aikuistenkin ihanne. Osin luultavasti nykyisen mediakulttuurin ansiosta jo seitsemänvuotiaat lapset ovat perillä nuorisomuodin ja –musiikin virtauksista ja haluavat kasvaa nopeasti isommiksi, eivätkä olla



enää lapsia. Samaan tapaan aikuiset haluavat säilyä nuorina ja nuorekkaina mahdollisimman pitkään. (Luumi 2008.) Nuoruudesta on siis tullut jossain määrin itseisarvo ja sitä kautta se saattaa vähitellen menettää varsinaisen tehtävänsä, aikuisuuteen valmistamisen.

Vaikka niin lapsilla kuin aikuisillakin on lisääntyvässä määrin pyrkimys nuoruuteen, myös nuoret haluavat jotain muuta kuin mitä heillä on. Ajoittain he toivovat paluuta huolettomaan lapsuuteen, toisinaan kiireesti kokeamaan aikuisuuden näennäistä vapautta ja itsemääräämisoikeutta. Alkoholien maistelu ja kapinoiminen auktoriteetteja vastaan kuuluvat usein nuoruuden normaaleihin kokeiluihin, mutta joskus asiat voivat mennä liian pitkälle, eikä sen kummemmin nuori itse kuin hänen vanhempansaakaan saa tilannetta enää hallintaan. Joissain tapauksissa taas lapsen tai nuoren perheolot saattavat olla niin hajanaiset, että hän jää ilman tarvitsemaansa tukea ja hoitoa, ja joutuu ottamaan liian aikaisin vastuun perheen hyvinvoinnista.

Siksi on olemassa lastensuojelulaki (417/2007), jonka tarkoitus on turvata lapsen ja nuoren oikeus ”turvalliseen kasvuympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun”. Tämä tarkoittaa, että jos lapsi tai nuori joutuu tilanteeseen, jossa hänen kasvuympäristönsä on turvaton tai hänen kehityksensä vaarantuu, on kunnan sosiaaliviranomaisilla velvollisuus puuttua asiaan. Vastuu lapsen hyvinvoinnista on tietenkin ensisijaisesti vanhemmilla, mutta lain 2§ velvoittaa lasten ja perheiden kanssa toimivat viranomaiset tukemaan vanhempia ja huoltajia näiden kasvatustehtävässä. Apua on pyrittävä tarjoamaan riittävän varhain ja ohjattava sekä lapsi että perhe tarvittaessa lastensuojelun piiriin.

Lastensuojelulaissa säädetään myös ilmoitusvelvollisuudesta, joka koskee muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon, opetustoimen ja nuorisotoimen henkilökuntaa. Lastensuojeluilmoitus on tehtävä salassapitosäännösten estämättä, mikäli lapsen ympäristö tai lapsi itse vaarantaa tämän turvallisen kehityksen ja hyvinvoinnin. Tällaisia tilanteita saattavat olla esimerkiksi lapsen tarpeiden laiminlyönti, lapsen heitteillejättö, pahoinpitely tai seksuaalinen hyväksikäyttö tai niiden epäily tai uhka. Myös lapsesta huolehtivan aikuisen tai lapsen omat mielenterveys- tai päihdeongelmat voivat antaa syyn selvittää lastensuojelun tarve, tai jos lapsi tai nuori oireilee rikoksilla tai on itsetuhoisin. (Lastensuojeluilmoitus 2010.)

## 2.2 Nuorten päihteidenkäyttö ja päihteitä koskevat asenteet

Nuorten terveystottumuksia ja päihteidenkäyttöä seurataan Suomessa säännöllisesti kahdella valtakunnallisella tutkimuksella. Näistä vanhempi, Nuorten terveystapatutkimus, on seurannut 12–18-vuotiaiden nuorten terveyttä ja terveystottumuksia jo vuodesta 1977. Raportoitavat asiat koskevat alkoholinkäyttöä, tupakkatuotteiden käyttöä, tupakkariippuvuutta ja tupakan savulle altistumista sekä nikotiinikorvaushoitotuotteiden käyttöä ja sosiaalista altistumista huumausaineille. Valtakunnallinen tutkimus tehdään vertailukelpoisin menetelmin kahden vuoden välein. Tuorein tutkimus on keväältä 2009, jolloin kyselyyn vastasi 5516 nuorta (56 %). (Rai-

nio, Pere, Lindfors, Lavikainen, Saarni & Rimpelä 2009,13.) Näin ollen käytössä on jo reilun kolmen vuosikymmenen tutkimusmateriaali, josta voidaan nähdä nuorten päihdekäyttäjätymisen ajan hengen mukaisia muutoksia.

Toinen tutkimus on vuonna 1995 käynnistynyt Kouluterveyskysely, jolla kerätään tietoa mm. nuorten elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista ja terveysosaamisesta. (Kouluterveys 2009 -kysely 2010). Kouluterveyskysely toteutetaan joka toinen vuosi samoissa kunnissa ja se kattaa koko maan. Luokkakysely tehdään opettajan johdolla kunnan kaikille peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisille sekä lukion 1. ja 2. luokkalaisille. Vuodesta 2008 lähtien aineisto on kerätty myös ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoilta. (Perustiedot Kouluterveyskyselystä 2009.)

Kotimaisten tutkimusten lisäksi Suomi on ollut mukana nuorten päihteiden käyttöä selvittävässä eurooppalaisessa koululaistutkimuksessa (the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD) sen alkuajoista, vuodesta 1995, lähtien. Tutkimus tehdään neljän vuoden välein (1995, 1999, 2003 ja 2007) ja mukana on ollut 23–35 Euroopan maata. Kohderyhmänä ovat tutkimusvuonna 16 vuotta täyttävät nuoret, eli peruskoulun 9.-luokkalaiset. (Ahlström & Huhtanen & Leppänen & Metso ja Pietilä 2009, 3.)

2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen kokonaiskuva nuorten tupakoinnin ja päihteidenkäytön kehityksestä sekä sosiaalisesta altistumisesta huumeille on pääosin myönteinen. Nuorten päihteidenkäyttö on vähentynyt, joskin viime aikoina myönteinen kehitys on monin paikoin hidastunut tai jopa pysähtynyt. Nyt taloudellisen taantumun aikana on odotettavissa muutoksia päihdekäyttäjätymiseen, sillä yleisesti on nähtävissä, että kaikki mikä heijastuu perheiden arkeen, heijastuu myös nuorten terveyskäyttäjätymiseen. Poliittisilla toimenpiteillä tähän voi kuitenkin yrittää vaikuttaa ja viime laman kokemuksista viisastuneena pääpaino tulisi laittaa ennaltaehkäiseville toimille. (Rainio ym. 2009, 19; Ahlström ym. 2009, 3.)

Partasen (2002, 29) mukaan useimmille huumeidenkäyttö on ohimenevä, nuoruuteen kuuluva elämänvaihe ennen aikuisuutta. Jotkut tosin jatkavat elämyshakuista käyttöä enemmän tai vähemmän säännöllisesti pidempäänkin. Kaikki eivät kuitenkaan jää aineeseen koukkuun, toisin kuin yleisesti tunnutaan ajattelevan. Nuorten huumeidenkäytön ehkäisytoimikunnan mietinnössä (Kivistö, Jahnukainen, Mustalampi, Rantala & Tammi 2000, 5) todetaan, että suurimmalla osalla suomalaisista ei ole omakohontaista huumeidenkäyttökokemusta, eivätkä he tunne lähipiiristään ketään, joka olisi käyttänyt huumeita. Näin ollen ihmisten käsitykset huumeidenkäytöstä pohjautuvat julkisuudesta saatuihin tietoihin ja näkemyksiin, jotka perustuvat kuitenkin usein vanhentuneisiin tietoihin ja uskomuksiin. Niissä korostetaan monesti vain huumeiden haitallisia vaikutuksia, mutta alkoholin sekä uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöön liittyvät merkittävätkin terveyshaitat joko sivuutetaan täysin tai niitä vähätellään. Ongelmallista on myös se, että pahimpien ongelmakäyttäjien katsotaan edusta-

van huumeidenkäyttäjien enemmistöä, mikä luo vääristyneen käsityksen huumeetilanteesta. Tämä myös korostaa laillisten ja laittomien huumeiden välistä eroa. (Salasuo & Rantala 2002, 39–40; Partanen 2002, 18.)

### 2.3 Päihteet

Päihteitä voidaan luokitella useammalla eri tavalla. Dahl ja Hirschovits (2005, 5) selventävät päihteiden olevan yleisnimitys kaikille sellaisille aineille, jotka elimistöön joutuessaan aiheuttavat kemiallisen reaktion ja siitä johtuvan päihtymyksen tunteen tai humalatilaa. He nimeävät alkoholin ja tupakan nk. sosiaalisiksi päihteiksi, joita lain mukaan saa myydä rajoitustusti. Näin ollen niitä voidaan kutsua myös laillisiksi päihteiksi (Suhonen 2004, 9). Lailliseksi päihteeksi lasketaan lisäksi vielä kofeiini, jota suomalaiset nauttivat etenkin kahvin muodossa (Havio ym. 2008, 67) sekä enenevässä määrin kola- ja energiajuomissa, joiden käyttö varsinkin nuorten keskuudessa on lisääntynyt runsaasti viime vuosina (Kantomaa 2009).

Laittomia päihteitä ovat huumausaineet, joista sosiaali- ja terveysministeriö pitää luetteloita. Listaa päivitetään sitä mukaan kun uusia päihdyttäviä aineita tuodaan markkinoille, mutta ne eivät siis ole automaattisesti laittomia vaan vasta ministeriön päätöksellä. (Soikkeli 2002, 14–15.) Yleisimpiä päihteitä ovat kannabistuotteet, stimulantit, amfetamiinit, kokaiini, hallusinogeenit, LSD ja ekstaasi. Myös tietyt lääkkeet, kasvit, sienet ja uusien laittomien huumausaineiden kaltaiset synteettiset yhdisteet lasketaan huumausaineiksi (Salasuo & Rantala 2002, 38).

Huumausainelain (373/2008) 3§:ssä kielletään huumausaineiden tuotanto, valmistus, maahantuonti, maastavienti, jakelu, kauppa, hallussapito ja käyttö muihin kuin lääkinnällisiin, tieteellisiin taikka huumausainerikosten ehkäisemistä tai tutkintaa edistäviin tarkoituksiin. Myös oopiumunikon, kokapensaan ja hampun kasvatusta huumausainekäyttöön on kielletty. Koska huumausaineet ovat laittomia, niitä liikkuu lähinnä katukaupan mustassa pörssissä. Niiden ympärille kietoutuu laaja rikollisvyöhyke, eikä kukaan tarkalleen tiedä mistä aineet ovat peräisin ja minkä laatuista ne ovat. Niiden käyttäminen on siis leikkimistä omalla hengellä, sillä koskaan ei voi olla varma mitä saa.

Opiskelijaterveydenhuollon tehtävänä on paitsi järjestää säädetyt terveystarkastukset ja terveysneuvonta, myös mahdollisten päihdeongelmien varhainen toteaminen, hoito ja jatkohoitoon ohjaus (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta).

#### 2.3.1 Alkoholi

Suomen eniten käytetty päihde on alkoholi (etanoli). Valtaosa päihdehaitoista johtuu alkoholista. Se aiheuttaa 2500–3000 kuolemantapausta vuodessa ja sen lisäksi onnettomuus-, väkivalta-, terveys- ja sosiaalikutannuksia ja -haittoja. (Alkoholi 2006.) Pohjoismaisen alkoholitilaston (2009,

1) mukaan Suomessa kulutettiin vuonna 2008 enemmän alkoholia kuin missään muussa Pohjoismaassa. Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus, eli tilastoitu ja tilastoimaton kulutus yhteensä, oli 12,5 litraa 100 % alkoholia jokaista 15 vuotta täyttänyttä henkilöä kohden. Tilastossa seuraavana on Tanska, jossa kokonaiskulutus oli 11,7 litraa. Ruotsi on tilaston keskimäinen, kulutus on vajaat kymmenen litraa jokaista 15 vuotta täyttänyttä henkeä kohden ja Norjassa ja Islannissa kulutus on reilut kahdeksan litraa sataprosenttista alkoholia.

Pidän hämmäntävänä tilastointitapaa, jossa huomioidaan yli 15-vuotiaat, sillä Suomessa alkoholin myyminen ja välittäminen alle 18-vuotiaille on lain mukaan kiellettyä (Alkoholilaki 1143/1994). Alle 18-vuotiaat eivät myöskään saa kuljettaa tai pitää alkoholipitoisia juomia hallussaan, eikä alkoholipitoisten juomien mainontaa saa kohdistaa alaikäisiin tai siinä kuvata näitä. Toki on tiedossa, että nuoriso käyttää alkoholia jossain määrin, mutta moisiin lukuihin ei toivottavasti alaikäisenä päästä – tosin täysikäisellekin määrä kuulostaa käsittämättömän suurelta.

Alkoholin vaikutukset ovat mielihyvää tuottavia, huumaavia ja keskushermostoa lamaavia. Sitä käytetään muun muassa sen virkistävän, vilkastuttavan ja estoja poistavan vaikutuksen ansiosta, mutta suurempia määriä nautittaessa ilmenee pahoinvointia ja kömpelyyttä, onnettomuusalttius lisääntyy ja arvostelukyky heikkenee. Humalatilan vahvuuteen vaikuttaa nautitun alkoholin määrä, joskin pitkäaikaisessa käytössä käyttäjälle kehittyy toleranssi, eli alkoholin sietokyky kasvaa. Runsas käyttö aiheuttaa myös psyykkistä ja fyysistä riippuvuutta. (Alkoholi 2006; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 67.)

Toisin kuin monilla muilla päihteillä, alkoholilla ei ole erityistä sitoutumiskohtaa aivoissa. Sen on todettu vaikuttavan useimpiin hermosolujärjestelmiin ja viestinkulun mekanismeihin ja sen synnyttämät käyttäytymisvaikutukset ovat ilmeisesti eri tekijöiden yhteisvaikutusta. Alkoholi imeytyy verenkiertoon ja kulkeutuu sitä kautta ympäri vartaloa ja jakautuu tasaisesti elimistön vesiosaan diffuusion avulla. Rasvaan etanoli sen sijaan liukenee huonosti ja siksi sama määrä alkoholia aiheuttaa naisilla 20–30 prosenttia korkeamman veren alkoholipitoisuuden kuin miehillä. Naisen kehon rasvapitoisuus kun on luonnostaan suurempi kuin miehellä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 67–69; Alkoholi 2006.)

Nopeimmin alkoholi kulkeutuu niihin elimiin joissa on runsain verenkierto, eli aivoihin, maksaan, keuhkoihin ja munuaisiin. Alle kouluikäisen lapsen maksa ei ole vielä kykeneväinen käsittelemään alkoholia kuten aikuisen, joten näillä jo pienetkin alkoholimäärät voivat olla hengenvaarallisia. Alkoholi myös laskee lapsen verensokeria niin, että aivot eivät saa kylliksi energiaa ja niiden toimintakyky heikkenee. Tämä saattaa johtaa tajuttomuuteen tai jopa kuolemaan. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 67.)

Aikuisen mittoihin kasvaneen nuoren kehokaan ei kykene solutasolla ottamaan alkoholia vastaan aikuisen tavoin, sillä suojamekanismit eivät ole vielä valmiit. Nuorilla runsas juominen voi aiheuttaa maksa- ja aivovauri-

oita ja vähentää pojilla kiveskudoksen määrää. Tämä voi johtaa hedelmättömyyteen. (Rimpiläinen 2010.)

### 2.3.2 Korvikealkoholit ja liuottimet

Korvikealkoholeiksi luetaan erilaiset tuulilasinpesunesteet, jarrunesteet, jäänestoliuokset ja pirtu. Niiden vaikuttavana aineena on etyylialkoholi, johon on lisätty pieniä määriä denaturointiainetta. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 70.) Denaturointiaineina käytetään laktantteja ja katkeroaineita, joiden tarkoitus on tehdä alkoholista nautintakelvotonta. Ne aiheuttavat mm. oksetusta, suolen toiminnan lisääntymistä sekä haju- ja makuhaittoja. (Malinen, A. 2003, 53.) Yleensä korvikealkoholeja käyttävät vaikeasti alkoholisoituneet, mutta myös lapset ja nuoret voivat kokeilla niitä tietämättömyyttään. Jo yksi kulaus saattaa kuitenkin tuhota munuaiset tai silmät, pahimmassa tapauksessa tappaa. (Rimpiläinen 2010.)

Joissakin nuorisoryhmissä tavataan teknisten liuottimien ja kaasujen, kuten erilaisten liimojen, lakkojen, bensiinin tai butaanin, haistelua eli imppaamista. Se on nopea mutta vaarallinen keino saada pää sekaisin, sillä keuhkojen kautta aineet siirtyvät nopeasti verenkiertoon ja niiden vaikutus alkaa muutamissa minuuteissa. Päihtymystila on euforinen ja aiheuttaa samankaltaisia käyttäytymisen häiriöitä kuin alkoholihumalassa. Siihen saattaa liittyä myös näkö- ja kuuloharhoja, sekavuutta ja rytmihäiriöitä sekä väkivaltaista käyttäytymistä. Akuutissa käyttötilanteessa on myös äkki-kuoleman riski, johtuen joko sydämenpysähdyksestä, anoksiasta (kaasu syrjäyttää hapen hengitysilmassa) tai oksennukseen tukehtuminen. Jatkuva, pitkäaikainen käyttö aiheuttaa aivojen surkastumista, jonka seurauksena on tylsistyminen ja yleinen passiivisuus, maksa-, munuais- ja sydänlihaskasvaurioita ja paranoidisten (vainoharhaisten) psykoosien riskiä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 71.)

Arvioiden mukaan 1-2 prosenttia suomalaisnuorista kokeilee imppaamista. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 71.) Vaikka teknisiä liuottimia käytetään huumeina, niitä ei ole lisätty huumeasetuksessa lueteltuihin huumeisiin. Sen lisäksi ne ovat halpoja ja niiden hankinta on helppoa, koska niiden myyntiä ei valvota. (Havio ym. 2008, 83.)

### 2.3.3 Tupakka ja nuuska

Tupakka-kasvi (nicotiana) on tupakan ja nuuskan perusraaka-ainetta, jota käsitellään teollisesti savukkeiksi, sikareiksi ja nuuskaksi. Tässä prosessissa tupakkaan lisätään lukemattomia aineita antamaan esimerkiksi savukkeille erilaisia ominaisuuksia: mausteet ja makeutusaineet tekevät maun paremmaksi; mentoli helpottaa savun hengittämistä; kaakao laajentaa hengitysteitä ja ammoniakki tehostaa nikotiinin imeytymistä ja voimistaa sitä kautta riippuvuuden syntymistä. (Tupakan ainesosat 2006.)

Tupakan savun mukana elimistöön kulkeutuu yli 4000 erilaista kemiallista yhdistettä, joista 50–60 on todettu aiheuttavan syöpää. Tupakka sisältää muun muassa lyijyä, asetonia, syanidia, elohopeaa sekä bentseeniä. (Tupakan ainesosat 2006; Huovinen 2004, 12.) Tunnetuimpia aineita ovat hiilimonoksidi eli häkä ja terva, jotka muodostavat tupakalle ominaiset hajun ja maun. Tupakan sisältämä nikotiini puolestaan aiheuttaa voimakkaan fyysisen riippuvuuden. Nikotiini itsessään on myrkky ja tupakointia aloittelevat saattavat kokea muun muassa lievää pahoinvointia, mahakipuja, huimausta ja päänsärkyä, jotka ovat oireita nikotiinimyrkytyksestä. Käytön myötä sietokyky kuitenkin kasvaa eikä oireita enää ilmaannu. (Pietilä 2003, 419–421.) Nuoret aloittavat tupakointikokeilut keskimäärin 11–15 vuoden iässä (Huovinen 2004, 14) eivät siinä vaiheessa ehkä vielä täysin ymmärrä näiden oireiden merkitystä. He eivät myöskään koe olevansa riippuvaisia tupakasta, vaan polttavansa nuorena uhmasta ja näyttämisenhalusta ja lopettavansa myöhemmin. Myöskään tupakan terveyshaitat, joita ovat muun muassa syöpäsairaudet, sydän- ja verisuonitaudit sekä krooniset keuhkosairaudet (Pietilä 2003, 421), eivät huoleta nuoria, sillä ne ovat hyvin kaukaisia asioita. (Huovinen 2004, 16).

Suomen laki kieltää tupakkatuotteiden myymisen ja välittämisen alle 18-vuotiaille henkilöille (Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 225/1977). Ristiriitaista kyllä tupakkatuotteiden käyttö ja hallussapito alaikäisenä eivät silti ole kiellettyjä. Uusimman Nuorten terveystapatutkimuksen (Rainio ym. 2009, 26) mukaan 8 % 14-vuotiaista tytöistä ja pojista tupakoi päivittäin. 16-vuotiaista tytöistä ja pojista päivittäin tupakoi 23 %.

Koulujen järjestyssäännöissä on yleensä maininta (kielto) tupakoinnista koulun alueella. Se perustuu lakiin toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi (693/1976), jossa kielletään tupakointi muun muassa koulujen sisätiloissa ja niiden pääasiassa lapsille tarkoitetuilla ulkoalueilla. Kielto koskee luonnollisesti myös aikuisia ja on voimassa kouluajan ulkopuolellakin. Järjestyssäännöissä voidaan todeta kiellon rikkomisesta rangaistavan koulun käytännön mukaan. Opettaja ei kuitenkaan järjestyssääntöön vedoten voi takavarikoida alaikäiseltä oppilaalta tupakkatuotteita tai tupakoimisvälineitä siinä tapauksessa, että sääntöjä ei ole rikottu, eli mikäli oppilas ei ole tupakoinut koulun alueella tai häiritse oppituntia tupakoimisvälineillä.

Kun ajattelen asiaa näin aikuisen ihmisen ja terveyskasvattajan näkökulmasta, se tuntuu kovin omituiselta. Alaikäisen ei siis lain mukaan pitäisi saada tupakkatuotteita haltuunsa, mutta jos niin pääsee käymään, ei siihen voi puuttua. Ymmärrän, miksi moni kokee voimattomuutta koko nuorten tupakoinnin suhteen. Onneksi sitä ei kuitenkaan tarvitse hyväksyä kaikesa hiljaisuudessa, vaan sen voi reilusti ottaa puheeksi nuorten kanssa ja vaikka saattaa tiedon eteenpäin näiden kotiin. On tietysti asia erikseen onko se paras tapa vaikuttaa asiaan, mutta siten voi kokea tekevänsä asialle edes jotain ja mikäli vanhemmat eivät ole tietoisia nuoren tupakoinnista, olisi asia hyvä näiden tietoon saada. Kasvatusvelvollisuus on kuitenkin ensikädessä heillä.

Nuuska on toinen hyvin ristiriitaisia tunteita herättävä tuote. Se on suun limakalvolla pidettävää tupakkamassaa, johon on lisätty erilaisia seosaineita. Nuuskasta on löydetty jopa 2500 kemiallista yhdistettä, joista osa on syöpää aiheuttavia aivan niin kuin tupakassakin. Sen kemiallista koostumusta on muutettu siten, että nikotiini imeytyy siitä helpommin ja sitä onkin nuuskassa jopa 20 kertaa enemmän kuin savukkeissa. Koska nuuskaa pidetään suussa kauemmin kuin savukkeen polttaminen kestää, on nuuskaajan veren nikotiinipitoisuus korkeampi kuin tupakoitsijalla. Tämän vuoksi myös vieroitusoireet ovat vaikeampia. (Huovinen 2004, 25; Patja, Iivonen & Aatela 2005, 111.) Pälvinmäki ja Haavisto (2009a) tosin toteavat nuuskan pH:n olevan merkittävä tekijä nikotiinin imeytymisessä, ja jatkavat, että ruotsalaisessa kosteassa nuuskassa pH arvo on melko matala, jolloin imeytyminen ei ole niin nopeaa kuin kuivanuuskassa. Tupakan nikotiini sen sijaan imeytyy keuhkoista savun mukana nopeasti ja nostaa nikotiinin maksimipitoisuuden korkeammaksi.

Nuuskan myynti kiellettiin Suomessa vuonna 1995 Suomen liittyessä Euroopan Unioniin, jossa nuuskan myynti oli ollut Ruotsia lukuun ottamatta kiellettyä vuodesta 1992 alkaen. Ruotsilla on tänä päivänäkin erityisvapaus myydä nuuskaa, tosin sillä ehdolla, että Ruotsi ei myy sitä muihin maihin. Kieltoa kuitenkin rikotaan jatkuvasti ja Suomeen tuodaan nuuskaa ruotsinlaivojen verovapaasta myynnistä. (Huovinen 2004, 23.) Nuuskaa päätyy myös alaikäisten käsiin, sillä Nuorten terveystapatutkimuksesta (Rainio ym. 2009, 28) selviää, että 14-vuotiaista pojista 12 %, 16-vuotiaista pojista 31 % ja 18-vuotiaista pojista 41 % oli kokeillut nuuskaa tutkimusjakson 2007–2009 välisenä aikana. Aiempiin vuosiin verrattuna nuuskan kokeilut ovat kääntyneet selvästi nousuun niin tytöillä kuin pojillakin, joskin prosentuaalisesti tytöt kokeilevat nuuskaamista harvemmin. Vrt. 18-vuotiaista tytöistä 17 % on kokeillut nuuskaamista (Rainio ym. 2009, 29).

Nuuskan hyviin puoliin voidaan laskea se, että se ei altista ympäristöä savulle. Pälvinmäki ja Haavisto (2009b) ovat kirjoittaneet nuuskan tutkimustiedon uutisoinnista ja todenneet, että vaikka usein uutisoidaan nuuskan lisäävän suu- ja nielusyövän riskiä, eivät tutkimukset tue tätä väitettä. Karoliinisessa instituutissa esimerkiksi on tutkittu nuuskaajan ikeniin ilmestyviä niin sanottuja nuuskaleesioita (vaurioita), eikä yhteyttä leesioiden ja suusyövän välillä ole löytynyt. Leesiot eivät myöskään jääneet pysyviksi, vaan nuuskaamisen loputtua ne olivat kadonneet. (Roosaar 2006, 26. )

#### 2.3.4 Rauhoittavat-, uni- ja kipulääkkeet

Lääkkeet ovat kolmanneksi yleisin päihderyhmä heti alkoholin ja tupakan jälkeen. Niitä käytetään paitsi yksinään myös sekaisin alkoholin tai huumaiden kanssa, ja noin kolmannes alkoholiongelman takia hoitoon tulevista käyttää myös lääkkeitä päihtymistarkoituksessa. (Lääkkeet 2006.) Lääkkeistä haetaan apua muun muassa jännitykseen, ahdistukseen, rentoutumiseen ja nukahtamisen helpottamiseen. Käytettäessä lääkkeitä yhdessä alkoholin kanssa niillä halutaan voimistaa jommankumman aineen vaiku-

tusta tai saada niiden yhteisvaikutuksella aikaan sekava ja tokkurainen olo. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 72.)

Lääkkeitä katsotaan käytettävän huumausaineina silloin, kun niitä käytetään joko päihde tai itsehoitotarkoituksessa tai sekakäyttönä alkoholin tai huumeiden kanssa; niistä ei ole asianmukaista lääkemääräystä tai sitä ei noudateta (käytetään suurempia määriä) ja kun aine kuuluu huumausaineluetteloon. (Lääkkeet 2006.) Kouluterveys 2009 –kyselyssä (2010) on nähtävissä, että tytöt kokeilevat poikia useammin lääkkeitä päihdetarkoituksessa samoin kuin käyttävät niitä sekaisin alkoholin kanssa. Silmiinpistävin tulos koskee ammattioppilaitoksissa opiskelevia tyttöjä. Heistä 15 % oli käyttänyt lääkkeitä ja alkoholia sekaisin, näistä noin puolet useammin kuin yhden kerran. Pelkkiä lääkkeitä päihtymystarkoituksessa oli käyttänyt 9 %. Peruskouluin 8. luokkalaisista tytöistäkin 11 % oli käyttänyt alkoholia ja lääkkeitä yhtä aikaa vähintään kerran. Saman ikäisistä pojista sekakäyttöä oli kokeillut 9 %.

Eniten päihteinä käytetään bentsodiatsemiini johdannaisia ja barbituraatteja sisältäviä ahdistus- ja unilääkkeitä (rauhottavat lääkkeet) sekä opioideja sisältäviä kipu- ja yskänlääkkeitä (Lääkkeet 2006). Nämä ovat yleisesti reseptilääkkeitä joitakin käsikauppa yskänlääkkeitä lukuun ottamatta.

Bentsodiatsepiinit tulivat rauhoittavien lääkkeiden markkinoille 1960-luvulla. Niitä käytetään laajasti ahdistus- ja jännitysoireista epilepsian hoitoon, mutta pitkäaikaisessa käytössä ne aiheuttavat selvän riippuvuusoireyhtymän.. Bentsodiatsepiineja suositellaan vain lyhytaikaisen käyttöön ja niitä määrätessään lääkärin tulisikin arvioida ja suunnitella myös lääkityksen lopetusaikataulu. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 71.)

Bentsodiatsepiinien kauppanimiä (suluissa vaikuttava aine) ovat muun muassa Diapam®, Diazepam®, Medipam®, Stesolid® (diatsepaami); Risolid® (klooridiatsepoksidi); Temesta® (loratsepaami); Opamox®, Oxamin®, Oxepam® (oksatsepaami); Xanor® (alpratsolaami); Dormicum® (midatsolaami); Imovane® (tsopikloni); Atarax® (hydroksitiini). (Nurminen 2004, 259.)

Joitakin opiaattien kauppanimiä ovat Depolan®, Dolcontin® (morfiini); Temgesic®, Subutex® (bubrenorfiini); Dolmed® (metadoni) ja Abalgin® (dekstropropoksifeeni) (Nurminen 2004, 235), joka on väärinkäytettynä aiheuttanut eniten lääkekuolemia, erityisesti yhteisvaikutuksessa alkoholin kanssa (Havio ym. 2008, 89). Kipulääkkeitä, joihin on lisätty mieto opiaattia, ovat Ardinex® ja Panacod® (kodeiini) sekä Indalgin® (etyylimorfiini). (Nurminen 2004, 239.) Kaikki edellämainitut ovat reseptilääkkeitä.

### 2.3.5 Kannabistuotteet

Cannabis Sativa – ruohokasvista saadaan kolmea erilaista kannabistuotetta riippuen mitä kasvinosaa käytetään. Marihuana on päihdehampun lehdistä, kukista ja varsista kuivatettua rouhemaista ainetta. Se on väriltään yleensä vihertävää, kellertävää tai ruskeaa ja sitä poltetaan savukkeissa. Hasis on



kannabiskasvin hede- tai emikukintojen pihkasta valmistettua, noin viisi kertaa marihuanaa vahvempaa huumetta. Sitä esiintyy yleensä tummanruskeina, mustina tai vihertävinä levyinä, paloina tai murusina. Kannabiksen kolmas muoto on kasvin öljymäinen uute, kannabisöljy. Hasista ja öljyä voidaan piipussa tai vesipiipussa polttamisen lisäksi käyttää ruoan ja juoman seassa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 73; Havio ym. 2008, 84.)

Kannabistuotteissa on 61 eri huumaavaa ainesosaa, kannabinolia. Merkittävien näistä on delta-tetra-hydrokannabinoli eli THC, jonka pitoisuutta myös huumetesteissä mitataan. THC, kuten muutkin kannabinolit, on rasvaliukoinen. Se sitoutuu elimistön rasvakudokseen ja poistuu sieltä melko hitaasti, sillä sen puoliintumisaika on keskimäärin 8 vuorokautta. Näin ollen säännöllisen käytön jälkeen kannabis voi näkyä huumeeseulassa vielä useita viikkoja viimeisen käyttökerran jälkeen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 73.)

Kannabis on Euroopan yleisimmin käytetty huume, ja sama pätee myös Suomeen. Vuoden 2007 ESPAD -tutkimuksesta kuitenkin selviää, että kannabista – samoin kuin muita huumeita – käytetään Suomessa eurooppalaisittain melko vähän. Tutkimukseen osallistuneista suomalaisista opiskelijoista kannabista oli kokeillut 8 prosenttia, kun keskiarvo Euroopan maissa oli 19 prosenttia (ESPAD 2010). Tuorein Kouluterveyskysely tosin kertoo 5 % peruskouluikäisistä, 10 % lukiolaisista ja 16 % ammattioppilaitoksissa opiskelevista kokeilleen kannabista ainakin kerran. (Kouluterveys 2009 –kysely 2010.)

Kannabiksen käytön välittömiä vaikutuksia ovat muun muassa estojen väheneminen, mielihyvän tunne, puheliaisuus, hilpeys sekä ajan, etäisyyksien sekä minäkuvan hahmotushäiriöt. Päihtymystila kestää 2-4 tuntia, jonka jälkeen käyttäjä voi muuttua hiljaiseksi, sisäänpäin kääntyneeksi ja uniseksi. Kaikki eivät koe alun aktiivivaihetta lainkaan, vaan muuttuvat oitis syrjäänvetäytyviksi ja alakuloisiksi. Jotkut saattavat kokea päihtymystilan ahdistavana ja epämiellyttävänä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 73–74; Havio ym. 2008, 84–85.)

Pidempiaikaisessa käytössä ilmeneviä haittoja ovat voimakas psyykinen riippuvuus, persoonallisuuden, sosiaalisten suhteiden ja tunne-elämän muutokset, lyhytkestoisen muistin heikkeneminen ja yleinen passivoituminen, joka ilmenee muun muassa keskittymisvaikeuksina ja välinpitämättömyyden lisääntymisenä. Australialaisessa tutkimuksessa todettiin, että nuorilla, jotka olivat aloittaneet kannabiksen käytön nuorina ja käyttäneet sitä pitkään, oli suurentunut riski sairastua psykoosiin ja kokea aistiharhoja (McGrath ym. 2010). Kannabiksen polttaminen aiheuttaa samoja oireita ja sairauksia hengitysteissä kuin tupakointi, mutta altistaa vielä suuremmalle määrälle karsinogeneeneja, eli syöpää aiheuttavia aineita, kuin tavalliset savukkeet. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 74.)

Käytön määrästä ja kestosta sekä käyttäjän persoonallisuuden rakenteesta riippuen vieroitusoireet kannabiksen käytön lopettamisen jälkeen voivat vaihdella suuresti. Tavallisimpia oireita ovat hikoilu, univaikeudet, pelko-

tilat, ärtyneisyys, masentuneisuus ja keskittymiskyvyttömyys. Psykkisen toimintakyvyn palautuminen voi viedä jopa useampia kuukausia. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 74.)

### 2.3.6 Stimulantit

Psykomotoriset stimulantit ovat sekä luonnosta peräisin olevia aineita että kemiallisesti valmistettuja huumeita, jotka vaikuttavat voimakkaasti käyttäytymiseen. Ne lisäävät aktiivisuutta, kiihtymystä ja euforisuutta sekä näennäisesti itsevarmuutta. Unen tarve vähenee ja käyttäjä on jatkuvassa yliviireystilassa. Stimulantteja ovat muun muassa amfetamiini, metamfetamiini (tunnetaan katukaupassa nimellä jää, ice), kokaiini, crack, free- ja kokabase ja khat (kat). (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 74–75; Havio ym. 2008, 86.) Näiden lisäksi markkinoilla on erilaisia amfetamiinijohdoksia, kuten ekstaasia, josta tarkemmin luvussa Hallusinogeenit. Suomessa kokaiini on huomattavasti vähemmän käytetty stimulantti kuin amfetamiini (Tiihonen 2004).

Aiemmin amfetamiinia käytettiin Suomessakin lääkkeenä muun muassa masennuksen ja liikalihavuuden hoitoon, mutta kun se vuonna 1968 määriteltiin huumausaineeksi, sen lääkekäyttö Suomessa lopetettiin. Sen sijaan Keski- ja Etelä-Euroopassa sekä Yhdysvalloissa amfetamiinia käytetään edelleen lääkkeenä ja näistä maista sitä salakuljetetaan Suomeenkin. Muun muassa ADHD:n eli tarkkaavaisuus- ja ylivilkkaushäiriön hoitoon käytetään yhä myös Suomessa erästä amfetamiinijohdannaisista, metyyli-fendaattia. Lääkkeen kauppanimiä ovat Ritalin®, Concerta® ja Equasym Retard®. (Havio ym. 2008, 85; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 74.)

Amfetamiini valmistetaan kemiallisesti laboratoriossa ja sitä voi esiintyä tabletteina, kapsleina, valkeana jauheena tai liuoksena. Käyttötapoja on suun kautta ottaminen (tabletit, kapselit, liuos), hengittäminen nenään eli nuuskaaminen (jauhe) ja injektioiminen suoneen (liuos). Vaikutus alkaa nopeasti, muutamassa minuutissa, ja kestää joitakin tunteja. Siksi aineen käyttäjät ottavat useita annoksia vuorokaudessa, jotta päihtymystila pysyy yllä. Tavanomaisesti käyttömäärä on 0,1-1g vuorokaudessa, mutta säännöllisesti käytävillä toleranssi on kasvanut niin, että päihtymyksen ylläpitämiseen tarvitaan jopa kymmen- satakertainen määrä. (Havio ym. 2008, 85–86.)

Erittäin voimakas psyykkinen riippuvuus ja kohtalainen fyysinen riippuvuus voi kehittyä nopeasti. Käytön välittömiä vaikutuksia ovat seksuaalista hyvinolon tunnetta muistuttava euforian tunne, jota kuitenkin seuraa nopeasti masennus; korostunut voiman- ja itsevarmuudentunne, pelot, aggressiivisuus, sekavuus ja paniikki- tai psykoosioireet. Fyysisiä vaikutuksia ovat pulssin kiihtyminen, verisuonten supistuminen ja tästä johtuva kalpeus, laajentuneet silmäterät, sydämen rytmihäiriöt, vapina ja hikoilu. Jatkuvassa käytössä masennus, vainoharhaisuus ja ahdistuneisuus lisääntyvät, samoin ruokahaluttomuus ja unettomuus. Suonensisäisesti käytävillä on erittäin suuri riski saada veriteitse tarttuvia tauteja, kuten HIV, hepatiitti ja jäykkäkouristus. (Havio ym. 2008, 85–86.)

Kokaiinia valmistetaan eristämällä sitä Etelä-Amerikassa kasvavan kokapensaansien lehdistä. Se jalostetaan valkoiseksi jauheeksi, jota käytetään nuuskaamalla, suonensisäisesti tai polttamalla. Sen vaikutukset muistuttavat amfetamiinia, samoin kuin riippuvuus ja sietokykykin, jotka kehittyvät nopeasti. Kokaiini on kuitenkin hyvin lyhytvaikutteinen päihde. Sen vaikutus tulee esiin muutamassa minuutissa käyttötavasta riippuen ja kestää vain pienen hetken. Andien intiaanit tosin ovat pureskelleet kokapensaansien lehtiä jo tuhansia vuosia poistaakseen väsymystä ja tehostaakseen uskonnollisia riittejä. Näin käytettynä riippuvuutta ei juuri synny, ja sen oletetaan johtuvan siitä, että vaikutus on niin hidas. Kokapensaansien lehtien pureskelua ei kuitenkaan pidä sekoittaa toiseen päihdeeseen, khat:iin (khat). Catha edulis -puun lehtiä käytetään myös pureskelemalla ja niillä on amfetamiinin tyyppinen vaikutus, joka kestää noin kolme tuntia. (Havio ym. 2008, 86; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 76.)

Nuorten keskuudessa stimulantit eivät ole kovin yleisesti käytettyjä päihdeitä, mutta viimeisimpien kouluterveyskyselyjen mukaan yllättävän nuoretkin ovat niitä käyttäneet jo useampia kertoja. Kouluterveys 2009 – kyselyssä (2010) tiedustellaan onko vastaaja kokeillut tai käyttänyt koskaan heroïinia, kokaiinia, amfetamiinia, LSD:tä tai muita vastaavia huumeita. Vuosina 2008–2009 peruskoulun 8.-luokkalaisista (n = 80139) 98 % ei ollut koskaan käyttänyt mitään edellämainituista, mutta 1 % pojista vastasi kuitenkin käyttäneensä jotain niistä yli 5 kertaa. Eli kyselyn mukaan noin neljäläsadalla 14-vuotiaalla on takanaan jo useiden kokeilujen historia. Hieman vanhemmista nuorista, lukion 2.-luokkalaisista (n = 38870) 99 %, ja ammatillisen oppilaitoksen 2. vuosikurssin opiskelijoista (n = 40117) 97 % vastasi, ettei ole koskaan käyttänyt mitään mainituista päihdeistä. 5 tai useampia käyttökertoja oli 1 %:lla lukiolaisista pojista ja 1 %:lla ammattioppilaitoksissa opiskelevista tytöistä ja pojista.

### 2.3.7 Hallusinogeenit

Voimakkaita aistiharhoja aiheuttavia huumausaineita, hallusinogeeniä, on niin synteettisesti valmistettuja kuin kasvejakin (eräät sienet ja siemenet). Ne aiheuttavat psykoosia muistuttavan tilan aistiharhoineen sekä voimakas mielialan ja ajatuksenkulun muutoksineen. Käyttökokemukset ovat yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat niin käyttäjän aikaisemmat kokemukset, psyykinen tila kuin käyttöpaikka ja -seurakin. Näin oirekuva on vaikea ennustaa ja psykoottinen tila voi kestää tunneista useisiin päiviin tai jopa kuukausiin. Myös käytön jälkeen ilmentyvät flashbackit, takautumat, voivat aiheuttaa aistiharhoja ja tunnetilojen muutoksia vaikka päihteen käytöstä olisi kulunut jo pitkään aika, jopa vuosia. Tämän lisäksi hallusinogeenien käyttö aiheuttaa amotivaatio-oireyhtymää, jolloin ihminen passiivoituu ja hänen kiinnostuksensa ympäristöä ja muita ihmisiä kohtaan vähenee. (Havio ym. 2008, 86–87; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 76–77.)

Voimakkain aistiharhoja aiheuttava aine on LSD eli lysergihappodiatyyliliamidi tai lysergidi. Se on kemiallisesti valmistettu aine ja sitä tavataan tabletteina, kapsleina, pieninä rakeina ja imeytettynä sokeripaloihin tai

pieniin paperilappuihin. Aine otetaan suun kautta ja sen vaikutus alkaa 10-60 minuutin kuluessa ja kestää 8-12 tuntia. Voimakkaimmillaan vaikutus on 3-4 tunnin kuluttua nauttimisesta ja pitää sisällään näkö- ja kuuloharjoja sekä ajantajun ja etäisyyksien vääristymistä. Kokemukset voivat olla epämiellyttäviä (bad trip) tai miellyttäviä (good trip) ja monesti käyttöön liittyy hulluuden ja sekoamisen kokemuksia. Nimenomaan tähän perustuu LSD:n vaarallisuus, sillä se voi aktivoida piileviä psykoottisia häiriötiloja tai hallusinaatioiden kautta johtaa käyttäjän tapaturmiin. Pahimmillaan kauhutilat voivat ajaa ihmisen itsemurhaan tai väkivaltaisuuksiin. (Havio ym. 2008, 86–87; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 77.)

LSD:n katunimityksiä ovat muun muassa ”happo” ja ”naksu”. Siihen ei kehity fyysistä riippuvuutta, mutta psyykinen riippuvuus on mahdollinen. Toleranssi kehittyy erittäin nopeasti. (Havio ym. 2008, 87.)

Ekstaasi (metyleenidioksimetamfetamiini, MDMA) on hallusinogeeninen amfetamiini. Sen alkuperäinen käyttötarkoitus oli ruokahalun hillitseminen, jota varten se kehitettiin vuonna 1914. Lääkekäyttöön se otettiin kuitenkin vasta 1970-luvulla helpottamaan psykoterapiaa. Se ei ehtinyt kuitenkaan olla kauaa markkinoilla, kun käyttö kiellettiin. Tämän jälkeen, 1980-luvun loppupuolella, ekstaasin päihdekäyttö alkoi yleistyä nopeasti. (Havio ym. 2008, 88.) Kouluterveyskyselyn mukaan 2000-luvulla ekstaasin käyttö on ollut hyvin vähäistä peruskoulun 8. luokkalaisten ja lukion 2. luokkalaisten keskuudessa. 98–99 % oppilaista on vastannut, ettei ole koskaan käyttänyt ekstaasia. Luvut ovat pysyneet samanlaisina koko 2000-luvun. (Kouluterveys 2009 –kysely 2010.)

Ekstaasia esiintyy tabletteina, kapseleina ja pulverina ja käyttö tapahtuu suun kautta, nuuskaamalla tai suonensisäisesti. Vaikutus alkaa noin 30–60 minuutin sisällä käytöstä ja aineen määrästä ja tyyppistä riippuen kestää 4–6 tuntia. (Havio ym. 2008, 88; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 78.) Käytöllä tavoitellaan voimakasta hyvänolon tunnetta, kokemusta yhtenäisyydestä ja läheisyydestä sekä lisää fyysistä suorituskykyä, jolloin jaksaa juhlia ja tanssia vaikka läpi yön. Ekstaasi saattaa kuitenkin aiheuttaa kehon lämmönsäätelyjärjestelmän häiriintymistä, jolloin varsinkin kova fyysinen rasitus saattaa johtaa henkeä uhkaavaan tilaan. Muita mahdollisia vaikutuksia ovat muun muassa leukalukko, verenpaineen nousu ja kudosten ja aivojen hapensaannin heikkeneminen. Käytön jälkeisinä vuorokausina käyttäjällä ilmenee väsymystä, alavireisyyttä, tyhjyyden tunnetta, keskittymiskyvyn puutetta ja unihäiriöitä. (Havio ym. 2008, 88; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 78.)

Myös jotkin sienet vaikuttavat psyykeen. Suomessa tällaisia lajeja on noin 15 ja niiden vaikutukset ovat LSD:n kaltaisia. Päihtyneenä käyttäjän mielentila voi vaihdella euforiasta paniikinsekaiseen kauhuun ja siihen voi liittyä muun muassa sekavuutta ja vainoharhaisuutta. Fyysisinä oireina voi olla verenpaineen nousua, rytmihäiriöitä ja pahoinvointia. Isoina annoksina sienet voivat aiheuttaa myös korkeaa kuumetta, jäykkyyttä, virtsaamisvaikeuksia ja erilaisia pakkoliikkeitä. Huumesieniä käytetään syömällä, juomalla ja polttamalla. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 78.)

### 2.3.8 Opiaatit

Opiaateiksi kutsutaan oopiumunikon kuivatusta maitiasnesteestä saatuja oopiumia, morfiinia ja kodeiinia sekä näistä erilaisin kemiallisin prosessein valmistettuja puolisynteettisiä lääkeaineita. Nykyään tosin opiaatteja voidaan valmistaa myös täysin synteettisesti. Tällaisia lääkeaineita ovat muun muassa metadoni, petidiini ja bubrenorfiini. Opiaatteja käytetään lääkteinä niiden kipua poistavan ominaisuuden vuoksi. Päihdekäytössä niillä pyritään helpottamaan tuskaisuutta, poistamaan kipua ja saamaan aikaan euforisen passiivinen tila. Opiaateista käytettyjä nimiä ovat esimerkiksi ”hepo”, ”polle”, ”horse”, ”hidas”, ”mopo”, ”opa” ja ”polakka”. (Havio ym. 2008, 88–89; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 80.)

Voimakkain opiaatti on heroiini. Sitä valmistetaan morfiinista ja se on sitä kolme - neljä kertaa vahvempaa. Se on ulkonäöltään valkeaa tai ruskeaa jauhetta, jota voidaan käyttää nielemällä, nuuskaamalla tai polttamalla. Päihtymystilassa käyttäjä kokee voimakasta mielihyvää ja rentoutuu. Hän vetäytyy omaan sisäiseen maailmaansa ja jättäytyy sosiaalisten kontaktien ulkopuolelle. Fyysisiä merkkejä ovat hengityksen hidastuminen, silmien mustuaisten pieneneminen, lisääntynyt hikoilu ja mahdollisesti kehon lämpötilan lasku. Uudet käyttäjät ovat alkuun pahoinvoivia ja oksentelevat. Suurina annoksina heroiini voi vaivuttaa käyttäjän koomaan ja aiheuttaa hengityspysähdyksen. (Havio ym. 2008, 88–89; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 80–81.)

Heroiiniin syntyy riippuvuus nopeasti ja käyttöä jatketaan helposti vieroitusoireiden pelossa, sillä niitä alkaa tulla jo muutaman tunnin jälkeen edellisen annoksen ottamisesta ja ne kestävät 7–10 vuorokautta. Vieroitusoireita ovat muun muassa huonovointisuus ja oksentelu, vatsan kouristelu, lihaskrampit, palelu, sydämentykytys ja kivut. Niiden mittaamista varten on kehitetty oma mittari, SOWS (lyhyt opiaattivieroitusmittari), jota käytetään vieroitushoidossa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 80–81.)

Bubrenorfiini (Temgesic®, Subutex®) on kipulääke, jota käytetään myös opioidiriippuvaisten korvaus- ja vieroitushoidossa. Ironista kyllä, sitäkin käytetään myös päihteenä. Korvaushoidossa bubrenorfiinia käytetään kielien alle sulatettavina resoritabetteina, mutta päihdekäytössä lähinnä nuuskaamalla tai suonensisäisesti, jolloin vaikutus on voimakkaampi. Sitä pidetään turvallisempänä huumausaineena kuin heroiinia, sillä bubrenorfiinilla on niin sanottu kattovaikutus, eli sen aiheuttama euforia ei lisäännä annosta kasvattamalla, toisin kuin heroiinissa. Se ei myöskään lamaa hengitystä niin, että se yksistään käytettynä voisi aiheuttaa hengenvaaran. Yhteiskäytössä alkoholin tai bentsodiatsepiinien kanssa se kuitenkin saattaa aiheuttaa hengityslamaa. Bubrenorfiinissa myös vieroitusoireet ovat lievemmät kuin heroiinissa, joskin ne kestävät 3–4 viikkoa. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 81–82.)

Kouluterveyskyselyssä on selvitetty myös koululaisten Subutex®:in käyttöä ja vastausten perusteella se on hyvin harvinaista. Tosin, samoin kuin stimulanttien kohdalla, 1 % 8.-luokkalaisista pojista ilmoitti käyttäneensä Subutexia 5 kertaa tai useammin. Lukioikäisten keskuudessa kokeilut ja

käyttö ovat kuitenkin niin marginaalisia ilmiöitä, että tilastollisesti lasketuna Subutex®:ia kokeilleita tai käyttäneitä on alle 1 %, eikä sitä näin ollen huomioda. Ammattioppilaitosten 2.-luokkalaisista 2 % on kokeillut Subutex®:ia ainakin kerran. (Kouluterveys 2009 –kysely 2010.)

### 2.3.9 Gamma ja lakka

Gammaa (gammahydroksivoihappo, GHB) on luontaisesti ihmisen keskushermostossa ja se kehitettiin alkujaan anestesia-aineeksi. Joissakin maissa se on edelleen käytössä lääkintätarkoitukseen, mutta ei Suomessa. Gamma luokiteltiin huumausaineeksi vuonna 2001. Sen huumaava vaikutus riippuu annoksen koosta, tuntemukset voivat olla euforiaa, hallusinaatioita tai suurina määrinä käytettynä väsymystä ja jopa äkillinen, muutamman tunnin mittainen tajuttomuustila, josta toipuminen voi tapahtua nopeastikin. (Havio ym. 2008, 90; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 79.)

Gamman kauppanimiä ovat muun muassa GHB, GBH, liquid ecstasy, liquid X ja Alcover. Sitä esiintyy rakeina, kapseleina, jauheena ja lioksena ja sitä käytetään suun kautta. Vaikutus alkaa tuntua 15–30 minuutin kuluttua aineen nauttimisesta ja kestää noin kahdeksan tuntia. Muiden keskushermostoon vaikuttavien aineiden käyttö yhtä aikaa gamman kanssa saattaa aiheuttaa aggressiivisuutta, sekavuutta, erilaisia keskushermostovaikutuksia, hengityksen lamaantumista ja kooman. Yliannostustilanteessa on tärkeintä seurata hengitystoimintoja. (Havio ym. 2008, 90; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 79.)

Lakka eli gammabutyrolaktoni (GBL) on gamman esiaste, mutta sitä huomattavasti voimakkaampi aine. Se on nestemäisessä muodossa ja teollisuudessa sitä käytetään liuottimena. Lakka muuttuu elimistössä gammaksi, joten sen vaikutukset ovat edellä mainitun kaltaisia. Suurina annoksina se paitsi lamaa keskushermoston toimintaa, voi aiheuttaa myös pahoinvointia ja rytmihäiriöitä. Lakan vaikutus elimistössä kestää noin tunnista kolmeen tuntiin. (Havio ym. 2008, 90; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 79.)

### 2.4 Merkkejä päihteiden käytöstä

Päihdekokeiluja on hankala tunnistaa ja kun kokeilut ovat yksittäisiä tai käyttö satunnaista, on käytön havaitseminen hyvin sattumanvaraista. Monet muutokset, joita varhaisvaiheen päihteiden - eritoten huumeiden - käyttö tuo mukanaan, voivat yhtä lailla kuulua normaaliin murrosiän oireiluun. Jos nuoren elämäntavoissa, kaveripiirissä ja olemuksessa alkaa ilmetä silmiinpistäviä muutoksia, on kuitenkin hyvä ottaa huomioon myös mahdollinen huumeidenkäyttö. (Leskinen 2001, 63.)

Leskinen (2001, 63–64) tyypittelee huumeiden käyttöön liittyviä elämäntapojen ja olemuksen muutoksia seuraavasti: luvattomat poissaolot koulusta, ennalta sopimattomat poissaolot kotoa ja rahantarve kasvavat. Kaveripiiri, elämänarvot ja -tavat muuttuvat, moraalinen ja normaaliuden käsitteet hämärtyvät ja vääristyvät. Nuori saattaa tietoisesti vältellä läheisiään, hä-

nessä saattaa näkyä toistuvasti pahoinpitelyn jälkiä, ja hän on jatkuvasti väsynyt koulussa ja koulumenestys laskee. Kalliita tavaroita saattaa ilmes-tyä ja kadota, ja nuori voi jäädä kiinni varastelusta. Suhteettoman voimak-kaat raivonpuuskat saattavat myös kuulua oirekuvaan.

Aineiden käyttöön liittyviä tunnusmerkkejä voivat olla verestävät silmän-valkuaiset, joko laajenneet tai pistemäisiksi supistuneet mustuaiset, hihit-televä käytös tai poissaoleva mielentila, ja muutoinkin päihtynyt vaiku-telma ilman alkoholin hajun tuntua. Nuoren hiuksissa ja vaatteissa voi sen sijaan tuntua imelä, makea tuoksu ja hänellä voi olla hallussaan erilaisia käyttövälineitä, kuten piippuja, ruiskuja ja lusikoita. Häneltä saattaa myös löytyä epämääräisiä pillereitä. (Leskinen 2001, 63.)

## 2.5 Päihteiden käytön seurauksia

Nuoren varttuessa elimistössä tapahtuu suuria fysiologisia muutoksia, jot-ka saattavat häiriintyä päihteiden käytön vaikutuksesta. Uuden tutkimuk-sen mukaan alkoholinkäytön vaikutukset nuoren keskushermostoon ovat sekä toiminnallisia että rakenteellisia. On havaittu, että alkoholin käyttö voi heikentää kognitiivisia toimintoja, kuten muistiinpainamis-, keskitty-mis- ja oppimistoimintoja, sekä lisätä aggressiivisuutta. Päihteiden käyttö vaikuttaa myös sukupuoli- ja kasvuhormonituotantoon. Lisäksi päih-teidenkäytön lieveilmiöt, kuten huonot, epäsäännölliset ruokailutottumuk-set tai jopa syömättömyys, aiheuttavat ongelmia. (Havio ym. 2008, 167–168.)

Nuorten aineenvaihdunta ei ole kaikilta osin valmis ottamaan alkoholia vastaan. Etenkin verensokeri saattaa helposti laskea alkoholinkäytön seu-rauksena ja tämä on lapsilla ja nuorilla suurin alkoholin elimistölle aiheut-tama vaaratekijä. Koska aivojen energiansaanti ja toimintakyky riippuvat nimenomaan verensokerista, niin sen vähentyminen saattaa olla kohtalo-kasta aiheuttaessaan tajuttomuuden tai jopa kuoleman. (Havio ym. 2008, 167.)

Myös nuorten kuolemaan johtaneissa tapaturmissa alkoholilla tai muilla päihteillä on usein osuutta asiaan. Vuoden 2005 tilastojen mukaan yli kolmannes tapaturmissa kuolleista nuorista oli päihdyksissä tapaturman sattua. Onnettomuuksista suurin osa on liikenne- ja hukkumistapatur-mia, mutta kolmanneksi yleisimpiä ovat myrkytystapaturmat, jotka ovat pääasiassa huumausaine ja lääkeainemyrkytyksiä. Joihinkin huumeisiin, kuten LSD:en, liittyvät kuolemantapaukset johtuvat yleensä väkivallasta, tapaturmista tai itsemurhista, joita saatetaan tehdä aineen laukaisemassa kauhutilassa. (Havio ym. 2008, 167, 87.)

Nuoret, joilla on päihteiden ongelmakäyttöä, kärsivät usein myös mielen-terveydenhäiriöistä. Havion ym. (2008, 168) mukaan ainakin 80 %:lla päihdehäiriöisistä nuorista on mielenterveyshäiriöitä, joista yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiri-öt. Tällaisen monihäiriöisyyden voidaan nähdä olevan yhteydessä myös

nuoren lisääntyneeseen itsetuhoiseen käyttäytymiseen (Havio ym. 2008, 168).

Erityisen vaikeita ongelmia aiheuttaa päihteiden käytön yhdistyminen työttömyyteen ja sosiaaliseen syrjäytymiseen. Päihteistä haetaan usein hetken unohdusta elämän ankeuteen ja turvattomuuteen. Työtön nuori saattaa nähdä huumeiden myynnissä ainoan toimeentulokeinon, eikä välitä riskeistä joita se tuo mukanaan. Tällaisesta tilanteesta ei ole enää pitkä matka rikollisuuden ja väkivallan kierteeseen. Huumekoukkuun jääneen elämää leimaavat pakonomaisen käytön jaksot, irtautumisyrietykset, hoitajaksot ja mahdollisesti vankila. Päihteiden rahoituksessa käyttäjä saattaa joutua turvautumaan omaisuusrikoksiin tai prostituutioon. Jos kierteestä ei pääse irti, on todennäköisyys ennenaikaiseen kuolemaan monikymmenkertainen muuhun väestöön verrattuna. Se, miten yhteiskunta huumeidenkäyttäjää kohtelee, vaikuttaa ratkaisevasti myös ennen aikaisten kuolemien määrään. (Partanen 2002, 29.)



### 3 STEINER-KOULU NUOREN KASVUYMPÄRISTÖNÄ

#### 3.1 Steiner-koulu

Steinerpedagogiikka on alkujaan itävaltalaisen kasvatustieteilijän Rudolf Steinerin (1864–1925) luoma ja sittemmin useiden opettajapolvien soveltama ja edelleen kehittämä kokonaiskuva ihmisen kasvusta ja kehityksestä. Se pohjautuu holistiseen (kokonaisvaltaiseen) ihmiskäsitykseen, jossa ihminen nähdään fyysisenä, psyykkisenä ja henkisenä olentona. Steinerin luonnehtima henkinen ulottuvuus tarkoittaa yksilön ydinminuutta, sitä yksilöllisyyttä ja ainutlaatuisuutta, joka jokaisessa ihmisessä on jo syntymähetkellä. Kasvatuksella ei siis luoda yksilöllisyyttä, vaan sen tarkoitus on tukea lasta kasvamaan omaksi itsekseen, tuomaan esiin oman yksilöllisyytensä. (Paalasmaa 2009, 51.)

Ihmisen psyyke sen sijaan on jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa ja elämäkokemukset ja kasvatustieteet vaikuttavat siihen voimakkaasti. Steinerpedagogiassa tällä psyykkisellä tasolla nähdään klassinen kolmijako tahtoon, tunteeseen ja ajatteluun. Näitä, samoin kuin antiikin filosofiasista periytyviä yleismaailmallisia arvoja totuus, kauneus ja hyvyys, painotetaan opetuksessa. (Paalasmaa 2009, 53, 55–56; Dahlström 2008, 9.) Opetuksen perusajatus on kunnioittaa lasta ja nuorta ja vahvistaa hänen yksilöllistä kehitystään. Oppilaalle annetaan tilaa kasvaa ja kehittyä omaan tahtiinsa, kiirehtimättä. Alaluokilla keskitytään pelkän tiedollisen kasvatuksen sijaan laajempiin tavoitteisiin, mielikuvituksen ja tahdon voimistamiseen. (Taskinen 2004, 9-10; Paalasmaa 2009, 27.)

Keskeisinä opetusmenetelminä ovat satujen ja tarinoiden kerronta ja monenlainen taiteellinen työskentely musiikista ja kuvataiteesta käsitöihin. Muutoinkin opetus perustuu elämyksellisyyteen ja kokemuksellisuuteen. Esimerkiksi oppikirjoja ei juuri käytetä, vaan ne tehdään itse opettajan johdolla tunneilla käsitellyistä asioista. Näin opetettavista asioista tulee läheisiä ja helpommin omaksuttavia, kun niistä on oma kokemus. Tällaisten lähestymistapojen on todettu kehittävän empatia- ja eläytymiskykyä sekä mielikuvitusta, vahvistavan sosiaalisuutta ja luovan pohjaa itsenäiselle ajattelulle ja itsetuntemukselle. Lukuaineiden ja perinteisten kädentöiden lisäksi oppilaat pääsevät tutustumaan muun muassa maanviljelyyn, puutarhanhoitoon, talonrakennukseen, näytelmien tekoon, maanmittaukseen ja kirjansidontaan. (Paalasmaa 2009, 76–77; Taskinen 2004, 25–27.)

Suurin osa Suomen steinerkouluista toimii 12-vuotuisina yhtenäiskouluina, jota oppilaat voivat yleensä käydä samassa luokkayhteisössä 1. luokalta ylioppilaaksi asti (Paalasmaa 2009, 88). Osassa pienemmistä kouluista ei kuitenkaan ole kuin vuosiluokat 1-6 tai 1-9. Koulut ovat alkujaan vanhempien perustamia ja opetuksen järjestäjinä toimivat koulujen kannatusyhdistykset. Suomessa toimii tällä hetkellä 22 perusopetusta antavaa

Steiner-koulua, joista kaksi on ruotsinkielisiä, sekä kolme erityis-Steiner-koulua. (Steinerkoulut.)

Steiner-koulussa luokkajaksotus ei ole peruskoulun tapaan alakoulun luokat 1–6, yläkoulun luokat 7–9 ja 3–4 vuotinen lukio, vaan siihen vaikuttaa steinerilainen ihmiskäsitys ja ikäkausipedagogiikka. Lapsen nähdään kehittyvän niin sanotussa seitsenvuotisrytmissä ja kaikkiin ikävaiheisiin kuuluu tiettyjä lainalaisuuksia, jotka opetuksessa otetaan huomioon. Näin opetus jaksoituu kahteen vaiheeseen, luokat 1–8 käsittävään luokanopettajavaiheeseen ja 9–12 luokkien aineopettaja- eli nuorisovaiheeseen. Perusajatus on, että opetusmenetelmät muuttuvat sitä mukaan kuin lapsi muuttuu ja kehittyy. (Paalasmaa 2009, 55–58; Tampereen Rudolf Steiner -koulun opetussuunnitelma 2009–2010, 17.)

Steiner-koulussa opettaja nähdään ensisijaisesti kasvattajana. Luokanopettajalla on lapsen elämässä tärkeä ja vahva rooli. Hän on aikuinen, joka kulkee lapsen rinnalla ensimmäiset kahdeksan kouluvuotta ja oppii tuntemaan tämän perusteellisesti. Yhteydenpitoa kodin ja koulun välillä arvostetaan, sillä toimiva vuorovaikutus opettajan ja vanhempien välillä on lapsen etu, ja mahdolliset ongelmatilanteet on helpompi ratkaista yhteistyöllä. Ensimmäisellä luokalla opettaja tekee kotikäynnin jokaisen oppilaan kotiin tutustuakseen tämän perhe- ja kotioloihin. Yhteydenpitoa jatketaan muun muassa vanhempainiltojen muodossa. (Taskinen 2004, 48–49.)

Rudolf Steinerin ideologiassa koulussa jokaisen opettajan tulisi olla osallisena työhönsä liittyvään päätöksentekoon ja kantaa päätöksistä vastuu. Näin rehtoriajattelu ei istu steinerpedagogiaan, vaan kouluissa on tasavaltainen opettajakollegio vastaamassa koulun hallinnosta. Suomen perusopetuslain (628/1998) 37§:ssä ja lukiolain (629/1998) 30§:ssä säädetään kuitenkin rehtorista, joka jokaisella koululla tulee olla. Näin Steiner-koulussa rehtorin pestiä hoitaa vuosittain opettajien keskuudesta valittava vuosirehtori. Vuosirehtori toimii opettajakunnan puheenjohtajana ja osallistuu muiden opettajien kanssa päätöksentekoon viikoittain järjestettävissä, 4–5 tuntia kestävässä opettajainkokouksissa. (Paalasmaa 2009, 66–67; Tampereen Steiner -koulun johtosääntö 2008.)

### 3.2 Tampereen Steiner-koulu

Tampereen Rudolf Steiner -koulu on yksi Suomen vanhimmista Steiner-kouluista. Se on perustettu vuonna 1971 ja vuonna 2007 saatiin vihdoin valmiiksi oma koulurakennus Muotialan kaupunginosaan. Koulu on 12-vuotinen ja jokaista vuosiluokkaa on kaksi rinnakkaista luokkaa, A ja B. Lisäksi on 13. luokka, ns. abiluokka, joka valmentaa ylioppilaskirjoitukseen. Oppilaita on yhteensä 625 ja henkilökuntaa noin 80, joista opettajia noin 65. Koululla on oma terveydenhoitaja, koulupsykologi ja osa-aikainen koulukuraattori.

Koulu on Tampereen seudun ainoa steinerpedagoginen oppilaitos, joten oppilaita tulee paitsi Tampereelta, myös ympäristökunnista. Tällä hetkellä oppilaita on kirjoilla 14:ssä eri kunnassa.

Tampereen Steiner –koulun toimiluvan ja koulupuitteet omistaa kouluyhdistys. Koulun toimintaa koskevista asioista päättää johtokunta ja opetuksen toteuttamisesta vastaa opettajakunta. Opettajakunta on vielä jaettu kolmeen jaostoon: 1-8 A –luokkien opettajat, 1-8 B –luokkien opettajat ja yläluokkien opettajat. Vuonna 2008 koululle perustettiin myös vanhempainyhdistys, jonka tehtävänä on järjestää yhteistä toimintaa oppilaille ja vanhemmille. (Vanhempainyhdistys 2009.) Vanhempainyhdistys järjestää myös varainhankintaa ja tukee kerätyillä varoilla oppilaiden leiri- ym. toimintaa.

### 3.2.1 Koulussa tehtävä päihdetyö

Opiskelijoilla ja muilla kouluyhteisön jäsenillä on oikeus turvalliseen kouluympäristöön. Käytännössä se tarkoittaa, että koulussa ei esiinny päihteiden tarjontaa eikä päihteiden vaikutuksen alaisena toimivia henkilöitä. (Lamberg, Kattelus & Mukala 2001, 14.) Tämä koskeen niin opettajia, koulun muuta henkilökuntaa kuin oppilaitakin. Koulun työntekijöiden päihteidenkäyttötapaüksissa hoitoon ohjauksesta vastaa työterveyshuolto. Oppilaiden kohdalla päihteiden käyttöön puuttumisen käytännöt ovat aiemmin vaihdelleet, mutta jatkossa tarkoitus on toimia tämän opinnäytetyön tuloksena syntyvän päihdepuuttumismallin pohjalta.

Huumetestityöryhmän väliraportissa (Lamberg ym. 2001, 15) suositellaan koulujen kehittävän varhaisen tunnistamisen ja puuttumisen työvälineitä, jotta oppilaan päihteiden käyttö ei johda koulutuksesta syrjäytymiseen ja sen keskeyttämiseen, sillä nämä jouduttavat kokonaisvaltaista syrjäytymistä. Varhainen puuttuminen päihteiden käyttöön vähentäisi luultavasti päihdekokeiluja myös yleisellä tasolla, sillä esimerkiksi huumeita satunnaisesti käyttävä nuori houkuttelee kaveripiiristään mukaan yhä uusia kokeilijoita. Myös kannabiskokeiluihin voisi vaikuttaa ennaltaehkäisemällä ja puuttumalla nopeasti tupakkakokeiluihin, sillä tupakoimaton nuori ei hallitse kannabiksen polttoon tarvittavaa tekniikkaa. (Leskinen 2001, 61.) Tupakoimattomalle nuorelle kynnys kokeilla kannabiksen polttamista voi muutoinkin olla suurempi kuin tupakoitsevalle.

Yksi varhaisen tunnistamisen työväline on Marjatta Pirskasen (2007) kehittämä Nuorten päihdemittari (ADSUME = Adolescents' Substance Use Measurement), varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Sen avulla esimerkiksi kouluterveydenhoitaja voi selvittää oppilaan päihteidenkäytön laatua ja määrää (tupakka, alkoholi ja muut päihteet, kuinka usein ja paljon). Malliin liittyy myös interventiosuosittelukko, jossa määritellään millaista huolen määrää mittarista saadut vastaukset herättävät ja minkälaisiin toimiin niiden johdosta tulisi ryhtyä.

Päihteiden käyttöä voidaan selvittää myös laboratoriokokeiden (veri- ja virtsanäytteet) avulla tai puhalluskokein (Pirskanen 2007, 33). Alaikäisellä huumetesteihin tulee olla vanhempien lupa, mikäli lapsi ei ole ikänsä ja kehitystasonsa puolesta kykenevä päättämään asiasta itse. Käytännössä 12-vuotiaan katsotaan yleisesti olevan kyllin kypsä päättämään omasta

hoidostaan, jolloin lasten vanhemmat eivät yleensä enää voi vaatia lapsen testaamista tai testituloksen tietojen saamista yli 12-vuotiaan lapsen näitä vastustaessa. (Lehtonen 2006, 16; Lamberg ym. 2001, 16.)

Mikäli huumeetesti tehdään ja tulos on positiivinen, täytyy oppilas/opiskelija ohjata hoitoon. Tällöin yhteistyö koulun, kodin ja eri viranomaisten välillä on välttämätöntä, jotta oppilaan/opiskelijan hoito järjestyy ja opiskelun jatkuminen voidaan turvata. On myös tärkeää huomioida, että positiivinen tulos huumeetestissä ei itsessään anna aiheutta rankaista oppilasta kurinpidollisesti, mikäli teko ja tapaus eivät muutoin täytä kurinpitotausta-antamisen perusteita (kuten epäasiallinen käyttäytyminen oppilaitoksessa tai opetustilanteessa). (Lamberg ym. 2001, 16.)

Kouluyhteisössä on erittäin tärkeää kehittää myös ennalta ehkäisevää päihdetyötä. Sitä toteutetaan usein terveystietoon ja terveyskasvatukseen liitettynä ja sen tavoitteena on opettaa lapsille ja nuorille terveyden ja hyvinvoinnin peruskäsitteitä sekä ennen kaikkea ajattelun taitoa. Omaan terveyteen liittyvät asiat kiinnostavat nuoria ja tieto päihteiden käytön terveyshaitoista tukee kielteistä suhtautumista niihin. Jakamalla terveyteen liittyvää tietoa annetaan oppilaalle keinoja käsitellä ja muuttaa omia terveystottumuksiaan. (Lamberg ym. 2001, 14; Huoponen, Peltonen, Mustalampi & Koskinen-Ollonqvist 2000, 35–38; Kylmänen 2005, 26.)

### 3.2.2 Opettajien rooli päihdekasvatuksessa ja -puuttumisessa

Luokanopettaja opettaa ison osan 1-8 luokan oppiaineista itse. Näin hänellä on suuri vaikutusmahdollisuus siihen, mitä asioita opetuksessa nostetaan esiin. Esimerkiksi ennaltaehkäisevää päihdetyötä voi tehdä integroimalla sitä moneen oppiaineeseen, kuten fysiikkaan, kemiaan ja biologiaan. Mikäli oma tietämys päihteistä ei riitä, voi aina kutsua luokkaan vieraaksi jonkun asiantuntijan. Tärkeintä kuitenkin on antaa lapsille ja nuorille mahdollisuus puhua päihteistä ja herättää keskustelua niistä. Toisaalta, jos sattuu kuulemaan nuorten päihteiden käyttöä ihannoivaa keskustelua, kannattaa siihen puuttua sormen heristelyn sijaan esimerkiksi tuomalla keskusteluun uusi näkökulma. Tällaisia voivat olla esimerkiksi nuoren vastuun itsestä, lähimmäisistä ja toisista ihmisistä korostaminen tai hieman vanhemmilla oppilailta esimerkiksi huumeiden eettisten ongelmien esiin tuominen. Hyssyttely ja pelottelu eivät anna kasvavalle nuorelle työvälineitä kohdata ympäristönsä huumeiden käyttöä, joka tilastojen valossa on tullut jo hyvin lähelle nuoria. Esimerkiksi vuoden 2009 Nuorten terveystapatutkimuksesta (Rainio ym. 2010, 43) selviää, että noin puolet 18-vuotiaista tytöistä ja pojista tuntee lähipiiristään jonkun, joka on käyttänyt huumeita viimeisen vuoden aikana. 16-vuotiaista tytöistä käyttäjän tunti 50 % ja saman ikäisistä pojista 36 %.

Entä jos oppilas käyttää huumeita? Miten opettaja voi huomata sen? Varsinkin kokeiluvaiheessa huumeidenkäyttöä voi olla hankala havaita koulussa etupäässä siksi, että kokeilut tapahtuvat vapaa-ajalla. Nuoren ote saattaa kuitenkin alkaa lipsua jo varsin aikaisessa vaiheessa, jos kokeilut lisääntyvät. Tämä voi näkyä muun muassa lisääntyvinä koulupoissaoloina,

koulumenestyksen laskuna tai oppilaan käyttäytymisen muutoksina. (Lamberg ym. 2001, 15.) Muita merkkejä listasin aiemmin luvussa 2.4. Steinerkoulun luokanopettajan etuna on, että hän tuntee oppilaat pitkältä ajalta ja opettaa vielä 7. ja 8. luokankin, jolloin päihdekokeiluja yleisesti alkaa tulla. Näin opettajalla on käsitys siitä, millainen käytös on tyypillistä oppilaalle, ja hänen on helpompi arvioida ja tunnistaa muutoksia käyttäytymisessä. Mikäli opettajalla herää huoli oppilaasta, on hänen syytä ottaa yhteyttä tämän vanhempiin ja tarvittaessa esimerkiksi kouluterveydenhoitajaan tai kuraattoriin. Pitkän luokanopettajavaiheen ansiosta välit oppilaan vanhempiin ovat yleensä tässä vaiheessa luottamukselliset, jolloin asioista on helpompi keskustella.

### 3.2.3 Terveystarkastajan ja koulukuraattorin rooli päihdekasvatuksessa ja -puuttumisessa

Kouluterveydenhuollon tehtävänä on edistää kouluyhteisön hyvinvointi ja tukea oppilaiden terveyttä, kasvua ja kehitystä. Kouluterveydenhuolto henkilöityy voimakkaasti kouluterveydenhoitajaan, sillä tämä on läsnä koululla joka arkipäivä. Terveystarkastajan työparina on koululääkäri, joka on tavattavissa koululla kerran viikossa. Kouluterveydenhuollon vastuulla ovat oppilaiden terveystarkastukset, jonka lisäksi oppilaat voivat joko haakeutua tai tulla ohjatuiksi terveystarkastajan tai lääkärin vastaanotolle tarpeen mukaan esimerkiksi fyysisten, sosiaalisten tai psyykkisten vaikeuksien vuoksi. (Tampereen Rudolf Steiner –koulun opetussuunnitelma 2009-2010, 38-39.) Terveystarkastuksissa oppilaan terveydentilaa ja terveystottumuksia seurataan erilaisin seulontamenetelmin. 8. ja 9. luokan terveystarkastuksessa esimerkiksi selvitetään muun muassa alkoholin ja huumeiden käyttöä lomakkeella tai haastatellen. (Kouluterveydenhuolto 2002, 40.)

Koulukuraattori toimii koululla sosiaalityöntekijänä. Hänen tehtävänsä on tukea oppilaan koulunkäyntiä ja ennaltaehkäistä ongelmien syntymistä, sekä toisaalta olla oppilaan, opettajien ja vanhempien tukena ratkomassa jo syntyneitä ongelmia. (Tampereen Rudolf Steiner –koulun opetussuunnitelma 2009-2010, 41.) Tällä hetkellä Tampereen Steiner –koulussa on osa-aikainen koulukuraattori, joka on tavattavissa kolmena päivänä viikossa. Myös hän voi tarpeen mukaan käsitellä oppilaan kanssa päihteisiin liittyviä asioita ja teetättää tällä esimerkiksi Nuorten Päihdemittari –kyselyn kartoittaakseen tilannetta.

Terveystarkastaja ja koulukuraattori toimivat suoran asiakastyön lisäksi yhteistyössä opettajien kanssa ja osallistuvat tarpeen mukaan esimerkiksi vanhempainiltoihin. (Tampereen Rudolf Steiner –koulun opetussuunnitelma 2009-2010, 39; 41.) He ovat myös mukana viikoittain kokoontuvassa oppilashuoltoryhmässä yhdessä rehtorin, psykologin, opinto-ohjaajan, erityisopettajien ja terapeuttien kanssa. Ryhmän tehtävänä on koordinoita ja kehittää koulun oppilashuoltotyötä ja tarpeen vaatiessa puuttua akuutteihin tilanteisiin (Tampereen Rudolf Steiner –koulun opetussuunnitelma 2009-2010, 35). Terveystarkastajalla ja kuraattorilla on yleensä vastuullaan tilanteet, jolloin oppilas tarvitsee jatkohoitoa esimerkiksi päihde- tai

mielenterveysongelmissa. Heillä on tietoa ja asiantuntemusta arvioida mitä taholta oppilaalle etsitään apua.

### 3.2.4 Vanhempien rooli päihdekasvatuksessa ja -puuttumisessa

Vanhemmat tuntevat lapsensa paremmin kuin kukaan muu ja heillä on päävastuu lapsen kasvatuksesta, jota koulu toki pyrkii tukemaan parhaansa mukaan. Kotona nuoren päihdekokeiluihin kannattaa varautua hyvissä ajoin. Päihteistä on syytä kertoa lapselle jo melko varhaisessa vaiheessa hänen ymmärrystään vastaavalla tavalla, mutta kuitenkin totuudenmukaisesti. Tosiasia kuitenkin on, että jo 12-vuotiaista tytöistä 8 % ja pojista 11 % ilmoittaa kokeilleensa tupakointia (Rainio ym. 2009, 24). Eli vaikka päihteet eivät suoranaisesti koskettaisikaan omaa lasta, joutuu hän todennäköisesti kuitenkin välillisesti tekemisiin niiden kanssa jo melko nuorena. Koti on tärkeässä roolissa asenteiden muokkaajana ja vanhempien päihteiden käytöllä on vaikutusta lapsiin ja nuoriin. Yli kolmannes peruskoululaisista ja lukiolaisista nuorista kokee läheisen alkoholinkäytön aiheuttavan hankaluuksia nuoren omaan elämään. (Kouluterveys 2009 -kysely 2010.) On siis ymmärrettävää, että pelkkä päihteiden vaaroista valistaminen saattaa aiheuttaa ristiriitaisia tunteita. Nuoret kaipaavatkin keskustelua ja haluavat tulla kuulluiksi. Aikuisten on hyvä selvittää mitä nuoret tietävät ja mistä tiedot ovat peräisin. Huhupuheiden ja Internetin perusteella jotkut käsitykset saattavat olla hyvinkin vääristyneitä. (Kylmänen 2005, 27.)

Uusissa ja haastavissa tilanteissa isät ja äiditkään eivät kuitenkaan aina tiedä mitä tehdä. Onneksi yhteiskunnassamme vanhemmuuden tukemiseksi on kehitetty erilaisia toimintamalleja ja tahoja. Kunnallisella puolella esimerkiksi perheneuvola antaa apua arjen haastaviin tilanteisiin. Niin sanotut kolmannen sektorin toimijat, kuten Mannerheimin lastensuojeluliitto ja muut yhdistykset ja järjestöt, ylläpitävät erilaisia palveluja, kuten Internet-sivustoja tai puhelinpalvelua. Näissä vanhemmuutta ja lastenkasvatusta käsitellään monipuolisesti ja tarjolla on esimerkiksi vertaistukea vanhemmuuteen.

Koulun keinoina tukea vanhemmuutta ovat muun muassa vanhempainillat. Osallistumalla niihin vanhemmat tutustuvat lapsensa opettajaan ja luokkakavereiden vanhempiin sekä saavat tietoa siitä, mitä lapsen elämässä tapahtuu kodin ulkopuolella. Vanhempainiltojen kautta myös luokan oppilaiden vanhemmista muodostuu yhteisö, joka voi tukea toisiaan kasvatuskysymyksissä ja ratkoa pulmia yhdessä. Vanhemmat voivat myös sopia yhteisiä pelisääntöjä, jolloin esimerkiksi murrosikäisen vedotessa siihen, että ”kaikki muutkin saavat” tehdä jotain, tietävät vanhemmat, että näin ei kuitenkaan ole. (Taskinen 2004, 11–12.) Eräissä kouluissa vanhemmat olivat keskenään sopineet soittoringistä, jossa kaikkia vanhempia informoidaan, jos joku oppilas järjestää esimerkiksi kotibileet. Olen kuullut myös erilaisista kimppakyyditsemisistä, jolloin vanhemmat vuorotellen hakevat ja kuljettavat nuoret kotiin, jos nämä ovat olleet illalla vaikka kaupungilla. Toisilta vanhemmilta voi siis saada apua ja tukea niin kasvatus kuin käytännön asioissakin. Tämä on hyvä muistaa myös silloin, kun nuoren päihdekokeilut tulevat ajankohtaiseksi, sillä kokeilut tapahtuvat yleensä ryh-

missä, joten oma lapsi ei yleensä ole ainoa, joka on kokeillut tupakkaa, alkoholia tai muuta päihdettä. Jokaisen perheen vanhemmat hoitavat tapauksen tietysti omalla tyylillään, mutta esimerkiksi tupakan poltosta kiinni jääneiden ystävysten vanhemmat voisivat toimia myös yhteistyössä.

## 4 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tavoitteena on kehittää Tampereen Steiner -koululle päihdepuuttumismalli, jolla kaikki päihteiden käyttöön liittyvät tilanteet hoidetaan ammatillisesti, tasapuolisesti ja lakien ja sääntöjen mukaan. Tarkoituksena on luoda malli yhteistyössä koulun opettajien, oppilashuollon, oppilaiden ja näiden vanhempien kanssa siten, että jokaista tahoja on kuultu.

Päihdepuuttumismalli on työväline niin koulun opettajille kuin oppilashuollollekin. Kouluterveydenhoitaja on monesti se henkilö, joka saa tietää joko suoraan oppilaalta itseltään tai jotain toista kautta oppilaan päihteiden käytöstä. Päihdepuuttumismallin avulla terveydenhoitajan (kuten muidenkin asian kanssa työskentelevien) on helpompi viedä asiaa eteenpäin, kun kaikki tarvittava on kirjattu ylös.

Aiheen rajaus ja kysymykset, joihin työllä haetaan vastauksia:

Miten toimitaan, jos nousee huoli oppilaasta tai on syytä epäillä tämän

- käyttävän päihteitä
- olevan päihtyneenä koulussa
- pitävän hallussaan huumeita tai alkoholia
- tupakoivan kouluaikana/koulualueella
- myyvän tai välittävän päihteitä koulussa
- altistuvan kotona vanhempien/hoitajien päihteiden käytölle, joka vaarantaa hänen kasvunsa ja kehityksensä

Työ rajautuu siis päihteidenkäyttö- ja käyttöepäilytilanteisiin, joskin mukaan voi mahtua myös vinkkejä ennaltaehkäisevään päihdetyöhön toteutettavaksi kouluyhteisössä.



## 5 PÄIHDEPUUTTUMISMALLIN KEHITTÄMISPROSESSI

### 5.1 Mallin suunnittelu ja aikataulu

Otin yhteyttä Tampereen Steiner –koulun yläluokkien terveystiedon opettajaan keväällä 2009 ja tapasimme asian tiimoilta. Sovimme eteneväni siten, että laadin opettajakunnalle pienimuotoisen kyselyn, jolla kartoitetaan opettajien ajatuksia muun muassa päihdepuuttumismallin tarpeellisuudesta. Kyselyyn vastattiin alkukesästä 2009 ja loppukesällä kävin opettajakunnassa esittelemässä tuloksia ja keskustelemassa päihdemallin toteuttamisesta. Samalla sovittiin myös työryhmästä, joka osallistuisi päihdepuuttumismallin kehittämiseen. Työryhmä muodostui kouluterveydenhoitajasta, koulukuraattorista, alaluokkien erityisopettajasta ja yläluokkien terveystiedonopettajasta, joka oli siis prosessissa mukana alusta lähtien.

Ensimmäinen tapaaminen oli marraskuussa 2009. Olin siihen mennessä työn toteutusta pohtiessani joutunut toteamaan, että vaikka ennaltaehkäisevän päihdetyön kehittäminen olisi erittäin tärkeää, ei opinnäytetyöni laajuus valitettavasti riittäisi huomioimaan sitä kovin syvällisesti. Niinpä aloimme työryhmän kanssa suunnitella nimenomaan päihdepuuttumismallia ja kannustin koulun omaa väkeä pohtimaan keinoja ennaltaehkäisevään työhön. Keskustelimme päihteisiiin liittyvistä tilanteista, joita koulussa oli tullut tai voisi tulla vastaan, ja sitä kautta hahmottelimme millaisiin asioihin päihdepuuttumismallissa tulisi kiinnittää huomiota. Muotoilimme kysymykset, joihin mallilla haettaisiin vastauksia sekä sovimme, että seuraavaan tapaamiseen mennessä selvittäisin vastaukset muutamia esille nousseisiin kysymyksiin. Lupasin myös selvittää pienimuotoisen kyselyn avulla koulun opettajien, oppilaiden ja näiden vanhempien ajatuksia päihdepuuttumismallista. Kyselystä ja sen toteutuksesta lisää kappaleessa 5.2.2.

Helmikuun 2010 puolivälin tienoille sovittu seuraava tapaaminen oli ilmeisesti unohtunut osalta työryhmän jäseniä, mutta minun onnekseni edes terveystiedon opettajalla oli aikaa tavata, ja sain kerrottua uusimmat tietoni ja ajatukseni. Tulimme siihen tulokseen, että päihde-epäilytilanteissa, kuten muissakin päihdepuuttumismalliin kirjatuissa tilanteissa, koulukuraattori ja terveydenhoitaja ovat ne henkilöt, jotka alkavat työskennellä oppilaan ja asian parissa. Heillä molemmilla on lapsen ja nuoren kasvuun ja kehitykseen liittyvää asiantuntemusta, ja tämän lisäksi terveydenhoitaja vastaa terveyteen, ja kuraattori sosiaalipuoleen liittyvistä asioista.

Muutaman viikon kuluttua tästä meillä oli yhteispalaveri terveystiedon opettajan ja kuraattorin kanssa ja kävimme läpi toimintatapoja ja vastuunjakoja, jotka kirjattaisiin päihdepuuttumismalliin. Koska oppilashuolto-ryhmällä oli pian tulossa koulutuspäivä, sovimme, että menisin esittelemään mallin alustavaa versiota sinne. Aikaa tähän oli vajaa kaksi viikkoa ja sinä aikana luonnostelin vastaukset aiemmin laadittuihin kysymyksiin. Osa asioista oli tullut esiin keskusteluissa koululla, osaan kysyin neuvoa

Tampereen kaupungin opiskelijaterveydenhuolloista ja koulupoliisilta. Kävin läpi myös netistä löytämiäni eri koulujen (esimerkiksi Hartolan yhtenäiskoulun ja Kotkan koulujen) päihdestrategioita ja puuttumismalleja, ja täydensin omaa malliani niiden tietojen pohjalta.

Maaliskuussa 2010 esittelin ensimmäisen version päihdepuuttumismallista oppilashuoltoryhmälle. Teimme muutamia korjauksia tietoihin ja sovimme lopullisen mallin ulkonäöstä. Pyrkimyksenä oli tehdä siitä mahdollisimman selkeä ja helppolukuinen. Mallin perään olin lisännyt eri auttavien tahojen yhteystietoja, ja sovimme, että myös neuvot päihteiden käytön tunnistamisesta voisivat olla hyödyllinen lisä niin vanhemmille kuin opettajillekin.

## 5.2 Tiedonhaku päihdepuuttumismallin kehittämiseen

Olen käyttänyt tiedonhakuun Google-hakukonetta, joka on tällä hetkellä maailman suurin hakukone (Karhula 2009) ja tarjoaa laajan kirjon erilaisia lähteitä. Lähdekritiikin harjoittaminen on siis ollut välttämätöntä. Googlen kautta löysin muun muassa eri oppilaitosten päihdemalleja. Terveysportin lääkärin ja sairaanhoitajan tietokannat antoivat hoitotyön näkökulmaa, Sosiaaliportista löysin sosiaalipuolen asiantuntemusta. Tutkin myös kotimaista Arto-artikkelitietokantaa ja kansainvälistä PubMed tutkimustietokantaa. Hakusanoina olen käyttänyt muun muassa työn keskeisiä käsitteitä, sekä etsinyt tietoa kirjoista. Finlex-lakitietokannassa olen tutustunut työn kannalta keskeisiin lakeihin.

Lähdetekstit valitsin niiden ajankohtaisuuden, informatiivisuuden sekä luotettavuuden mukaan. Esimerkiksi nuuskaa käsittelevä Nuuska.fi verkkosivusto (Pälvinmäki & Haavisto 2009a, 2009b) antoi monista oppikirjoista poikkeavaa tietoa nuuskan terveysvaikutuksista, mutta koska siellä viitattiin valideihin tutkimuksiin, esimerkkinä Karoliinisen instituutin tutkimus, johon aiemmin viittasin (Roosaar 2006), halusin tuoda tiedot esiin.

## 5.3 Menetelmät päihdepuuttumismallin kehittämiseen

Olen tehnyt opettajille kaksi, ja oppilaille ja vanhempainyhdistykselle yhden pienimuotoisen kyselyn, joiden tarkoitus on ollut herätellä heitä pohtimaan koulun roolia päihdekasvatuksessa ja päihdepuuttumisessa, sekä kertomaan omia näkemyksiään siitä, mitä päihdepuuttumismallin tulisi pitää sisällään. Kun ihmisillä on mahdollisuus osallistua ratkaisemaan itseään koskettavia ongelmia, he ovat loppuratkaisuun tyytyväisempiä ja sitoutuvat siihen paremmin (Smith & Maurer 2009, 434). Osittain tarkoitus oli myös kyselyn avulla tiedottaa kouluyhteisöä päihdepuuttumismallin kehitysprosessista. Opettajathan olivat siitä tietoisia jo alusta alkaen, mutta lopputuloksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että kaikki, joita malli jollain tavoin koskettaa, eli myös oppilaita sekä näiden perheitä, ovat saaneet tilaisuuden osallistua sen kehittämiseen.

Kyselyiden vastauksista tein itselleni yhteenvedon työryhmätapaamista varten, jossa hahmottelimme tietojen pohjalta koulun näkökulmaa ja tarpeita päihdepuuttumismallin suhteen. Olen kirjoittanut joitakin keskeisimpiä vastauksia seuraaviin lukuihin, joissa käsittelen kyselyitä laajemmin. Työn eri vaiheissa olen käynyt esittelemässä sitä opettajakunnan kokouksessa ja oppilashuoltoryhmässä ja kehittänyt sitä saadun palautteen mukaan. Myös alan kirjallisuuteen ja muiden koulujen päihdesuunnitelmiin tutustuminen on ollut suureksi avuksi työn suunnittelussa.

### 5.3.1 Kysely opettajakunnalle päihdepuuttumismallin tarpeellisuudesta

Ensimmäiseksi, loppukevällä 2009, tein pienimuotoisen kyselyn (liite 1) opettajakunnalle selvittääkseni opettajien mielteitä liittyen koulun rooliin päihdetyössä, sekä tuodakseni esiin ajatusta tekeillä olevasta päihdepuuttumismallista, joka silloin tosin kulki vielä nimellä päihdestrategia.

Kysymykset pohjautuivat alan kirjallisuudesta (Pirskanen 2007; Kylmänen 2006; Havio ym. 2008) esiin nousseisiin asioihin sekä omiin kokemuksiini. Niiden tarkoitus oli selvittää, millainen käsitys opettajilla on koulun päihdetilanteesta ja tilanteisiin puuttumisesta sekä kokevatko he tarvetta päihdestrategialle. Yhdessä kysymyksessä toin esiin mitä päihteillä käsitetään ja tiedustelin mitkä niistä olisi tärkeää huomioida päihdepäihdestrategiassa. Muutamassa kysymyksessä otin esiin ennaltaehkäisevän päihdetyön näkökulmaa ja lopuksi annoin tilaa kirjoittaa omia ajatuksia ja huomioita. Pyrin muotoilemaan kysymykset niin spesifisti, että väärinymmärtämisen vaaraa ei olisi, vaan saisin jokaiseen kysymykseen kysymyksenasettelua vastaavan vastauksen. Varmistaakseni, että kysymyksiin voi vastata laajemminkin, mikäli asia herättää enemmän ajatuksia, tein kysymyksistä avoimia ja kehotin jatkamaan vastausta toiselle puolelle paperia, mikäli tila muutoin loppuu.

Kysymykset olivat seuraavat:

1. Koetko, että päihdestrategia on koululle tarpeellinen? Miksi?
2. Kenen puoleen kääntyisit, jos kuulisit jonkun oppilaan käyttäneen päihteitä? Kuka asiaa alkaisi selvittää?
3. Päihteiksi lasketaan tupakka, alkoholi, huumeet ja päihtymistarkoituksessa nautitut lääkkeet. Mitkä näistä Sinun mielestäsi pitäisi sisällyttää päihdestrategiaan?
4. Pitäisikö päihdestrategiassa keskittyä määrittelemään vain puuttumiskeinoja, vai myös ennaltaehkäisyä (päihdekasvatus)?
5. Millä luokka-asteella päihdekasvatus tulisi Sinun mielestäsi aloittaa?
6. Jos jotain tulee vielä mieleen aiheeseen liittyen, niin tähän voi kirjoittaa!

Koska kyselyn tarkoituksena oli lähinnä tukea päihdepuuttumismallin laatimista eikä olla varsinainen tutkimus, ei erityistä tutkimuslupahakemusta kirjoitettu. Toimitin kyselylomakkeen koulun vuosirehtorille ja hän jakoi sitä eteenpäin opettajille opettajien ensimmäisessä kesäkokouksessa kesäkuun alussa. Vastaaminen oli vapaaehtoista ja tapahtui nimettömästi.

Sain vastaukset, joita oli yhteensä 39, takaisin seuraavalla viikolla ja kesän 2009 aikana kävin niitä läpi. Vastauksista selvisi, että 37 opettajaa 39:stä piti päihdestrategiaa tarpeellisenä. Sitä perusteltiin muun muassa seuraavin tavoin:

*”Hyvä olla toimintamalli, jonka pohjalta toimia.”*

*”Selkeyttäisi ongelmatilanteissa.”*

*”Useita [päihde]tapauksia ilmennyt jo vuosien ajan.”*

*”Ongelmia on.”*

Kysymys numero 2:n kohdalla kysymyksenasettelu jäi ehkä hieman hataraksi, sillä se piti oikeastaan sisällään kaksi kysymystä (*kenen puoleen kääntyisit? Ja kuka alkaisi selvittää tilannetta?*) Monet kirjoittivat vastaukseen useamman tahon, joihin olisivat yhteydessä erittelemättä näiden roolia kuitenkin sen tarkemmin. Vastauksista oli kuitenkin nähtävillä käytäntöjen laaja kirjo siitä, keneen otettaisi yhteyttä oppilaan päihdeidenkäyttötilanteessa. Suurin osa, 54 % vastaajista, ottaisi yhteyden terveydenhoitajaan. Luokanopettajaan tai luokanvalvojaan ottaisi yhteyttä miltei puolet, 49 %, koulukuraattoriin 38 % vastaajista. Seuraavaksi eniten yhteydenottoja saivat rehtori (33 %) ja vanhemmat (31 %). Niin opettajakuntaan kuin oppilashuoltoryhmäänkin olisi yhteydessä 13 % vastaajista ja yksittäisiä ääniä saivat myös koululääkäri, koulupsykologi, opinto-ohjaaja, lastensuojeluviranomaiset ja poliisi.

Kolmannessa kysymyksessä kaikki paitsi yksi vastaajista sisällyttäisivät päihdestrategiaan kaikki luetellut päihteet, muutamassa vastauksessa mainittiin lisäksi nuuska.

Kysymyksessä 4 miltei kaikki, 95 % vastaajista, ottaisivat päihdestrategiaan mukaan niin ennaltaehkäisyyn kuin puuttumiskeinotkin. Painopiste vaihteli vastaajan mukaan, kuten seuraavasta voi huomata:

*”Ennaltaehkäisyyn painopiste.”*

*”Ehdottomasti myös puuttumiskeinoja.”*

*”Myös ennaltaehkäisyä ehdottomasti.”*

Yhdessä vastauksessa ehdotettiin päihdekasvatuksen säilyttämistä terveydenhoitajan vastuulle. Vastaaja ei kenties tullut pohtineeksi sitä, pystyykö yksi terveydenhoitaja tekemään vaikuttavaa päihdekasvatustyötä oman perustyönsä ohessa, kun koulussa on kuitenkin yli 600 oppilasta. Oman osansa terveydenhoitaja kuitenkin varmasti tekee ottamalla päihteet puheeksi esimerkiksi terveystarkastusten yhteydessä.

Kysymyksessä 5 vastauksissa oli reippaasti hajontaa sen suhteen, missä iässä päihdekasvatus tulisi aloittaa. Luokkatasot ensimmäisestä kahdeksanteen tuli mainittua, mutta yleisimmin 6.-luokkalaiset tuntuivat vastaajien mielestä olevan sopivassa iässä päihdekasvatuksen vastaanottamiseen. Tosin oivaltavasti oli myös ajateltu kasvatuksen aloittamista ”ikäkauden mukaisesti – jo 1. luokalla” ja ”--- jo ekalla, kysymys on millä tavalla”.

Kuudenteen kysymykseen oli kommentoitu muutamassa vastauksessa aiheen tärkeydestä, voittopuolisesti se oli kuitenkin jätetty tyhjäksi.

### 5.3.2 Kyselyt opettajille, oppilaille ja vanhemmille päihdepuuttumismallin kehittämistä varten

Kyselyn tarkoitus oli paitsi saada tietoa mallin kehittämistä varten, myös informoida oppilaita ja vanhempia työn alla olevasta projektista, sekä palauttaa opettajien mieleen mistä on kysymys. Koska koulussa on niin paljon oppilaita, ja oletettavasti kutakuinkin kaksinkertainen määrä näiden vanhempia, ei minulla ollut mahdollisuutta alkaa selvittää heidän kaikkien ajatuksia erikseen. Niinpä otin yhteyttä sähköpostikirjeitse (liitteet 2, 3 ja 4) yläluokkien oppilaskuntaan sekä vanhempainyhdistykseen ja annoin heidän edustaa koulun oppilaita ja vanhempia. Opettajia lähestyin koulun vuosirehtorin kautta, joka toimitti kysymykset opettajille.

Kirjeessä kerroin päihdepuuttumismallin kehittamisestä ja sen tarkoituksesta sekä esittelin tilanteet, joihin mallissa haetaan vastauksia. Lisäksi siinä oli avoimia kysymyksiä mallin toteuttamisesta ja päihdekasvatukseen liittyvistä asioista. Toimitin kysymykset tammikuun 2010 alussa ja annoin vastaamisaikaa noin kuukauden ajatuksena, että kun meillä oli työryhmän kanssa sovittu seuraava tapaaminen helmikuun puolivälin tietämille, olisi minulla silloin jo vastaukset tiedossa.

Määräaikaan mennessä kuitenkin ainoastaan kaksi kolmesta opettajajaostosta palautti vastauksensa. Muistuteltuani palautuspäivämäärän umpeutumisesta sain vastaukset myös oppilaskunnalta ja vanhempainyhdistykseltä, joten kaiken kaikkiaan vastauksia tuli neljä. Oppilaskunnalla ja vanhempainyhdistyksellä oli mahdollisuus hoitaa kysymyksiin vastaaminen joko itsenäisesti tai kerätä vastauksia oppilailta / vanhemmilta laajemminkin. Saamistani vastauksista ei käynyt ilmi miten he olivat menetelleet, eikä niistä voinut päätellä kuinka monta henkilöä vastauksia oli antanut, sillä ne toimitettiin minulle toivomukseni mukaisesti helposti luettavassa, yhteenvedonomaisessa muodossa.

Päihdepuuttumismallia koskevat kysymykset olivat

1. Kenen tulisi selvittää päihde-epäilyasiaa oppilaan kanssa? (Luokanvalvojan, terveydenhoitajan, rehtorin..?)
2. Miten tupakointikiellon rikkomisesta pitäisi rangaista?
3. Tuleeko mieleen tilanteita, jotka yllä mainittujen lisäksi olisi hyvä liittää malliin?
4. Muita mietteitä, huolia, ideoita?

Vastauksissaan opettajat, oppilaat ja vanhemmat olivat hyvin samoilla linjoilla. Kysymyksessä 1 asiaa toivottiin selvittämään luokanopettajaa / -valvojaa, terveydenhoitajaa ja koulukuraattoria. Vanhemmat haluavat luonnollisesti myös olla asiassa mukana. Kysymykseen 2 tuli yksi suora toimenpide-ehdotus. Siinä ehdotettiin, että peruskouluikäisille annettaisiin

ensimmäisestä kerrasta jälki-istuntoa ja ilmoitus kotiin. Toisella kerralla seuraamukset olisivat puhuttelu, jälki-istunto ja ilmoitus kotiin ja kolmannella kerralla varoitus. Lukioikäisten kohdalla oli kysymysmerkki. Kysymykseen 3 ei tullut yhtään vastausta. Kysymyksen 4 kohdalla opettajat kantoivat huolta yläluokkien oppilaiden nuuskan käytöstä ja oppilaat siitä, kenen puoleen voi kääntyä, jos on murheita tai ongelmia päihdeiden käytössä. Esiin nostettiin myös opettajien päihdeongelmat ja miten sellaisissa tilanteissa toimitaan.

Ennaltaehkäisevään päihdetyöhön liittyvät kysymykset olivat jokaiselle ryhmälle hieman erilaiset, mutta niiden tarkoitus oli selvittää toivomuksia koulun ennaltaehkäisevästä päihdetyöstä ja sitä, onko oppilailla, vanhemmilla ja opettajilla tarpeeksi tietoa päihteistä. Kaikissa vastauksissa toivottiin lisää tietoa ja esiin nostettiin ajatus päihdekasvatuksen teemapäivästä. Oppilailta tuli toivomus ulkopuolisesta luennoitsijasta tai esimerkiksi päihdepaneelistä, vanhemmat toivoivat yhteistä tilaisuutta opettajien kanssa teemalla päihdeiden käyttö ja käytön tunnistaminen. Päihdekasvatuksen nähtiin olevan kaikkien yhteinen asia, mutta vastuunjako on tällä hetkellä vähän epäselvä.

Kyselyiden vastaukset tukivat työryhmän kanssa suunniteltuja linjoja mallin kehittämistä. Ennalta ehkäisevään työhön liittyvät ajatukset ja toiveet vein eteenpäin koululle, jossa toivottavasti aletaan kehittää ennalta ehkäisevää päihdetyötä niiden pohjalta.

### 5.3.3 Päihdepuuttumismallin toteutus

Lähtökohtana päihdepuuttumismallin toteutukselle oli lopputuloksen selkeys ja helppolukuisuus. Päädyimme oppilashuoltoryhmän kanssa yksinkertaiseen aktiviteettikaavioon muotoon. Kaavion otsikko toimii alkupisteenä, joka kertoo millaisesta tilanteesta on kysymys. Esimerkiksi: ”Epäily päihdeiden hallussapidosta”. Sitä seuraavat toiminnot on laitettu kukin omaan laatikkoonsa, ja kaaviossa edetään johdonmukaisesti laatikko kerrallaan toiminnosta toiseen nuolten ohjaamana.

Päihdepuuttumismallin alkuosaan, ennen toimintakaavioita, on kirjattu joitakin seikkoja, jotka saattavat viitata päihdeiden käyttöön. Nämä ovat suoraan poimintoja työni teoria osuudesta. On kuitenkin ehdottoman tärkeää muistaa, että osa esiin nostetuista asioista voi kertoa aivan tavallisesta murrosiän kuohunnasta, joten liian suoraviivaisia johtopäätöksiä ei pidä tehdä. Mallin loppuosaan on liitetty eri tahojen yhteystietoja. Suurimmassa roolissa ovat oppilaiden kotikuntien sosiaalityöntekijöiden puhelinnumerot ja soittoaajat, sillä melkein kaikissa päihdepuuttumismallin tilanteissa tulee ottaa yhteys lastensuojeluun. Yleensä se on kouluterveydenhoitajan tai kuraattorin tehtävä, joten ajantasainen yhteystietolista helpottaa heidän työtään.

Sosiaalityön yhteystietojen lisäksi mallissa on mukana joidenkin auttavien tahojen yhteystietoja. Oli haastavaa rajata mitä tietoa päihdemalliin laittaa,

kun auttavia tahoja on – onneksi – niin paljon. Lopulta päädyin ottamaan mukaan vain ns. akuutissa tilanteessa auttavat tahot, kuten nuorten päihde- ja mielenterveysongelmissa auttavat toimijat, sekä muutamia nuoriso-, perhe- ja kriisityötä tekevät tahoja. Olen kerännyt tiedot Internetistä kuntien ja järjestöjen omilta verkkosivuilta.

#### 5.3.4 Päihdepuuttumismallin käyttöönotto

Kävin esittelemässä päihdepuuttumismallin Steiner-koululla ja seuraavaksi malli menee opettajakunnan tarkasteluun. Heillä saattaa olla tarvetta tehdä vielä joitain muutoksia malliin ennen kuin se otetaan käyttöön. Käyttöönotto tapahtuu syyslukukauden 2010 alussa, jolloin oppilaita ja näiden vanhempia informoidaan mallin olemassaolosta ja jatkossa malli on tarkoitus kerrata jokaisen lukuvuoden alussa. Sen lisäksi kirjoitan vielä artikkelin päihdepuuttumismallista (liite 6) koulun tiedotuslehteen, joka ilmestyy toukokuussa.

Mallista tulee luonnollisesti kopiot terveydenhoitajan, kuraattorin ja opettajien saataville, mutta se tulee esille myös Steiner-koulun Internet-sivuille, josta se on helposti kaikkien luettavissa. Jatkossa koulun tulee itse sopia kuka mallia päivittää ja kuinka usein, jotta sen tiedot ovat ajan tasalla.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Eettisyys

Päihdetyö sisältää niin terveyttä edistävän ennaltaehkäisevän puolen kuin korjaavan, päihdeongelmien hoitamiseen keskittyvän puolenkin. (Havio ym. 2008, 9.) Koska opinnäytetyöni keskittyy oikeastaan näiden kahden puolen rajapintaan, varhaiseen tunnistamiseen ja ongelmiin puuttumiseen, peilaan tässä aiheeseen liittyvää niin terveyden edistämisen kuin hoitamisenkin etiikkaa.

Yksi keskeisimmistä eettisistä periaatteista terveydenhuollossa on ihmisarvon kunnioittaminen, toinen on itsemääräämisoikeus. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 18.) Itsemääräämisoikeutta on alaikäisillä jossain määrin rajoitettu jo lainkin puolesta esimerkiksi alkoholin ja tupakan myynnin ja käytön suojaikärajoilla. Muutenkin yleisesti katsotaan, että vanhemmilla on korkein sananvalta lapsensa asioihin. Terveydenhoitohenkilökunnan tulee kuitenkin huomioida myös alaikäisen potilaan/asiakkaan itsemääräämisoikeus ja kunnioittaa sitä antamalla lapselle/nuorelle mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet 1996.) Haastavaa onkin kuinka antaa alaikäiselle tunne siitä, että hänellä on vaikuttamisen mahdollisuus omiin asioihinsa, mikäli hänen tahtonsa on hyvin poikkeava siitä, minkä aikuiset näkevät hänelle hyväksi. Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa (1996), joita voi hyvin soveltaa myös terveydenhoitajaan, todetaan, että hoitajan tehtävä on suojella ihmiselämää ja edistää yksilöllistä hyvinvointia. Näin voidaan ajatella, että puuttumalla lasta tai nuorta vahingoittavaan käyttäytymiseen, kuten päihteiden käyttö, häntä suojellaan ja hänen hyvinvointiaan edistetään pidemmällä aikavälillä.

Terveyden edistämisessä yksi keskeinen eettinen ongelma on eri väestöryhmien välille epäoikeudenmukaisesti jakautuneet terveyserot. Vähemmän koulutettujen ihmisten elintavat ovat epäterveellisemmät kuin korkeasti koulutetuilla ja ilmiö on maailmanlaajuinen. (Pietilä ym. 2010, 21.) Näin voidaan ajatella, että kouluissa tehtävä terveyden edistämistyö on hyvin arvokasta yksilön tulevaisuuden kannalta. Ja mikäli varhaisella päihdepuuttumisella saadaan estettyä yhdenkin oppilaan opintojen keskeytyminen, voivat vaikutukset ulottua pitkälle tulevaisuuteen, sillä Pietilän ym. (2010, 21) sanoin ”syrjäytyminen, kouluttamattomuus ja sosiaalisten verkostojen puute periytyvät”.



## 6.2 Luotettavuus

Projektimuotoisen opinnäytetyön luotettavuutta voi parantaa lähinnä tarkalla raportoinnilla. Olen pyrkinyt kirjoittamaan auki kaikki toimet, jotka opinnäytetyön työstämiseen ovat liittyneet tapaamisineen ja kyselyineen, jotta työn vaiheista saataisi mahdollisimman perusteellinen käsitys.

## 6.3 Luodun päihdepuuttumismallin suhde opinnäytetyön teoriaosuuteen

Teoriaosuudessa olen käsitellyt erilaisia päihteitä ja niihin liittyviä asioita melko laajasti, mutta varsinaiseen päihdepuuttumismalliin niitä ei erikseen ole kirjattu. Tarkoituksena on, että Tampereen Steiner -koululle tulee varsinaisen päihdepuuttumismallin lisäksi muutama kappale näitä opinnäyteitä, joita voi tarpeen vaatiessa käyttää tietolähteinä. Teoriatieto on kuitenkin luonut pohjan mallille. Tästä esimerkkinä vaikkapa Kouluterveyskyselystä (Kouluterveys 2009 -kysely 2010) esiin tullut tieto suuresta joukosta nuoria, jotka kokevat läheisen alkoholinkäytön haitaksi omassa elämässään. Tämä - jos ei nyt varsinaisesti velvoittanut - niin ainakin antoi perustellun syyn liittää päihdepuuttumismalliin myös kotona tapahtuva altistuminen päihteiden käytölle. Koulu kun on kodin lisäksi toinen paikka, josta lapsen ja nuoren tulisi saada turvaa ja tukea elämäänsä, ja kokemus siitä, että ympärillä on aikuisia, jotka haluavat auttaa ja välittävät.

Päihdepuuttumismallin tupakointiin liittyvä ohjeistus on melko väljä. Se jätettiin sellaiseksi oppilashuoltoryhmän toivomuksesta säilyttää alaluokkien luokanopettajilla oikeus päättää itse omien oppilaidensa rankaisemisesta. Näin rangaistukset voidaan mukauttaa suhteessa oppilaan persoonallisuuteen ja kouluvuoden tapahtumiin (esimerkiksi luokkaretki) ja niistä voi näin tulla vaikuttavampia kuin automaattisesti lankeavasta jälki-istunnosta. Oppilaille, vanhemmille ja opettajille tekemässäni kyselyssä-  
hän tiedustelin kuinka tupakoinnista tulisi rankaista. Vastaukseksi sain yhden toimenpide-ehdotuksen, joka ilmeisesti on ollut koulun tähänastinen käytäntö tupakointirikkomuksissa. Se ei kuitenkaan lopulta päätynyt malliin näkyville, mutta opettajien ja luokanvalvojen tulee jatkossa huomioida se harkitessaan rangaistusta.

## 6.4 Pohdintaa päihdepuuttumismallista

Päihdepuuttumismalli on työväline koulun oppilashuollon käyttöön. Sitä on pyritty kehittämään yhteistyössä opettajien, vanhempien ja oppilaiden kanssa, mutta eteen saattaa tulla tilanteita, jolloin huomataan, että jokin asia toimii paremmin toisella tapaa, kuin mallissa on määritelty. Siksi onkin tärkeää muistaa, että jokainen oppilas ja tilanne on omanlaisensa. Mallin tarkoitus on luoda toiminnalle runko, joka ohjaa opettajia, terveydenhoitajaa ja kuraattoria ottamaan huomioon keskeiset asiat päihteisiin liittyvissä tilanteissa. Niiden lopullisessa selvittelyvaiheessa jokainen toimii kuitenkin oman tietonsa ja taitonsa mukaan, ottaen huomioon oppilaan ja tilanteen erityispiirteet.

Terveydenhoitajan osalta koululla on juuri tänä keväänä ollut hieman poikkeava tilanne, sillä koulun oma terveydenhoitaja oli jäämässä vuoden vuorotteluvapaalle kevätlukukauden puolivälissä ja sijaiseksi oli tulossa uusi henkilö, jolla ei ole aiempia kytköksiä Steiner-kouluun. Näin terveydenhoitaja ei ole ollut mallin suunnittelussa yhtä suuressa roolissa kuin alun perin ajattelin. Muutoinkaan, kenties Steiner-koulun erityisluonteesta johtuen, työ ei painotu kovin voimakkaasti vain kouluterveydenhoitajan toimintaan, sillä yhteistyökoulussani vastuuta oppilaiden hyvinvoinnista kannetaan ja jaetaan laaja-alaisesti.

Edellä mainitusta syystä kenties itsellenikin on ollut ajoittain haastavaa muistaa pitää yllä terveydenhoitajan näkökulmaa työskentelyssä. Saatavilla olevaa materiaalia on myös niin paljon, että työtä on ollut vaikea rajata. Koko ajan tuntuu löytyvän uusia mielenkiintoisia asioita, joita työssä voisi hyödyntää, mutta koska raja on johonkin vedettävä, täytyy vain yrittää elää sen asian kanssa, että monet hyödylliset asiat jäävät työstä pois. Monta kertaa olen myös ajatellut jotakin lähdeettä selatessani, että kunpa olisin saanut sen käsiini jo työn aiemmassa vaiheessa. Mutta kenties asian ydin onkin siinä, että luultavasti silloin en olisi ymmärtänyt sen arvoa samaan tapaan kuin nyt. On hauska huomata kehittyneensä monella tapaa. Tietoa on tullut lisää, kriittinen ajattelu ja tiedonhakukyvyt ovat kehittyneet ja käsitys pitkäjänteisestä työskentelystä on saanut aivan uuden ulottuvuuden.

Olen puurtanut tämän opinnäytetyön parissa henkisesti jo useita vuosia, sillä valitsin aiheen jo syksyllä 2007. Siitä lähtien olen kartuttanut tietoa liittyen päihteisiin ja esimerkiksi ollessani harjoitteluvaihdossa Yhdysvalloissa tein kaikki sikäläiset koulutyöt päihdetyön näkökulmasta. Kokonaisuutena työn tekeminen on ollut mielenkiintoista ja haastavaa, mutta raskasta. Prosessin aikana olen joutunut moneen otteeseen pohtimaan omaa suhdettani päihteisiin ja aika-ajoin kirjoittaessani teoriaosuutta esimerkiksi eri huumausaineista, tunsin suoranaista pahoinvointia ja pökerrytystä kaikkien haittavaikutusten ja vieroitusoireiden suhteen. Aihe on siis mennyt suorastaan ihon alle ja varmasti muuttanut minua jonkin verran ihmisenä. On kuitenkin ollut kiitollista työstää aihetta, jota kaikki pitävät tärkeänä ja merkittävänä, mutta toisaalta oma ajoittainen väsymiseni aiheeseen on välillä turhauttanut. Steiner-koululaisten, ohjaajani ja ystävien positiivinen kannustus on kuitenkin ollut arvokasta ja vaikuttanut omalta osaltaan siihen, että olen vihdoinkin kirjoittamassa työn viimeisiä kappaleita. Haluan kiittää heitä kaikkia tuesta.

## LÄHTEET

Ahlström, S., Huhtanen, P., Leppänen, M., Metso, L. ja Pietilä E. 2009. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. ESPAD-tutkimusten tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2009. Jyväskylä. <URL:<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/1bdd2d77-b36d-499c-b8dedd714abf80d8>> 1.2.2010

Alkoholi. 2006. <URL: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Alkoholi>> 11.2.2010

Alkoholilaki 8.12.1994/1143 <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19941143> > 18.2.2010

Asetus toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 25.2.1977/225 <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1977/19770225>> 7.4.2010

Dahl, P. & Hirschovits, T. 2005. Tästä on kyse – tietoa päihteistä. 4., uudistettu painos. Helsinki: YAD Youth Against Drugs ry.

Dahlström, M. 1983. Steinerkoulun keskeisiä piirteitä. Helsinki: Suomen antroposofinen liitto.

Dahlström, M. 2008. Ajatuksia pienten lasten vanhemmille steinerpedagogiikan näkökulmasta. 2., kokonaan tarkistettu painos. Tallinna: Suomen antroposofinen liitto.

Dunderfelt, T. 1999. Elämänkaari psykologia. 9.-11. painos. Porvoo: WSOY.

ESPAD 2010. <URL: <http://www.espad.org/finland>> 24.2.2010

Hartolan yhtenäiskoulun päihdeohjelma ja päihdetoimintamalli 2009. <URL: <http://www.hartola.fi/sivistys/perusopetus/lomakkeet/paihdeohjelma.pdf>> 24.4.2010

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5., uudistettu laitos. Jyväskylä: Tammi.

Himberg, E., Laakso, J., Peltola, R., Näätänen, R. & Vidjeskog, J. 2000. Kehittyvä ihminen. 1.-2. painos. Porvoo: WSOY.

Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L., Rimpelä, A. & Rimpelä M. 2007. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2007:63. Helsinki.

Huoponen, K., Peltonen, H., Mustalampi, S & Koskinen-Ollonqvist, P. 2000. Päihteidenkäytön ehkäisy. Opas koulujen ja sidosryhmien yhteistyöhön. Opetushallitus.

Huovinen, M. 2004. Tupakka. Jyväskylä: Duodecim.

Huumausainelaki 30.5.2008/373 <URL:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2008/20080373>> 18.2.2010

Kantomaa, R. 2009 Koukuttavat energiajuomat. Tv ohjelma 45 minuuttia, esitetty 14.1.2009. <URL:  
<http://www.katsomo.fi/?progId=3671&itemId=1089#154833>> 11.2.2010

Karhula, P. 2009. Internet tiedonhaku. Hakukoneet. Eduskunnan kirjasto. <URL:  
<http://lib.eduskunta.fi/dman/Document.phx?documentId=wk11909111419165&cmd=download>> 28.4.2010

Kivistö, K., Jahnukainen, M., Mustalampi, S., Rantala, K. & Tammi, T. 2000. Nuorten huumeiden käytön ehkäisytoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 2000:3. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kotkan koulujen puuttumismalli päihteiden käyttöön 2008. <URL:  
<http://www.kotka.fi/showattachment.asp?ID=11154&DocID=2388>> 24.4.2010

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. 2002. Stakes, oppaita 51. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. <URL:  
[http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Oppaita51\\_2002.pdf](http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Oppaita51_2002.pdf)> 22.4.2010

Kouluterveys 2009 -kysely. 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000luvulla. Muut päihteet. Stakes. <URL:  
<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2009/kokomaa2009/index.htm>> 8.4.2010

Kylmänen, P. 2005. Kun kaikki muutkin... Nuorten ehkäisevä päihdetyö. Tampere: Tammi.

Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi 13.8.1976/693 <URL:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1976/19760693>> 7.4.2010

Lamberg, M., Kattelus, M. & Mukala, K. 2001. Huumetestityöryhmän väliraportti 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2001/18. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <URL:  
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys25.htm>> 11.4.2010

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihdeet – ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY.

Lastensuojeluilmoitus 2010. Sosiaaliportti. <URL: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/lastensuojelunkasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluntarve/lastensuojeluilmoitus/> > 7.2.2010

Lastensuojelulaki 2007. 13.4.2007/417 <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>>18.2.2010

Lehtonen, L. 2006. Suositus huumeestauksen suorittamisesta. Luento 2008. Laaduntarkkailupäivät.

Leskinen, M. 2001. Kokeilijasta käyttäjäksi ja hoitoon: huumeiden käyttäjän tunnistaminen ja kohtaaminen. Teoksessa Suomi ja huumeet. Tietopaketti huumeista 3., uudistettu painos. Irti huumeista ry, Keskusrikospoliisi, Opetushallitus, Suomen vakuutusyhtiöiden Keskusliitto ja Stakes. 60-75

Lukiolaki 21.8.1998/629 <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980629>> 15.3.2010

Luumi, P. 2008. Lapsen hyvä elämä. Lyhenevä vai katoava lapsuus. Yhdessä elämään. <URL: [http://www.yhdessaelamaan.fi/index2.php3?file=tekstit/pentti\\_luumi.html](http://www.yhdessaelamaan.fi/index2.php3?file=tekstit/pentti_luumi.html) > 22.4.2010

Lääkkeet. 2006. <URL: <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Laakkeet>> 15.2.2010

Malinen, A. 2003. Kartoitus alkoholikorvikkeiden käytöstä Suomessa vuonna 2002. Sosiaali ja terveysministeriön selvityksiä 2003:3. Helsinki. <URL: <http://pre20090115.stm.fi/pr1064394542155/passthru.pdf>> 14.2.2010

McGrath, J., Welham, J., Scott, J., Varghese, D., Louisa Degenhardt, L., Hayatbakhsh, M. R., Alati, R., Williams, G. M., Bor, W. & Najman, J. M. 2010. Association Between Cannabis Use and Psychosis-Related Outcomes Using Sibling Pair Analysis in a Cohort of Young Adults. <URL: <http://archpsyc.ama-assn.org/cgi/content/full/2010.6v1?maxtoshow=&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=cannabis&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT#AUTHINFO>> 8.3.2010

Nurminen, M-L. 2004. Lääkehoito. 4.-6. painos. Juva: WSOY.

Paalasmaa, J. 2009. Omassa rytmissä. Steinerkoulun idea ja käytännön sovellukset. Juva: PS-kustannus.

Partanen, J. Huumeet maailmalla ja Suomessa. 2002. Teoksessa Hakkarainen, P. & Kaukonen, O. (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus. 13–37.

Patja, K., Iivonen, K & Aatela, E. 2005 Pystyt kyllä – eroon tupakasta. Jyväskylä: Duodecim.

Perusopetuslaki 21.8.1998/628. <URL: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628>> 15.3.2010

Perustiedot kouluterveyskyselystä. 2009. Stakes. <URL: <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/perustiedot/index.htm>> 1.2.2010

Pietilä, A-M, Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveiden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Pietilä, A-M. (toim.) 2010. Terveiden edistäminen. Teorioista toimintaan. WSOYpro Oy.

Pietilä, K. 2003. Nikotiini. Teoksessa Salaspuro, M., Kiiänmaa, K. & Sepä, K. (toim.) Päihdelääketiede. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim. 419-429.

Pirkanen, M. 2007. Nuorten päihdehaittojen edistäminen –varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Kuopion yliopisto, hoitotiede. Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 140. Väitöskirja.

Pohjoismainen alkoholitilasto 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 20/2009. <URL: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr20\\_09.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr20_09.pdf)> 11.2.2010

Pälvinmäki, E & Haavisto, M. 2009a. Nuuska ja terveys: tutkimustieto ja uutisoinnin ongelmat. Johdanto. <URL: <http://nuuska.fi/#johdanto> > 7.4.2010

Pälvinmäki, E & Haavisto, M. 2009b. Nuuska ja terveys: tutkimustieto ja uutisoinnin ongelmat. Nuuska ja suusyöppä. <URL: <http://nuuska.fi/suusyopa/> > 10.4.2010

Rainio, S., Pere, L., Lindfors, P., Lavikainen, H., Saarni, L. & Rimpelä, A. 2009. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihdeiden käyttö 1977-2009. Nuorten terveystapatutkimus 2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:47. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. <URL: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=D\\_LFE-10634.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D_LFE-10634.pdf)> 7.4.2010

Rimpiläinen, L 2010. Nuoret juovat yhä rankemmin. YLE uutiset 9.1.2010. <URL: [http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/01/nuoret\\_juovat\\_yha\\_rankemmin\\_1353771.html](http://yle.fi/uutiset/kotimaa/2010/01/nuoret_juovat_yha_rankemmin_1353771.html)> 14.2.2010

Roosaar, A. 2006. Oral mucosal lesions, tobacco use and the long-term outcome in a Swedish population. Solna: Karolinska Institutet, Stockholm. <URL: <http://diss.kib.ki.se/2006/91-7140-973-4/thesis.pdf>> 10.4.2010

Räsänen, E., Moilanen, I., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kulmpulainen, K. (toim.) 2004 Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3., uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. <URL: [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)> 26.4.2010

Salasuo, M. & Rantala, K. Huumeiden viihdekäyttö ajankuvana. 2002. Teoksessa Hakkarainen, P. & Kaukonen, O. (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus. 38-67.

Smith, C. M. & Maurer, F. A. 2009. Community Diagnosis, Planning and Intervention. Teoksessa Maurer, F. A. & Smith, C. M. (toim.) Community/ Public Health Nursing Practice. Health for families and populations. Fourth edition. Canada: Saunders elsevier. 431-453.

Soikkeli, M. 2002. Miten puhua huumeista. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Steinerkoulut. <URL: <http://www.steinerkoulu.fi/index.php?page=rakenne>> 12.3.2010

Suhonen, K. (toim.) 2004. Huumeet ja maailma. YK:n kehitystavoitteet ja huumetalouden torjuminen. Työkirja kansainvälisyys- ja huumekasvatukseen. Elämäntapaliitto.

Tampereen Rudolf Steiner koulun johtosääntö. <URL: <http://www.tampereensteinerkoulu.fi/testi/images/stories/johtosnt.pdf>> 26.4.2010

Tampereen Rudolf Steiner -koulun opetussuunnitelma 2009-2010. URL: <<http://www.tampereensteinerkoulu.fi/testi/files/ops%2009-10.pdf>> 4.4.2010

Taskinen, M. 2004. Steinerpedagogiikka. Lapsen ehdoilla aikuisuuteen. Guttenberg: Dialogia oy.

Tiihonen, J. 2004. Stimulantti-riippuvuuden hoidot. Aikakauskirja Duodecim 2004;120(10):1191-2 <URL: [http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=metyylifenidaatti](http://www.terveysportti.fi.proxy.hamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=metyylifenidaatti)> 25.3.2010

Tupakan ainesosat. 2006. Tupakkaverkko. <URL: [http://www.tupakkaverkko.fi/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=29](http://www.tupakkaverkko.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=29)> 7.4.2010

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 28.5.2009/380 <URL:  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090380>> 9.3.2010

Vanhempainyhdistys. 2009. Tampereen Rudolf Steiner -koulu.  
URL:<<http://www.tampereensteinerkoulu.fi/testi/yl>> 6.4.2010



Hei!

Tampereella 24.5.2009

Olen suunnittelemassa terveydenhoitajaopintoihini kuuluvana lopputyönä koulullenne päihdestrategiaa, jonka tarkoituksena on määrittää koulun rooli päihteidenkäyttöepäilyissä ja antaa koulun henkilökunnalle toimintamalli kyseisiin tilanteisiin.

Tämän lisäksi strategiaan on mahdollista sisällyttää esimerkiksi ennaltaehkäisevään päihdetyöhön liittyviä tavoitteita, luokka-astekohtaisia tavoitteita tai esim. määritellä tavoite yhteistyöstä oppilaiden vanhempien kanssa.

Haluaisin alustavasti tietää mielipiteesi liittyen aiheeseen ja toivoisin sinun vastaavan muutamaa alla oleviin kysymyksiin. Vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi. Käsittelem vastaukset luottamuksellisesti ja käytän tuloksia päihdestrategian suunniteluun. Tulen myös kertomaan tuloksista toiseen kesäkokoukseen, jolloin voimme keskustella asiasta lisää.

Terveisin Marja Erdogan

### **Kysely liittyen päihdestrategiaan**

Vastaa jokaiseen kysymykseen. Jos tila loppuu kesken, voit jatkaa toiselle puolelle paperia.

1. Koetko, että päihdestrategia on koululle tarpeellinen? Miksi?

---

---

2. Kenen puoleen kääntyisit, jos kuulisit jonkun oppilaan käyttäneen päihteitä? Kuka asiaa alkaisi selvittää?

---

---

3. Päihteiksi lasketaan tupakka, alkoholi, huumeet ja päihtymistarkoituksessa nautitut lääkkeet. Mitkä näistä Sinun mielestäsi pitäisi sisällyttää päihdestrategiaan?

---

---

4. Pitäisikö päihdestrategiassa keskittyä määrittelemään vain puuttumiskeinoja, vai myös ennaltaehkäisyä (päihdekasvatus)?

---

---

5. Millä luokka-asteella päihdekasvatus tulisi Sinun mielestäsi aloittaa?

---

---

6. Jos jotain tulee vielä mieleen aiheeseen liittyen, niin tähän voi kirjoittaa!

---

---

Kiitos vastauksista ja ihanaa kesää!

**Hyvä oppilaskunta,**

Tampere 4.1.2010

olen valmistumassa terveydenhoitajaksi Hämeen ammattikorkeakoulusta, ja suunnitellen lopputyökseni koululenne pähdepuuttumismallin. Työn on määrä olla valmis tämän kevään kuluessa.

### **Mikä on pähdepuuttumismalli?**

Pähdepuuttumismalli on eräänlainen toimintasuunnitelma. Se on tarkoitettu koulun henkilökunnan käyttöön tilanteisiin, joissa nousee epäily ja huoli oppilaan päihteiden käytöstä. Mallin on tarkoitus luoda rehtorille, opettajille, terveydenhoitajalle ja koulukuraattorille selkeät toimintalinjat, joilla tilanne oppilaan kanssa käydään läpi ja tehdään tarvittavat auttamistoimenpiteet (kuten yhteydenotto vanhempiin, tarpeen vaatiessa sosiaaliviranomaisiin tai esim. poliisiin).

Malli on tärkeä olla olemassa, jotta kaikkia oppilaita kohdellaan oikeudenmukaisesti ja tasavertaisesti sääntöjen ja lakien mukaan, ja he saavat tarvitsemansa avun. On tärkeää, että niin koulun henkilökunta kuin oppilaat ja näiden vanhemmat ovat tietoisia mallin olemassaolosta ja voivat tarpeen vaatiessa hyödyntää sitä.

### **Mitä pähdepuuttumismallissa käsitellään?**

Mallissa laaditaan toimintaohjeet mm. seuraavanlaisiin tilanteisiin:

- oppilas on koulussa päihtyneenä (eli huumeiden tai alkoholin vaikutuksen alaisena tai nauttinut lääkkeitä päihtymistarkoituksessa)
- oppilaan päihteiden käytöstä ollaan huolissaan
- alaikäiset tupakoivat kouluaihana / tupakointi koulun alueella. Siitä seuraavat rangaistukset.
- jos oppilas tuo esiin altistuvansa kotioloissa vanhempien/perheenjäsenen päihteidenkäytölle

### **Nyt kysymme teiltä**

Olen työstänyt asiaa terveydenhoitajan, koulukuraattorin ja muutaman opettajan kanssa, ja nyt haluamme kysyä oppilaiden ja vanhempien mielipidettä asiaan. Millaiset asiat tuntuvat teistä tärkeiltä?

- Kenen tulisi selvittää päihde-epäilyasiaa oppilaan kanssa? (Luokanvalvojan, terveydenhoitajan, rehtorin..?)
- Miten tupakointikiellon rikkomisesta pitäisi rangaista?
- Tuleeko mieleen tilanteita, jotka yllä mainittujen lisäksi olisi hyvä liittää malliin?
- Muita mietteitä, huolia, ideoita?

### **Ennaltaehkäisevä päihdetyö**

Vaikka opinnäytetyöni painottuu nimenomaan pähdepuuttumismalliin, pidän myös ennaltaehkäisevää päihdetyötä erittäin tärkeänä. Niinpä ajatuksia päihdekasvatuksen toteutuksesta voisi myös laittaa ylös, jos sellaisia herää.

- Millainen olisi mielekäs ja mieleinen tapa käsitellä alkoholi-, tupakka- ja huumeasioita?
- Kuinka paljon niistä kaivataan tietoa? Puhutaanko niistä tällä hetkellä koulussa tarpeeksi, liian vähän vai liikaa?
- Mitä, jos nuorella on huoli omasta tai kaverin päihdekäyttäytymisestä, kenen puoleen haluaisi kääntyä?
- Keneltä haluaa/voi/uskaltaa kysyä mieltä askarruttavista asioista?
- Voiko vanhempien kanssa jutella?

Sosiaalisen syrjäytymisen on todettu altistavan päihteiden käytölle, yhteisöllisyyden ja välittämisen ilmapiirin taas ennaltaehkäisevän sitä. Pitäisikö kouluyhteisössä olla enemmän vapaa-ajan tekemistä, johon oppilaat ja mahdollisesti myös vanhemmat voisivat osallistua? Jos, niin mitä tämä voisi olla?

### **Vastausten palautus**

Toivoisin saavani vastauksianne ainakin joihinkin yllä oleviin kysymyksiin **5.2. mennessä**, sillä käsittelemme niitä työryhmän kanssa 12.2.. Voitte joko tiedustella niitä laajemminkin koulun oppilailta tai pohtia niitä keskenänne. Mikäli teette oppilaille kyselyn, toivoisin kuitenkin itse saavani jäsennellyn yhteenvedon vastauksista.

Vastaukset voitte lähettää sähköpostilla osoitteeseen marja.erdogan(at)student.hamk.fi Mikäli teillä tulee kysymyksiä, niitä voi lähettää samaan osoitteeseen ja koetan vastata mahdollisimman nopeasti.

Mukavaa kevätlukukauden alkua, ja kiitoksia yhteistyöstä jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin

Marja Erdogan, terveydenhoitajaopiskelija

**Hyvä Steiner –koulun oppilaan vanhempi,**

Tampere 4.1.2010

olen valmistumassa terveydenhoitajaksi Hämeen ammattikorkeakoulusta, ja suunnitellen lopputyökseni koululenne pähdepuuttumismallin. Työn on määrä olla valmis tämän kevään kuluessa.

### **Mikä on pähdepuuttumismalli?**

Pähdepuuttumismalli on toimintalinjaus. Se on tarkoitettu koulun henkilökunnan käyttöön tilanteisiin, joissa nousee epäily ja huoli oppilaan päihteiden käytöstä. Mallin on tarkoitus luoda rehtorille, opettajille, terveydenhoitajalle ja koulukuraattorille selkeät toimintalinjat, joilla tilanne oppilaan kanssa käydään läpi ja tehdään tarvittavat auttamistoimenpiteet (kuten yhteydenotto vanhempiin, tarpeen vaatiessa sosiaaliviranomaisiin tai esim. poliisiin).

Malli on tärkeä olla olemassa, jotta kaikkia oppilaita kohdellaan oikeudenmukaisesti ja tasavertaisesti sääntöjen ja lakien mukaan, ja he saavat tarvitsemansa avun. On tärkeää, että niin koulun henkilökunta kuin oppilaat ja näiden vanhemmat ovat tietoisia mallin olemassaolosta ja voivat tarpeen vaatiessa hyödyntää sitä.

### **Mitä pähdepuuttumismallissa käsitellään?**

Mallissa laaditaan toimintaohjeet mm. seuraavanlaisiin tilanteisiin:

- oppilas on koulussa päihtyneenä (eli huumeiden tai alkoholin vaikutuksen alaisena tai nauttinut lääkkeitä päihtymistarkoituksessa)
- oppilaan päihteiden käytöstä ollaan huolissaan
- alaikäiset tupakoivat kouluaihana / tupakointi koulun alueella. Siitä seuraavat rangaistukset.
- jos oppilas tuo esiin altistuvansa kotioiloissa vanhempien/perheenjäsenen päihteidenkäytölle

### **Nyt kysymme teiltä**

Olen työstänyt asiaa terveydenhoitajan, koulukuraattorin ja muutaman opettajan kanssa, ja nyt haluamme kysyä oppilaiden ja vanhempien mielipidettä asiaan. Millaiset asiat tuntuvat teistä tärkeiltä?

- Kenen tulisi selvittää päihde-epäilyasiaa oppilaan kanssa? (Luokanvalvojan, terveydenhoitajan, rehtorin..?)
- Miten tupakointikiellon rikkomisesta pitäisi rangaista?
- Tuleeko mieleen tilanteita, jotka yllä mainittujen lisäksi olisi hyvä liittää malliin?
- Muita mietteitä, huolia, ideoita?

### **Ennaltaehkäisevä päihdetyö**

Vaikka opinnäytetyöni painottuu nimenomaan pähdepuuttumismalliin, pidän myös ennaltaehkäisevää päihdetyötä erittäin tärkeänä. Niinpä ajatuksia päihdekasvatuksen toteutuksesta voisi myös laittaa ylös, jos sellaisia herää.

- Kaipaavatko vanhemmat tietoa päihteistä? Käsitelläänkö niitä vanhempainilloissa?
- Puhutaanko koulussa oppilaiden kanssa päihteistä tarpeeksi, liian vähän vai liikaa?
- Kenen vastuulla päihdekasvatus on? Voiko vastuuta jakaa?

Sosiaalisen syrjäytymisen on todettu altistavan päihteiden käytölle, yhteisöllisyyden ja välittämisen ilmapiirin taas ennaltaehkäisevän sitä. Pitäisikö koulu yhteisössä olla enemmän vapaa-ajan tekemistä, johon oppilaat ja mahdollisesti myös vanhemmat voisivat osallistua? Jos, niin mitä tämä voisi olla?

### **Vastausten palautus**

Toivoisin saavani vastauksianne ainakin joihinkin yllä oleviin kysymyksiin **10.2. mennessä**, sillä käsittelemme niitä työryhmän kanssa 12.2.. Voitte joko tiedustella niitä laajemminkin koulun vanhemmilta tai pohtia niitä keskenänne. Mikäli teette vanhemmille kyselyn, toivoisin kuitenkin itse saavani jäsenellän yhteenvedon vastauksista.

Vastaukset voitte lähettää sähköpostilla osoitteeseen marja.erdogan(at)student.hamk.fi Mikäli teillä tulee kysymyksiä, niitä voi lähettää samaan osoitteeseen ja koetan vastata mahdollisimman nopeasti.

Mukavaa kevätlukukauden alkua, ja kiitoksia yhteistyöstä jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin

Marja Erdogan, terveydenhoitajaopiskelija.

**Hyvät opettajat,**

Tampere 4.1.2010

lähestyn teitä muutamalla kysymyksellä koskien päihdepuuttumismallia, josta kävin teille puhumassa elokuussa. Mallin on määrä valmistua tämän kevään kuluessa.

Muistin virkistykseksi mistä on kysymys:

### **Mikä on päihdepuuttumismalli?**

Päihdepuuttumismalli on toimintalinjaus. Se on tarkoitettu koulun henkilökunnan käyttöön tilanteisiin, joissa nousee epäily ja huoli oppilaan päihteiden käytöstä. Mallin on tarkoitus luoda rehtorille, opettajille, terveydenhoitajalle ja koulukuraattorille selkeät toimintalinjat, joilla tilanne oppilaan kanssa käydään läpi ja tehdään tarvittavat auttamistoimenpiteet (kuten yhteydenotto vanhempiin, tarpeen vaatiessa sosiaaliviranomaisiin tai esim. poliisiin).

Malli on tärkeä olla olemassa, jotta kaikkia oppilaita kohdellaan oikeudenmukaisesti ja tasavertaisesti sääntöjen ja lakien mukaan, ja he saavat tarvitsemansa avun. On tärkeää, että niin koulun henkilökunta kuin oppilaat ja näiden vanhemmat ovat tietoisia mallin olemassaolosta ja voivat tarpeen vaatiessa hyödyntää sitä.

Kokoustimme asian tiimoilta terveydenhoitajan, kuraattorin ja erityisopettajan kanssa ja päädyimme seuraavanlaisiin sisältöihin:

Toimintaohjeet mm. seuraavanlaisiin tilanteisiin:

- oppilas on koulussa päihtyneenä (eli huumeiden tai alkoholin vaikutuksen alaisena tai nauttinut lääkkeitä päihtymistarkoituksessa)
- oppilaan päihteiden käytöstä ollaan huolissaan
- alaikäiset tupakoivat kouluaikana / tupakointi koulun alueella. Siitä seuraavat rangaistukset.
- jos oppilas tuo esiin altistuvansa kotioiloissa vanhempien/perheenjäsenen päihdeidenkäytölle

### **Nyt kysymme teiltä**

Haluamme koko koulun saavan mahdollisuuden osallistua päihdepuuttumismallin rakentamiseen. Niinpä kysymme seuraavia asioita oppilailta, vanhemmilta ja opettajilta.

- Kenen tulisi selvittää päihde-epäilyasiaa oppilaan kanssa? (Luokanvalvojan, terveydenhoitajan, rehtorin..?)
- Miten tupakointikiellon rikkomisesta pitäisi rangaista?
- Tuleeko mieleen tilanteita, jotka yllä mainittujen lisäksi olisi hyvä liittää malliin?
- Muita mietteitä, huolia, ideoita?

### **Ennaltaehkäisevä päihdetyö**

Vaikka opinnäytetyöni painottuu nimenomaan päihdepuuttumismalliin, pidän myös ennaltaehkäisevää päihdetyötä erittäin tärkeänä. Niinpä ajatuksia päihdekasvatuksen toteutuksesta voisi myös laittaa ylös, jos sellaisia herää.

- Kaipaavatko opettajat tietoa päihteistä? Mistä opettajat hankkivat ajantasaista tietoa?
- Puhutaanko koulussa oppilaiden kanssa päihteistä tarpeeksi, liian vähän vai liikaa? Kuka puhuu?
- Käsitelläänkö vanhempainilloissa päihteitä?
- Kenen vastuulla päihdekasvatus on? Voiko vastuuta jakaa?

Sosiaalisen syrjäytymisen on todettu altistavan päihteiden käytölle, yhteisöllisyyden ja välittämisen ilmapiirin taas ennaltaehkäisevän sitä. Pitäisikö kouluyhteisössä olla enemmän vapaa-ajan tekemistä, johon oppilaat ja mahdollisesti myös vanhemmat voisivat osallistua? Jos, niin mitä tämä voisi olla?

### Vastausten palautus

Toivoisin saavani vastauksianne ainakin joihinkin yllä oleviin kysymyksiin **5.2. mennessä**, sillä käsittelemme niitä työryhmän kanssa 12.2.. Mikäli jokainen opettaja vastaa henkilökohtaisesti kysymyksiin, toivoisin kuitenkin itse saavani jäsennellyn yhteenvedon vastauksista

Vastaukset voitte lähettää sähköpostilla osoitteeseen marja.erdogan(at)student.hamk.fi Mikäli teillä tulee kysymyksiä, niitä voi lähettää samaan osoitteeseen ja koetan vastata mahdollisimman nopeasti.

Mukavaa kevätlukukauden alkua, ja kiitoksia yhteistyöstä jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin

Marja Erdogan, terveydenhoitajaopiskelija.

**PÄIHDEPUUTTUMISMALLI  
2010**

**TAMPEREEN RUDOLF**

**STEINER –KOULU**



## MERKKEJÄ MAHDOLLISESTA PÄIHTEIDENKÄYTÖSTÄ

### Sosiaaliset merkit:

- Ystäväpiirin vaihtuminen
- Puheenaiheiden vaihtuminen, alkoholi- ja huumeslangin käyttäminen
- Luvattomat poissaolot koulusta, etenkin viikonlopun tienoilla
- Äkillisesti heikentynyt koulumenestys
- Luonteen muuttuminen –ahdistus- ja pelkotiloja, levottomuutta ja raivonpurkauksia
- Ennalta sopimattomat poissaolot kotoa
- Läheisten välttely
- Pahoinpitelyn jäljet
- Moraalin ja normaaliuden käsitteiden hämärtyminen ja vääristyminen
- Lisääntynyt rahantarve
  - Kalliita tavaroita saattaa ilmestyä ja kadota
  - Varastelu

### Fyysiset merkit:

- Verestävät silmänvalkuaiset
- Laajenneet tai pistemäisiksi supistuneet pupillit
- Hihittelevä käytös tai poissaoleva mielentila
- Päähtynyt vaikutelma ilman alkoholin hajun tuntua
- Jatkuva väsymys
- Vapina
- Hikoilu
- Hiuksissa ja vaatteissa
  - imelä tuoksu (kannabis)
  - kitkerä tuoksu (tinneri)
  - pistävä tuoksu (bensiini)
- Nuorella on hallussaan erilaisia käyttövälineitä, kuten piippuja, ruiskuja ja lusikoita
- Häneltä saattaa löytyä epämääräisiä pillereitä

## Huoli/epäily/tieto oppilaan päihteiden käytöstä

Luokanopettaja tai -valvoja ottaa yhteyttä kuraattoriin / terveydenhoitajaan, kertoo asiasta oppilaalle.

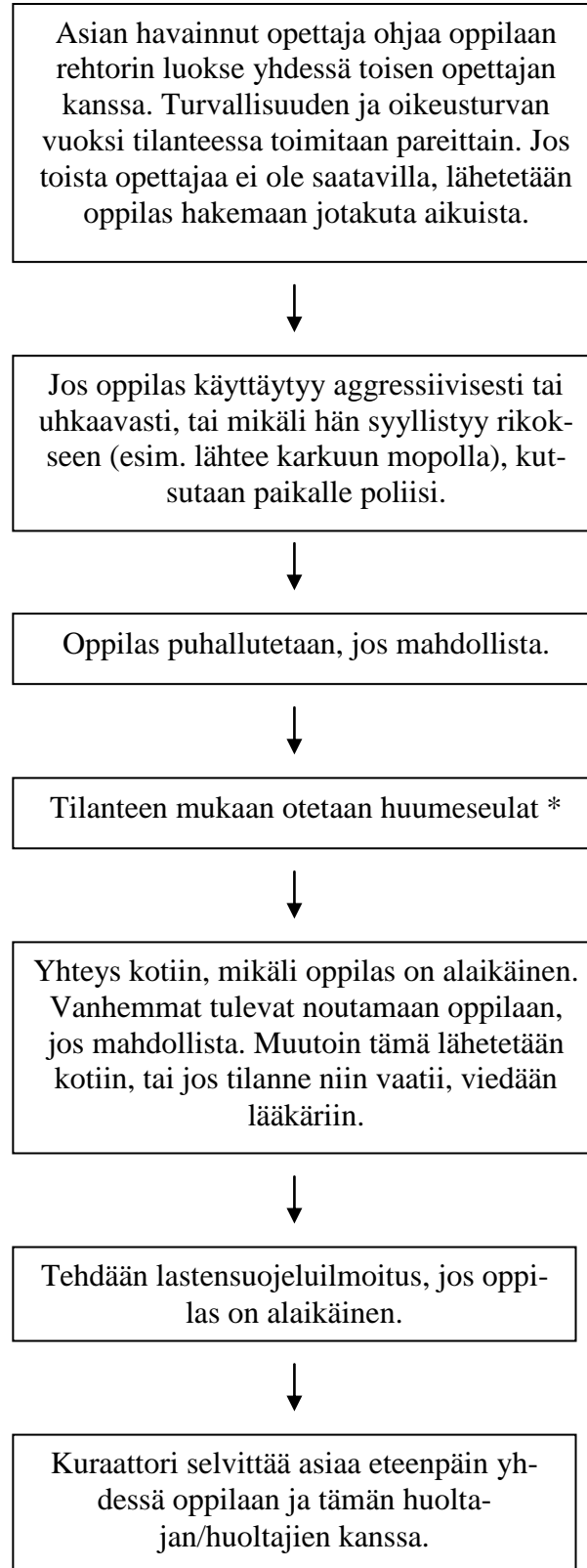


Kuraattori ja terveydenhoitaja sopivat keskenään kumpi kutsuu oppilaan luokseen, ilmoitus vanhemmille.



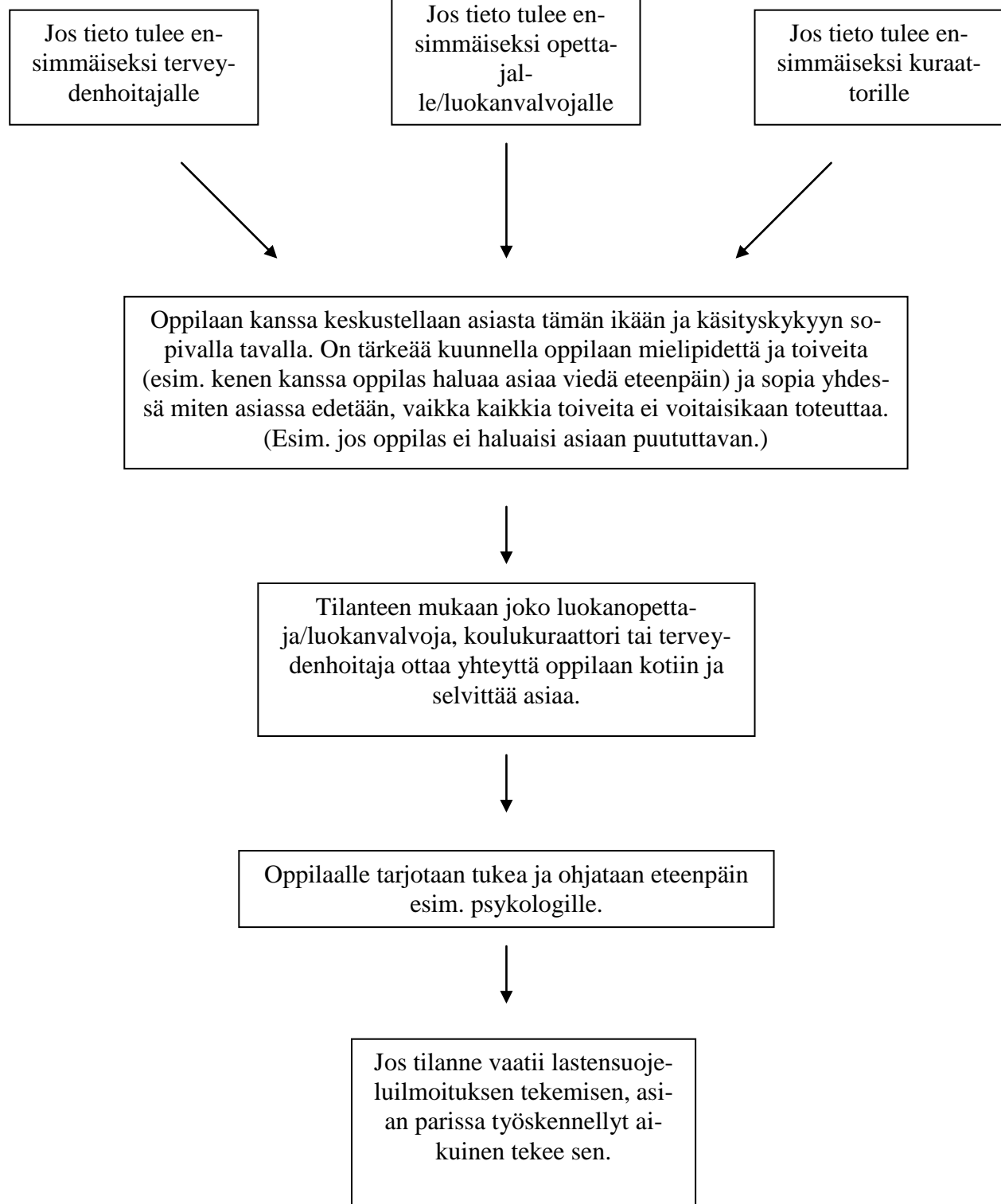
Tilanne arvioidaan ja päätetään mahdollisista jatkotoimenpiteistä.

## Oppilas on päihtyneenä koulussa

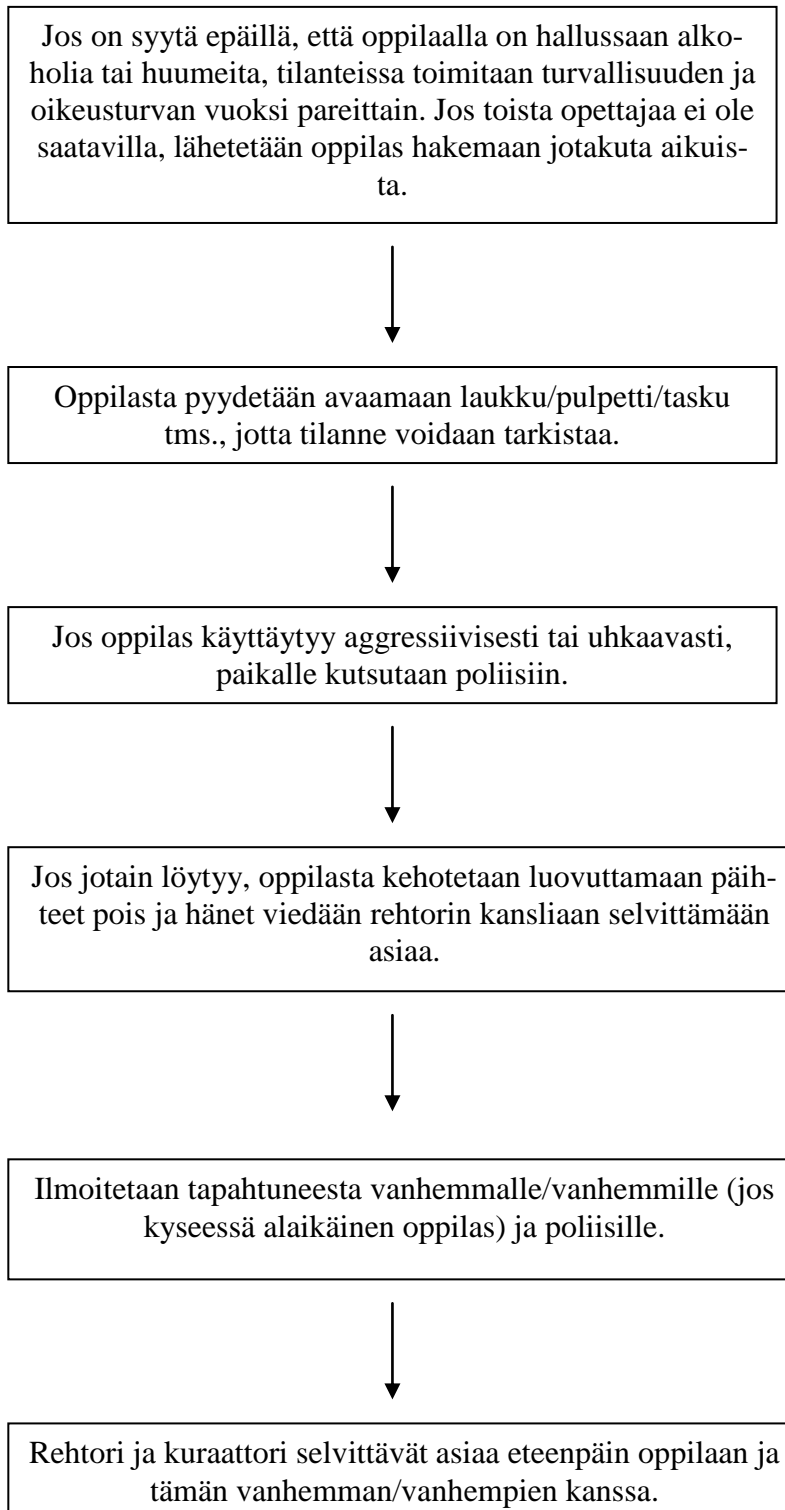


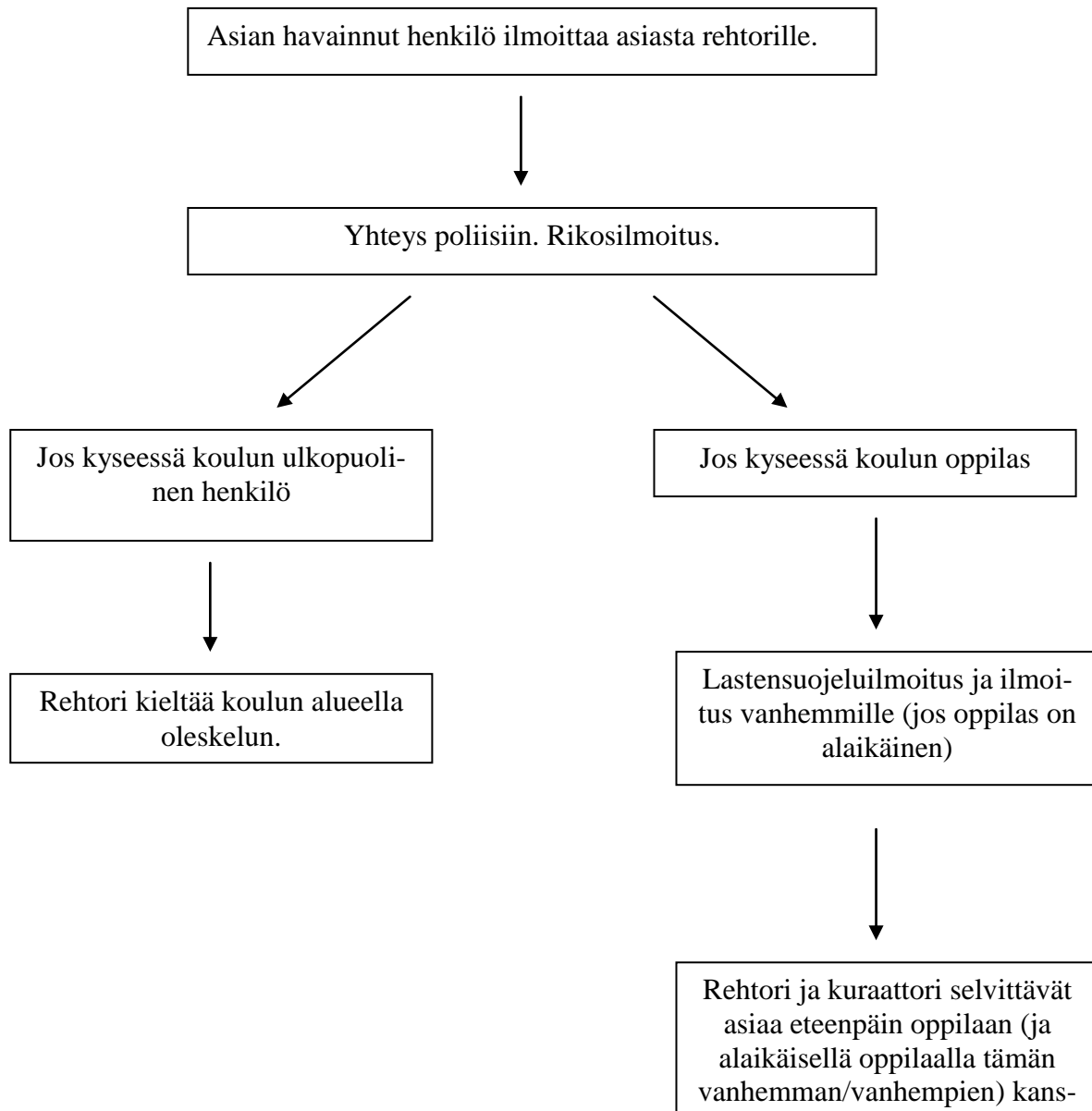
\* Koululääkäriltä (tai terveydenhoitajalta) lähete huumeeseuloihin. Alaikäisellä huumeeseuloihin vaaditaan vanhemman lupa, paitsi jos oppilas on ikänsä ja kehitystasonsa puolesta kykenevä päättämään itse asiasta

**Oppilaan kotona on päihteiden käyttöä tämän kasvua ja kehitystä vaarantavissa määrin**



## Epäily päihteiden hallussapidosta



**Epäily / tieto päihteiden myynnistä tai välittämisestä**

## Tupakointi

Koulun alueella tupakoinnista rangaistaan luokanopettajan tai luokanvalvojan sopivaksi katsomalla tavalla.



Tupakoinnista ilmoitetaan aina vanhemmille.



Oppilas voi esimerkiksi saada varoituksen sääntörikkomuksesta.



Varoitus voi johtaa määräaikaiseen koulusta erottamiseen.



Toistuvista rikkomuksista otetaan yhteys poliisiin, joka voi antaa rikesakon.

## Auttavia tahoja

### YLEINEN HÄTÄNUMERO 112

Akuuteissa tilanteissa, kun paikalle tarvitaan esim. poliisi.

### KOULUPOLIISI

Ylikonstaapeli **Jarmo Toikkanen, p. 050-68062**

Poliisin konsultaatiot, kouluvierailut

### LASTENSUOJELUN YHTEYSTIEDOT

#### AKAA

Sosiaalityöntekijät  
puhelinajat

**ma - ti ja to - pe klo 13-14**

Teija Virtanen p. 040 335 3383

Pia Saarikoski p. 040 335 3384

Marja Mäkelä p. 040 335 3382

Mirka Nurminen p. 040 335 3396 (pariton viikko)

Riikka Haahtela p. 040 335 3390 sij. Juhani Karjalainen

Sähköpostiosoitteet ovat muotoa

etunimi.sukunimi@akaa.fi (ilman ä ja ö –kirjaimia)

#### HÄMEENKYRÖ

Sosiaalityöntekijät  
puhelinajat

**ma-pe klo 11-12**

Huoltajan sukunimi alkaa alkukirjaimella A-L:

**Veera Kesti p. 050 68241**

Huoltajan sukunimi alkaa alkukirjaimella M-Ö:

**Sari Kuokka p. 050 5969 134**

Kiireellisissä tilanteissa yhteys sosiaalityöntekijöihin virka-aikana ma-pe klo 8-16. Tai sosiaalipalvelukeskuksen **neuvontaan (p. 050 5298311)** tai **kunnan vaihteeseen (p. 03 2864 111)**.



KANGASALA

Lastensuojeluilmoitukset virka-aikana

**ma-pe klo 9 - 11 ja 12 – 15**

p. 050 469 9724

KYLMÄKOSKI

Lastensuojeluasioista vastaa perhetyöntekijä **Minna Pekkarinen, p. 040-3354666**

LEMPÄÄLÄ

Kiireellisissä tilanteissa **ma - pe klo 8-16** yhteys **kunnan keskuksen p. 03 - 374 4111**, jonka kautta tavoittaa päivystävän sosiaalityöntekijän

NOKIA

Johtava sosiaalityöntekijä p. 03 3118 8251

**Lastensuojeluilmoitukset ja konsultaatio**

**Sosiaalityön neuvonta p. 03 31188251**

ORIVESI

Sosiaalityöntekijät

puhelinajat

**ma-pe klo 9-10**

**Leila Javanainen-Wesslin p. 03 3343603**

**Heidi Elfvengren-Lammi p. 03 3343679**

PIRKKALA

Lapsiperheiden sosiaalityön tiimi

Sukunimen alkukirjain A-J:

**p. 03 3134 2416**

Sukunimen alkukirjain K-L:

**p. 03 3134 2414**

Sukunimen alkukirjain M-R:

**p. 03 3134 2418**

Sukunimen alkukirjain S-Ö:

**p. 03 3134 2406**

PÄLKÄNE

**Lastensuojeluilmoituksia ottavat vastaan**

Perusturvajohtaja **Janita Koivisto p. 040 573 6390**

Sosiaalityön johtaja **Jarno Tapola p. 040 828 6226**

Sosiaalityöntekijä **Kirsi Kemppainen p. 0400 702 761**

Sosiaalityöntekijä **Harri Hautakorpi p. 040 775 7026**

SASTAMALA

Lastensuojeluilmoitukset virka-aikana

**ma-pe klo 10-16**

p. 050 536 7764

TAMPERE

**Lastensuojelun puhelinpäivystys**

**ma-pe klo 9-15**

p. 03 565 713

Sosiaali- ja terveystieteiden keskus ohjaa puhelut asiakkaan omalle alueelliselle sosiaaliasemalle:

hervannan, Kaukajärven, Linnainmaan, Tammelan tai Läntiselle sosiaaliasemalle.

VAMMALA ks. SASTAMALA

VALKEAKOSKI

Sosiaalityöntekijät

puhelinaika

**ma klo 13-14**

Kulmakorpi Riitta p 03 5691 7691

Nyholm Marja-Liisa p. 03 5691 7690

Valtamo Paula p. 03 5691 7692

Ikonen Karoliina p. 03 5691 7693

**Muulloin voi jättää viestin puhelimitse p. 03 5691 7699**

**Sosiaalityön johtaja** Minna-Maria Solanterä p. 040 335 7385

**Johtava sosiaalityöntekijä** Sirpa Leino-Heritty p. 040 335 7380

VESILAHTI

**Kiireellisissä tilanteissa yhteyden sosiaalityöntekijään saa ma-pe klo 8-16 kunnan keskuksen kautta p. 03 2875 111**

YLÖJÄRVI

Lastensuojelun päivystys

**ma-pe klo 9-15**

p. 050 437 1301

**NUORTEN PÄIHDEONGELMAT****A-Klinikkasäätiö Nuorisoasema**

Tarjoaa hoitopalveluja nuorille ja heidän perheilleen, erityisalueena päihdekysymykset.

Hoitoon voi hakeutua oman yhteydenoton perusteella tai esim. kouluterveydenhuollon ohjaamana. Lähetettä ei tarvita, mutta ajanvaraus on suositeltava.

Sumeliuksenkatu 13 A 5 (2. kerros)  
33100 TAMPERE

Avoinna:

ma - ke: 10 - 18 (kesällä: 9 - 17)

to - pe: 8 - 16

puhelin: (03) 253 9650

[www.a-klinikka.fi/tampere/nuorisoasema](http://www.a-klinikka.fi/tampere/nuorisoasema)

**PSYKKISET ONGELMAT****Nuorisoneuvolan psykologi**

Nuorisoneuvolan psykologi tukee nuoren itsenäistymistä, hoitaa lievempiasteisia psyykkisiä häiriöitä ja kriisejä sekä ohjaa tarvittaessa jatkohoitoon.

Kouluterveydenhuollosta lukiolaiset ohjautuvat nuorisoneuvolan psykologille, myös ulkopaikkakuntalaiset.

puhelin (03) 5657 3889, soittoaika klo 12 - 12.30

faksi (03) 5657 5344

Sosiaali- ja terveystalo (5. krs)

Koulukatu 9

33200 Tampere

**Opiskeluterveydenhuollon psykologit**

Lukiolaisille, lääkärin tai terveydenhoitajan ohjaamana

**Maarit Harju** puh.040 801 6661, ma - pe klo 12 - 12.30

**Jyrki Muurinaho** puh. 040 800 4517, ma - pe klo 12 - 12.30

**Raila Niittymäki-Kontola** puh. 040 800 444518, ma-pe klo 12 -12.30

**Tiina Tantaranmäki** puh. 040 801 2672, ma-pe klo 12 - 12.30

Vastaanotot Hammareninkatu 7, 2. krs

**Nuorisopsykiatrian poliklinikka**

Tavoitteena on erityisesti 13 - 19-vuotiaiden mielenterveyden häiriöiden tutkimus ja hoito.

Uudet yhteydenotot **kouluterveydenhuollon tai muun viranomaisen kautta**. Lääkärin lähetettä ei tarvita.

keskus (03) 565 711 (vaihde)

Sosiaali- ja terveystalo (5. krs.)

Koulukatu 9

33200 Tampere

ma - to klo 8 - 16, pe klo 8 - 15.30

**Puhelinaika:** arkisin 12 - 12.30

**Tukea nuorelle****Tampereen Nuorten turvatalo**

Hämeenkatu 22 C, 33210 Tampere

Puhelin: 040 5566661 (17:00-10:00)

Apua ja tukea vaikeassa elämäntilanteessa oleville alle 19-vuotiaille nuorille sekä heidän perheilleen.

[www.nuortenturvatalo.fi](http://www.nuortenturvatalo.fi)

e-mail: [turvatalo.tampere\(at\)redcross.fi](mailto:turvatalo.tampere@redcross.fi)

**Etsivä työ**

Etsivän työn tehtävänä on etsiä ja auttaa nuoria heidän erilaisissa elämäntilanteissaan ja mahdollisissa vaikeuksissaan. Kohderymänä on 13–25 vuotiaat nuoret.

Etsivää työtä tehdään kaduilla, kouluilla ja kaikkialla missä nuoret liikkuvat. Etsivän työn työntekijät tavoittavat myös irc-galleriasta ja facebookista.

**Avopalvelut / Etsivä työ**

Avotyön päällikkö  
Kristiina Tamminen-Johansson  
Puh. 050 301 0462

Vastaava ohjaaja  
Tarja Laukkanen  
050 349 2416

**Länsi**

Karita Snellman  
Timo Heinonen  
Puh. 040 801 6973 Irc-  
Galleria: Et-Länsi, Face-  
book: Et Länsi

**Keskusta**

Katja Viitala  
Jari Jokirinne  
Puh. 050 655 01  
Irc-Galleria: Et-  
Keskusta, Face-  
book: Et Keskus-  
ta

**Itä**

Tuire Vierikko  
Ilkka Porttikivi  
Puh. 050 520 6247 Irc-  
Galleria: Et-Itä, Facebook: Et  
Itä

**Etelä**

Sari Nieminen  
Antti Pekkarinen  
Puh. 050 655 02, Irc-Galleria:  
Et-Etelä, Facebook: Et Etelä

**Ylilyönti**

Ylilyönti-niminen **kohtaamispaikka** Tammelantorin vieressä on tarkoitettu **16–25-vuotiaille nuorille**, jotka kaipaavat apua asioidensa selvittelyyn.

Ylilyönnin tiloissa on mahdollisuus käyttää nettiä ja puhelinta, ja ohjaajat auttavat tarvittaessa esimerkiksi hakemusten täyttämässä. Paikalla on aukioloaikoina kaksi Etsivä työn työntekijää. Paikalle voi tulla myös kahville ja juttelemaan.

Aukioloajat:

Ti: 13-17 ja To: 12-16

Kullervonkatu 16B, 33500 Tampere (Etsivän Työn toimisto), puh. 040-8019622