

Opinnäytetyö (AMK)

Sairaanhoitajakoulutus

2019

Mimmi Ahonen, Ville Malkki ja Riina Mäkinen

TIETOA JA TUKEA PÄIHDERIIPPUVAISEN HOITON JA KUNTOUTUMISEEN

– Opas kuntoutuskodin henkilökunnalle



Mimmi Ahonen, Ville Malkki ja Riina Mäkinen

TIETOA JA TUKEA PÄIHDERIIPPUVAISEN HOITOON JA KUNTOUTUMISEEN

- Opas kuntoutuskodin henkilökunnalle

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia päihderiippuvuutta yleisellä tasolla sekä tarkemmin alkoholin, stimulanttien, muuntohuumeiden ja bentsodiatsepiinien osalta. Lisäksi tutkittiin kyseisten aineiden käyttäjien hoitoa ja kuntoutumista sekä sitä, että mitkä tekijät vaikuttavat hoidon tuloksellisuuteen. Teorian pohjalta koottiin toimeksiantona tilattu päihderiippuvuutta käsittelevä opas mielenterveys- ja päihdekuntoutuskodille, jonka tavoitteena on tuoda hoitohenkilökunnalle lisätietoa päihderiippuvuudesta sairautena ja siihen liittyvistä erityispiirteistä alkoholi- huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Aihetta rajattiin huume- ja lääkeaineiden osalta siten, että oppaaseen saatiin esille sellaisia huumaus- tai lääkeaineita, joiden kanssa kuntoutuskodilla ollaan eniten tekemisissä tai joiden käyttöön liittyy erityisiä vaaroja, kuten esimerkiksi voimakasta aggressiivisuutta tai äkillisien kuoleman riskiä.

Päihderiippuvuus, Tietoa ja tukea riippuvuudesta kuntoutuvan arkeen -opas sisältää tietoa päihderiippuvuudesta sairautena, sen syntymisestä ja sen erityispiirteistä alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Oppaassa käsitellään päihderiippuvaisten kohtaamista, hoitosuhdetta ja siihen positiivisesti ja heikentävästi vaikuttavia tekijöitä sekä hoitajien omaa jaksamista ja työyhteisön ilmapiiriä osana hyvää ja tuloksellista päihdekuntoutusta. Oppaassa esitellään muutoksen vaihemalli, motivoiva haastattelutapa sekä käsitellään retkahdusta ja sen herättämiä tunteita myös henkilökunnan osalta. Alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta käydään läpi niiden erityispiirteitä hoidon, oireiden ja erikoistilanteiden osalta kuten esimerkiksi yliannostukset, myrkytykset ja vieroitusoireet. Huume- ja lääkeriippuvuuksia käsitellään stimulanttien, muuntohuumeiden sekä bentsodiatsepiinien osalta.

Opas painettiin kirjallisena versiona A5-kokoisena kierrelehtinä ja siitä toimitettiin kuntoutuskodille kolme kappaletta sekä sähköinen versio yksikönpäällikölle. Opas sisältää kuvia ja väritehosteita, joiden on tarkoitus herättää lukijan huomio ja mielenkiinto lukemisen aikana. Kuvien avulla pyrittiin myös luomaan tunnelmaa, joka korostaa päihderiippuvuuden ympärillä vallitsevaa synkkää tunnelmaa ja ilmapiiriä.

ASIASANAT:

Riippuvuus, tuki, huumeriippuvuus, alkoholiriippuvuus, bentsodiatsepiini, stimulantit, päihderiippuvainen, päihdekuntoutus

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

2019 | 58 pages, Attachment pages 21

Mimmi Ahonen, Ville Malkki ja Riina Mäkinen

INFORMATION AND SUPPORT FOR ABUSERS TREATMENT AND REHABILITATION

- guide for employees of rehabilitation home.

The purpose of this thesis is to search substance abuse in general and to focus on the abuse of alcohol, stimulants, designer drugs and benzodiazepines. Also, treatment and rehabilitation of users of these substances are studied, as well as the factors that influence the effectiveness of the treatment. Commissioned drug addiction guide for mental health and substance rehabilitation home was assembled based on the theory. The purpose of the guide is to bring more information for medical personnel about drug addiction as disease and the specific characteristics of alcohol and drug dependence. The topic was limited in the case of drugs and drug substances, with the introduction of drugs or medicine substances that are most involved in the rehabilitation of the case or where there are specific hazards, such as aggression or a sudden risk of death.

Drug addiction, information and support for abusers treatment and rehabilitation- guide contains information about drug addiction as a disease, how it occurs and its specifics about alcohol, drug and medicine addictions. The guide deals with the factors of dependency, the treatment relationship and the positive, debilitating elements of the treatment relationship and the personal and working environment of the caregivers as part of good and effective drug rehabilitation. The guide presents the stage model of the change, the motivating interviewing method, and the process of the trip and the emotions it raised, including the staff. In the areas of alcohol, drugs and drug dependence, their special features are discussed in terms of treatment, symptoms and special situations, such as overdoses, poisoning and withdrawal symptoms. Drugs and drug dependency are treated as stimulants, conversion drugs and benzodiazepines.

The guide was printed in a written version of the A5 size as a spiral booklet, and it was provided with three pieces for rehabilitation home and an electronic version for the head of the unit. The guide contains images and color effects that are designed to evoke the attention and interest of the reader during reading. The images were also designed to create an atmosphere that emphasizes the sinister atmosphere and atmosphere surrounding substance dependence.

KEYWORDS:

Addiction, support, alcohol addiction, drug addiction, benzodiazepine, stimulant, drug addiction, addiction rehabilitation

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	8
3 HOITOSUHTEEN LUOMINEN JA VUOROVAIKUTUSTAITO OHJAUKSESSA	9
3.1 Hoitosuhteen luonne	9
3.2 Ohjaajan asema hoitosuhteessa	10
3.3 Työyhteisön toiminta osana onnistunutta hoitotyötä	11
4 PÄIHDERIIPPUUUS	14
4.1 Päihdeongelmaisen kohtaaminen	14
4.2 Päihderiippuvuuksien hoitomenetelmiä	17
4.2.1 Psykososiaaliset hoidot	17
4.2.2 Muutoksen vaihemalli	18
4.2.3 Motivoiva haastattelu	19
4.2.4 Retkahdukset ja niiden ehkäiseminen	20
5 ALKOHOLIRIIPPUUUS	21
5.1 Alkoholiriippuvuus ja sen syntyminen	21
5.2 Alkoholin aiheuttamat haitat	22
5.3 Alkoholiriippuvuuden hoito	23
6 HUUMERIIPPUUUS	25
6.1 Huumeriippuvuuden tunnistaminen	25
6.2 Huumeiden aiheuttamat haitat	26
6.3 Huume- ja lääkemyrkytykset	26
6.4 Huumeriippuvuuden hoito	27
6.5 Bentsodiatsepiinit	28
6.5.1 Haittavaikutukset	29
6.5.2 Yliannostus ja yhteiskäyttö muiden päihteiden kanssa	30
6.5.3 Bentsodiatsepiinien käytön lopettaminen	31
6.5.4 Vieroitusoireet	31
6.5.5 Bentsodiatsepiinivieroitus	32
6.6 Stimulantit	33
6.6.1 Amfetamiini ja metamfetamiini	33

6.6.2 Ekstaasi ja MDMA	35
6.6.3 Alfa-PVP	36
6.6.4 MDPV eli Metyleenidioksyprovaleroni	36
6.6.5 Stimulanttiriippuvuuden hoito	37
6.7 Muuntohuumeet	37
7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	39
7.1 Alkuperäinen idea oppaasta	40
7.2 Hyvä opas, sen suunnittelu ja toteutus	40
7.3 Oppaan arviointi ja palaute kuntoutuskodilta	43
8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	45
9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	47
LÄHTEET	50
10 LIITTEET	58

LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Tietoa ja tukea riippuvuudesta kuntoutuvan arkeen – Opas Hoivakoti Esperin Rehabian työntekijöille

KUVAT

Kuva 1. Tummia värejä, tehostetextiä kuvassa

Kuva 2. Diapam

Kuva 3. Salakavalat vieroitusoireet, tehostevärit

TAULUKOT

Taulukko 1 Päihdeongelmaisen muutoshalukkuuden vaiheet (Aalto M. 2013, 58).	19
Taulukko 2 Esimerkki muutossuunnitelman sisällöstä (Aalto M. 2015, 90).	20
Taulukko 3 Alkoholiriippuvuuden kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan (Aalto ym. 2013, 40).	22

1 JOHDANTO

Päihderiippuvaisia kohtaan on edelleen olemassa voimakkaita ennakoasenteita, mitkä aiheuttavat ongelmia päihderiippuvaisille itselleen, mutta myös heidän kanssaan työskenteleville henkilöille. Ongelmat liittyvät virheellisiin käsityksiin päihderiippuvuuden synnystä, sen hoidosta ja riippuvuuden hallitsemisesta. Käsitykset vaihtelevat, mutta yleisesti kuitenkin ajatellaan edelleen, että päihderiippuvuus on itse aiheutettua ja omasta tahdosta tai valinnasta riippuvainen ongelma. Päihderiippuvuudesta kuntoutuva potilas kokee usein häpeää ja väärinymmärretyksi tulemisen pelkoa puhuessaan sairaudestaan. Tämän vuoksi häntä kuuntelevalla hoitohenkilöllä ja hänen asenteellaan riippuvuuteen ja sen syntymiseen on suuri merkitys sen suhteen, millaiseksi kontakti ja hoitosuhde rakentuvat. (Saarnio 2009 & Kroner 2016.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia päihderiippuvuutta yleisellä tasolla sekä tarkemmin alkoholin, stimulanttien, muuntohuumeiden ja bentsodiatsepiinien osalta. Lisäksi tutkittiin kyseisten aineiden käyttäjien hoitoa ja kuntoutumista sekä sitä, että mitkä tekijät vaikuttavat hoidon tuloksellisuuteen. Teorian pohjalta koottiin toimeksiantona tilattu päihderiippuvuutta käsittelevä opas mielenterveys- ja päihdekuntoutuskodille, jonka tavoitteena on tuoda hoitohenkilökunnalle lisätietoa päihderiippuvuudesta sairautena ja siihen liittyvistä erityispiirteistä alkoholi- huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Aihetta rajattiin huume- ja lääkeaineiden osalta siten, että oppaaseen saatiin esille sellaisia huumaus- tai lääkeaineita, joiden kanssa kuntoutuskodilla ollaan eniten tekemisissä tai joiden käyttöön liittyy erityisiä vaaroja, kuten esimerkiksi voimakasta aggressiivisuutta tai äkillisien kuoleman riskiä.

Päihderiippuvuus, Tietoa ja tukea riippuvuudesta kuntoutuvan arkeen -opas (Liite 2.) sisältää tietoa päihderiippuvuudesta sairautena, sen syntymisestä ja sen erityispiirteistä alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Oppaassa käsitellään päihderiippuvaisten kohtaamista, hoitosuhdetta ja siihen positiivisesti ja heikentävästi vaikuttavia tekijöitä sekä hoitajien omaa jaksamista ja työyhteisön ilmapiiriä osana hyvää ja tuloksellista päihdekuntoutusta. Oppaassa esitellään muutoksen vaihemalli, motivoiva haastattelutapa sekä käsitellään retkahdusta ja sen herättämiä tunteita myös henkilökunnan osalta. Alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta käydään läpi niiden erityispiirteitä hoidon, oireiden ja erikoistilanteiden osalta kuten esimerkiksi yliannostukset, myrkytykset ja vieroitusoireet. Huume- ja lääkeriippuvuuksia käsitellään stimulanttien, muuntohuumeiden sekä bentsodiatsepiinien osalta.

Huume- ja lääkeriippuvuudet ovat aiheena hyvin laaja ja siksi aihetta rajattiin tarkasti. Rajaus perusteltiin toimeksiantajan tarpeiden mukaisesti siten, että tarkempaan tarkasteluun valittiin sellaisia huume- ja lääkeaineita joihin, kuntoutuskodilla törmätään useimmin tai joiden käyttö tulee lisääntymään lähitulevaisuudessa merkittävästi.

Esperi hoitokoti Rehabia on yksityisessä omistuksessa oleva hoitokoti, joka tarjoaa monimuotoisia asumis- ja kuntoutuspalveluita niin mielenterveys- kuin päihdekuntoutujillekin. Rehabiassa tarjotaan tehostettua palveluasumista, kuntouttavaa palveluasumista, tehostettua asumista, kuntouttavaa työtoimintaa sekä intervallijaksoja avohoidon ja kotona asumisen tueksi. Rehabia sijaitsee merellisessä ympäristössä Perniössä Ylönkylässä. Asukaspaikkoja Rehabiassa on 50 ja jokaiselle asukkaalle

luodaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma kuntoutumisen tueksi asukkaan voimavarat ja toimintakyky huomioon ottaen. Toiminta Rehabiassa on suunniteltu kuntoutuslähtöisesti ja tavoitteena on, että asukkaat voivat siirtyä itsenäisempään asumismuotoon kuntoutumisen edetessä. (Esperi 2018.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia päihderiippuvuutta yleisellä tasolla sekä tarkemmin alkoholin, stimulanttien, muuntohuumeiden ja bentsodiatsepiinien osalta. Lisäksi tutkittiin kyseisten aineiden käyttäjien hoitoa ja kuntoutumista sekä sitä, että mitkä tekijät vaikuttavat hoidon tuloksellisuuteen. Teorian pohjalta koottiin toimeksiantona tilattu päihderiippuvuutta käsittelevä opas- ja mielenterveys- ja päihdekuntoutuskodille, jonka tavoitteena on tuoda hoitohenkilökunnalle lisätietoa päihderiippuvuudesta sairautena ja siihen liittyvistä erityispiirteistä alkoholi- huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Aihetta rajattiin huume- ja lääkeaineiden osalta siten, että oppaaseen saatiin esille sellaisia huumaus- tai lääkeaineita, joiden kanssa kuntoutuskodilla ollaan eniten tekemisissä tai joiden käyttöön liittyy erityisiä vaaroja, kuten esimerkiksi voimakasta aggressiivisuutta tai äkillisien kuoleman riskiä.

Päihderiippuvuus, Tietoa ja tukea riippuvuudesta kuntoutuvan arkeen -opas (Liite 2) sisältää tietoa päihderiippuvuudesta sairautena, sen syntymisestä ja sen erityispiirteistä alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Oppaassa käsitellään päihderiippuvaisten kohtaamista, hoitosuhdetta ja siihen positiivisesti ja heikentävästi vaikuttavia tekijöitä sekä hoitajien omaa jaksamista ja työyhteisön ilmapiiriä osana hyvää ja tuloksellista päihdekuntoutusta. Oppaassa esitellään muutoksen vaihemalli, motivoiva haastattelutapa sekä käsitellään retkahdusta ja sen herättämiä tunteita myös henkilökunnan osalta. Alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta käydään läpi niiden erityispiirteitä hoidon, oireiden ja erikoistilanteiden osalta kuten esimerkiksi yliannostukset, myrkytykset ja vieroitusoireet. Huume- ja lääkeriippuvuuksia käsitellään stimulanttien, muuntohuumeiden sekä bentsodiatsepiinien osalta.

Esperi hoitokoti Rehabia on yksityisessä omistuksessa oleva hoitokoti, joka tarjoaa monimuotoisia asumis- ja kuntoutuspalveluita niin mielenterveys- kuin päihdekuntoutujillekin. Rehabiassa tarjotaan tehostettua palveluasumista, kuntouttavaa palveluasumista, tehostettua asumista, kuntouttavaa työtoimintaa sekä intervallijaksoja avohoidon ja kotona asumisen tueksi. Rehabia sijaitsee merellisessä ympäristössä Perniössä Ylönkylässä. Asukaspaikkoja Rehabiassa on 50 ja jokaiselle asukkaalle luodaan yksilöllinen kuntoutussuunnitelma kuntoutumisen tueksi asukkaan voimavarat ja toimintakyky huomioon ottaen. Toiminta Rehabiassa on suunniteltu kuntoutuslähtöisesti ja tavoitteena on, että asukkaat voivat siirtyä itsenäisempään asumismuotoon kuntoutumisen edetessä. (Esperi 2018.)

Tiedonhakuja ohjaavat kysymykset olivat:

1. Hyvä hoitosuhde ja sen vaikutus päihderiippuvaisen kuntoutumiseen?
2. Millainen päihderiippuvuus on ja mitä erityispiirteitä sen hoitoon kuuluu?
3. Millainen on hyvä opas?

3 HOITOSUHTEEN LUOMINEN JA VUOROVAIKUTUSTAITO OHJAUKSESSA

Päihdehoidon onnistumiseen vaikuttaa vahvasti työntekijän ja asiakkaan välinen yhteistyö ja sen laatu. Ohjaajan ja asiakkaan välisiin ensimmäisiin tapaamisiin liittyy asiakkaan puolelta odotuksia ja toiveita, mutta myös usein epävarmuutta, pelkoa ja jännitystä. Ohjaajan ja asiakkaan välinen hyvä hoitosuhde vaikuttaa asiakkaan muutoshalukkuuden syntymiseen, ja kun asiakas kokee tulevaisuutta kuulluksi hän alkaa suhtautua toiveikkaasti hoidon mahdollisuuksiin ja sitoutuu siten myös hoitoon. Kohtaamisilla ja kuulluksi tulemisen kokemuksilla on vaikutuksia myös siihen, kuinka suuri kynnyksiä asiakkaalla on hakeutua hoitoon jatkossa myös muiden vaivojen osalta. Tutkimuksien perusteella on todettavissa, että eriarvoisuuden kokemukset kasvattavat leimautumisen ja väliinpuotoamisen tunnetta. (Mielenterveyystalo 2018; Rovamo 2018; Tammi ym. 2009, 145 & Virokannas 2017.) Ensimmäisen kontaktin aikana myönteinen ilmapiiri on tärkeä, sillä se luo lähtökohdan työntekijän ja asiakkaan väliselle hoitosuhteelle. Ensimmäisen tapaamisen aikana asiakas muodostaa käsityksen ohjaajasta tai palvelusta ja siihen saattaa vaikuttaa jo esimerkiksi tervehtiminen. (Eloranta & Virkki 2011, 54; Lindberg ym. 2015, 102-103 & Rovamo 2018.)

3.1 Hoitosuhteen luonne

Hyvälle hoitosuhteelle tyypillisiä piirteitä ovat luottamus, jaettu asiantuntijuus, vastuullisuus ja yhteistyö sekä vastavuoroisuus. Vastavuoroisessa keskustelussa kaksi asiantuntijaa pohtii yhdessä asiaa, asiakas oman elämänsä asiantuntijana ja ohjaaja ohjausprosessin ja sisällön asiantuntijana. Vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa asiakkaalla on tilaa ja tarpeeksi aikaa kertoa odotuksistaan, huolistaan ja kokemuksistaan, mikä edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä keskustelutilanteen aikana. Tutkimuksissa on todettu, että vastavuoroista vuorovaikutusta lisääviä tekijöitä ovat luottamus ja asiakkaan kokemukset siitä, että hän kykenee itse vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että yhteiskunnassa vallitsevat stereotypiat mielenterveys- ja päihdepotilaista ovat osasyynä sille, ettei vastavuoroinen vuorovaikutussuhde toteudu. Toisaalta on hyvä ottaa myös huomioon, etteivät kaikki asiakkaat halua olla suurella roolilla oman hoitonsa osalta, vaan ottavat vastaan asiantuntijoiden mielipiteet. (Laitila 2010; Eloranta & Virkki 2011, 54-55 & Rissanen 2015.)

Luottamus on tärkeää, koska joskus hoitosuhteen ja keskusteluiden aikana joudutaan pureutumaan hyvinkin henkilökohtaisiin asioihin. Tämä vaatii ohjaajalta hienotunteisuutta ja ohjaajan on tärkeää osata osoittaa ymmärrystä ja sallia asiakkaalle tilanteen herättämät tunteet, jotta luottamuksen rakentuminen jatkuu ja asiakas uskaltaa käsitellä arkojakin asioita. Luottamuksellisen ilmapiirin rakentumiseen vaikuttaa ohjaajan sanallinen ja sanaton viestintä sekä niiden samansuuntaisuus ja rauhallinen olemus. Lisäksi on tärkeää, että ohjaaja antaa palautetta kuuntelevasti asiakkaalle. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että ohjaaja ei kiirehdi kysymyksissään, vaan kommentoi asiakkaan puhetta tauotettuna ja etenee asiakkaan ehdoilla ilman että

vaikuttaa itse keskustelun sisältöön. (Kilkku 2008; Eloranta & Virkki 2011, 54-55 & Välikoski 2014.)

On tärkeää, että asiakas kokee voivansa itse vaikuttaa hoitoonsa ja sen kulkuun. Tällöin toteutuu myös asiakkaan itsemääräämisoikeus, kun asiakas itse päättää hoidon sisällöstä sekä vastaa tehdyistä päätöksistä. Itsemääräämisoikeuden tulisi lähtökohtaisesti aina toteutua, mutta erinäisillä tekijöillä, kuten iällä, muisti- tai psyykkisellä sairaudella sekä kehitystasolla saattaa olla vaikutusta asiakkaan mahdollisuuksiin vastata oman hoitonsa päätöksenteosta. Riippumatta siitä, onko asiakas kykenevä vastaamaan omasta hoidostaan ja siihen liittyvästä päätöksenteosta, on kaikissa tilanteissa pyrittävä asiakaslähtöisyyteen. Asiakaslähtöisessä vuorovaikutuksessa lähtökohtina ovat asiakkaan tarpeet ja tilanne, jolloin asiakas vaikuttaa omaan hoitoonsa luonnollisesti enemmän. Ohjaajan on kuitenkin otettava huomioon se, ettei hoitosuhteessa tai ohjaustilanteessa voida edetä vain toisen asettamilla ehdoilla, vaikka asiakkaan tarpeet ovatkin tilanteessa lähtökohtana. (Laitila 2010; Eloranta & Virkki 2011, 55, 59-61 & Arvola 2014.)

Tuloksiltaan köyhiksi jääviin hoitosuhteisiin liittyy yleensä yhteistyöhalukkuuden puutetta, työntekijän pessimistinen suhtautuminen autettavaan tai ongelmaan tai työntekijän painostava tai pakottava työtapo, vallan käyttäminen, vaikeiden ja hankalien asioiden välttäminen (Aalto ym. 2009, 145-146). Yhtenä hoitosuhteen toimimattomuuden syynä voi olla se, että ohjaajan toiminta on liian kaavamaista, ja asiakasta ei tuolloin aktivoida tarpeeksi, vaan hän jättäytyy hoidettavaksi ja hoitosuhteen vastavuoroisuus jää puutteelliseksi. Vastavuoroisuus voi jäädä puutteelliseksi myös tilanteissa, joissa hoitaja ei osaa kuunnella asiakasta oikein, tai hyödyntää kuulemiaan asioita. Joskus syy hoitosuhteen toimimattomuudelle saattaa olla ohjaajan tai asiakkaan suojautuminen puolustusmekanismien avulla. Puolustusmekanismeja ihminen käyttää tiedostamattaan, joilla hän sovittaa tosiasioita itselleen siedettävään muotoon. Puolustusmekanismeja on useita erilaisia, ja jokainen käyttää niitä tarpeen mukaan. Kieltäminen on yksinkertainen puolustusmekanismi, jonka avulla ahdistava tai pahaksi koettu asia työnnetään sivuun ja ”unohdetaan”. Joskus tahatonkin asioiden unohtaminen voi olla merkki kieltämisestä. (Laitila 2010; Eloranta & Virkki 2011, 55-56; Välikoski 2014; Lindberg ym. 2015, 73 & 77 & Rissanen 2015.)

3.2 Ohjaajan asema hoitosuhteessa

Mielenterveys- ja päihdetyössä työväliseen ihmisen hoidossa on ohjaaja itse. Sen vuoksi on tärkeää, että ohjaaja kykenee ja ymmärtää kuinka voi hyödyntää omaa ammatillisuuttaan tärkeänä työvälisenä hoidon aikana. On tärkeää, että hoitosuhde lähtee aina asiakkaan tarpeista ja näkökulmasta, eikä ohjaajan moraalista tai omista näkökulmista. Jotta hoito on selkeää ja hoitotyöntekijät koetaan luotettaviksi, on tärkeää perustella hoidossa tapahtuvia valintoja selkeästi ja ymmärrettävästi niin asiakkaalle itselleen, kuin myös hänen läheisilleen ja koko työyhteisölle. (Saarnio 2009; Lindberg ym. 2015, 73 & Holmberg 2016, 89.)

Ohjaajan ja asiakkaan välinen hoitosuhde on yhteistyösuhde, jossa kumppanuus on ensisijainen asia. Asioista on sovittava mahdollisimman tarkasti jo etukäteen eikä

yhteistyökumppanuutta sivuuteta hoidon edetessä tai siihen liittyvien linjauksien muuttuessa. (Holmberg 2016, 84.)

Ohjaajan työskentelyä ohjaa eettinen toimintaperusta. Siinä korostuu inhimillisen kohtaamisen merkitys, sekä asiakkaan oikeudet vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Toisinaan ei ole helppoa toimia eettisten arvojen mukaisesti, vaan joskus työn edellytykset ja esimerkiksi työympäristö voivat asettaa rajoja niiden toteutumiselle. Tämä voi kuormittaa ohjaajaa ja aiheuttaa ns. empatiaväsymystä, kun ohjaaja ei enää kykene erottamaan asiakkaan tunteita omistaan jatkuvan ihmisten hädän kokemisen myötä. (Lindberg ym. 2015, 73 & Mönkkönen 2018, 39-41.)

Työntekijän on tärkeää tunnistaa itsessään uupumuksen merkit. On hyvä välillä arvioida omaa työskentelyään sekä siihen liittyviä tapoja, tavoitteita, suhtautumista, asenteita ja kollegiaalisuutta. On myös tärkeää pystyä palautumaan työstä, sekä löytää itselleen sopivimmat palautumismenetelmät. Vaikka on tärkeää tunnistaa uupumuksen merkit, on vieläkin tärkeämpää pystyä myöntämään itselleen se, että on uupunut työhönsä. (Heiskanen 2012 & Holmberg 2016, 204-205.)

Erytisesti auttamistyössä on uhkana myötätuntouupumuksen kehittyminen. Myötätunnon osoittaminen on osa inhimillisyyttä ja hoidettavan asiakkaan traumaan liittyvät kokemukset ja tunteet siirtyvät helposti myös työntekijään. Mikäli näitä tunteita ei pääse purkamaan ja käsittelemään tästä voi seurata voimakasta stressiä mikä vaikuttaa työntekijän työkykyyn. Työntekijän mieliala voi laskea ja hän voi kokea itsensä yksinäiseksi siitä huolimatta, vaikka ei fyysisesti työskentelisikään yksin. Työntekijä voi kokea ahdistusta, jännitystä ja varautuneisuutta ajatellessaan hoitotilanteita sekä kokea etteivät auttamisen keinot asiakkaan tilanteen lievittämiseksi ole riittäviä. Tilanteen edetessä pidemmälle voi työntekijä kokea myös häpeää uupumisestaan ja epäonnistumista työssään, minkä vuoksi olisi tärkeää pystyä keskustelemaan kuormittavista tilanteista ja niiden synnyttämistä tunteista työyhteisön kesken. (Heiskanen 2012; Kalliola 2012 & Holmberg 2016, 205-207.)

Stressiä työssä kerryttää myös riittämättömät voimavarat, kuten esimerkiksi turvattomat työtilat, liian suuri asiakasmäärä tai epärealistiset tulostavoitteet. Sen seurauksena työntekijä voi alkaa helposti syyttämään itseään sekä muita työyhteisön jäseniä, tuntee pettymystä työtänsä kohtaan ja turhautua työmäärän kasvaessa. Stressitilan edetessä on epämiellyttävä tunne läsnä myös vapaa-ajalla, jolloin työntekijä ei palaudu työn aiheuttamasta kuormituksesta, vaan voi herätä jopa öisinkin miettimään edellisen tai tulevan päivän työtehtäviä sekä punnita omaa osaamistaan ja kokea riittämättömyyden tunteita. Se vaikuttaa työntekoon siten, että työpäivät muuttuvat työntekijän näkökulmasta uuvuttaviksi selviytymiskamppailuiksi. Tällöin on hyvä selvittää, että onko työntekijä kykenevä työntekoon, vai vaatiiko tilanne sairauslomaa ja keskustelua esimiehen kanssa työssäjaksamisesta. (Heiskanen 2012; Kalliola 2012 & Holmberg 2016, 205-208.)

3.3 Työyhteisön toiminta osana onnistunutta hoitotyötä

Ohjaajan tulee pyrkiä tekemään työssään eettisesti oikeita ratkaisuja itsenäisesti, vaikka se vaatisi rohkeutta. Pyrkimyksenä on tehdä asiakkaan tilannetta eteenpäin vieviä ratkaisuja, vaikka asioista ei oltaisi aina samaa mieltä asiakkaan, hänen

läheistensä tai työyhteisön muiden jäsenten kanssa. On tärkeää, että työyhteisössä noudatetaan yhteisiä, ennalta sovittuja pelisääntöjä. Hyvä hoito voi jopa vaarantua työntekijöiden välisten ongelmien vuoksi. Välillä onkin hyvä pysähtyä tarkastelemaan hoitopaikan sääntöjä, asiakasta koskevia oikeuksia ja velvollisuuksia hoidossa sekä työyhteisön yhteisiä asetettuja tavoitteita hoidon suhteen. Ongelmia voi aiheutua esimerkiksi siitä, että sovittuja hoitolinjauksia rikotaan, käyttäydytään epäkohteliaasti tai syytetään toisia eri asioista. Tämä johtuu usein siitä, että on erilaisia näkemyksiä siitä, kuinka yhteisiin tavoitteisiin päästään. (Heiskanen 2012 & Holmberg 2016, 84, 104-105.)

Erilaisten näkemysten vuoksi voi olla vaikeaa hahmottaa sitä, että mikä on hoitotyössä sallittua ja mikä ei, tai voi olla vaikeaa rajata asiakasta niin, että hänen perusoikeutensa säilyvät rajaamisesta huolimatta. Ongelmalliset tilanteet tai epäkohdat olisikin hyvä ottaa huomioon ja puheeksi työyhteisössä, jotta työyhteisössä voitaisiin säilyttää sellainen ilmapiiri, joka tukee yhdessä oppimista ja lujittaa yhteistyötä työyhteisössä. Lisäksi haasteita hoitotyölle ja sen tulkitsemiselle asettavat uudistuvat käytännöt ja jatkuvasti lisääntyvä uusi ja ajankohtainen tieto. Haasteellisena on koettu tiedonhallinta ja tiedon jakaminen. Tutkimuksien perusteella on todettu, että tietoa tulisi jakaa kollektiivisemmin, esimerkiksi osastokokousten tai tiimipalaverien muodossa, jotta tietoa voitaisiin käsitellä yhteisöllisesti ja luoda siitä kokonaiskuva koko työyhteisön voimin. (Pennanen 2015 & Holmberg 2016, 84, 104-105.)

Jokainen työyhteisön jäsen on vastuussa omasta työstään ja tekemistään valinnoista. Hoitotyölle tulee jokaisen pystyä luomaan selkeät puitteet ja toimimaan muuttuvissakin tilanteissa turvallisesti ja luotettavasti. On myös tärkeää, että jokainen kykenee myöntämään tekemänsä virheet ja kantamaan niistä vastuun korjaamalla ne sekä kehittymään saamansa palautteen perusteella. Kantavan yhteistyön perustana on hyvä osaaminen ja ammatillinen kehittyminen omassa työssään sekä kollegiaalinen toiminta mielenterveys- ja päihdetyössä. On tärkeää kunnioittaa omaa, sekä muiden työntekijöiden osaamista ja hyödyntää sitä työn tukena. Hyvän hoidon ja taitavan työntekijän tunnusmerkkejä ovat työn hyvä ja yhtenevä laatu, innovatiivisuus, omistautuneisuus työhön ja asiakkaaseen sekä luottamuksellisuus hoitotyötä ja omia kollegoita kohtaan. (Sipola-Kauppi 2009; Lerssi-Uskelin ym. 2011 & Holmberg 2016, 198.)

Työturvallisuus ja työssä jaksaminen on tärkeää hoitotyön onnistumisen kannalta. Mielenterveys- ja päihdetyössä se korostuu haastavissa tilanteissa, joissa työyhteisön pelisäännöt ovat selkeitä ja kaikilla tiedossa, minkä vuoksi työ on sujuvaa. Vaaratilanteita ja läheltä piti -tilanteita on hyvä käsitellä, jotta vältetään työntekijöiden uupumus, väsymys ja stressaantuminen. Mielenterveys- ja päihdetyössä työn onnistumiseen vaikuttaa suoraan se, miten työntekijät työssään jaksavat ja kuinka motivoituneita he ovat tekemään töitä työyhteisön ja asiakkaiden kanssa sovittujen tavoitteiden eteen. (Kalliola 2012 & Holmberg 2016, 204.)

Työyhteisössä on hyvä luoda yhteisiä tavoitteita ja ennalta sovittuja sääntöjä, jotka ohjaavat päivittäistä hoitotyötä. Yhteisten tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat muutkin asiat, kuin sääntöjen ja sopimusten noudattaminen. Työyhteisössä yhteisöllisyyden kannalta tärkeää on avoimuus ja avoin keskustelu siitä, mitä ollaan tekemässä ja miten yhdessä toimitaan rakentavasti ja toista arvostavasti. Yhdessä tekemisen edellytyksenä on, että toisia arvostetaan ja vahvuuksia kunnioitetaan, sekä

osoitetaan se toisilleen sanoin ja teoin. Arvostusta voidaan osoittaa olemalla kiinnostunut muiden työntekijöiden mielipiteistä, kysymällä neuvoa ja mielipidettä, sekä antamalla myönteistä palautetta. On kuitenkin tärkeää muistaa, että jokaisen tulee arvostaa myös itse itseään, sillä muiden on vaikeampi osoittaa arvostusta itseään vähättelevälle työntekijälle. (Lerssi-Uskelin ym. 2011; Heiskanen 2012; Kalliola 2012 & Mäkisalo-Ropponen 2016, 115-116.)

Yhteiset säännöt on tehty noudatettaviksi, ja jokaisen työyhteisön jäsenen tulisi sitoutua noudattamaan niitä, sekä tuomaan esille, mikäli havaitsee ettei työyhteisön sääntöjä noudateta. Epäkohtien ja ongelmien ratkominen, sekä niistä keskusteleminen koetaan usein hankalana, sillä keskustelu helposti kääntyy siihen, mistä ongelma tai epäkohta johtuu ja kenen syy se on. On kuitenkin luonnollista, että hyvässäkin työyhteisössä tapahtuu virheitä, ristiriitoja ja erehdyksiä. Olennaista on se, että niiden ymmärretään kuuluvan työhön, ja että niiden kautta jokainen työyhteisön jäsen oppii ja kehittyy työssään. Ongelmat eivät häviä itsestään, vaan kasautuvat kun ne sivuutetaan, ja tämä aiheuttaa turhaa vastakkainasettelua työyhteisön kesken. Huono työilmapiiri puolestaan laskee yksilöiden työmotivaatiota ja työhön sitoutumisen heikkenee, mikä heijastuu suoraan hoitotyön laatuun ja tuloksellisuuteen. (Sipola-Kauppi 2009; Lerssi-Uskelin ym. 2011; Heiskanen 2012; Kalliola 2012 & Mäkisalo-Ropponen 2016, 121–122, 125–126.)

4 PÄIHDERIIPPUUUS

Haitallinen riippuvuus voi kehittyä melkein mihin tahansa aineeseen tai toimintaan, josta voi saada mielihyvää. Se voi kehittyä esimerkiksi alkoholiin, huumeisiin, lääkkeisiin, seksiin tai syömiseen. Riippuvuuden synnyttyä mielihyvän saaminen aineesta tai toiminnasta katoaa, ja tilalle tulee pakko. Päihderiippuvaiselle mielihyvän saaminen muusta kuin käytetystä aineesta tulee vaikeammaksi, kun toleranssi kasvaa. Pitkäaikaisen käytön myötä on mahdollista, että mielihyvän kokeminen tulee mahdottomaksi asioissa, joista normaalisti kokisi mielihyvää. Esimerkiksi amfetamiinin käyttäjillä on kokemuksia siitä, etteivät saa mielihyvää enää seksistä samalla tavalla kuin ennen päihteiden käyttöä. Lisäksi riippuvuudelle yleisesti ominaista on se, että riippuvainen tarvitsee riippuvuuden tilalle toisen kohteen, joka motivoi ja tuottaa hyvää oloa riippuvuuden tilalla. Tällaisia voivat olla esimerkiksi liikunta, opiskeleminen tai uskonto. (Päihdelinkki 2009; Juusola 2012, 196, Felman 2018 & National Institute on Drug Abuse 2018a.)

Päihderiippuvuus on krooninen ja myös toipumisen alettua mahdollisesti toistuva sairaus, jossa päihderiippuvainen henkilö ei kykene hallitsemaan huumeiden, lääkkeiden tai alkoholin käyttöönsä huolimatta siitä, että käyttö aiheuttaa hänelle negatiivisia terveydellisiä haittoja. On myös tutkittu, että on olemassa niin kutsuttuja riskigeenejä, joita voidaan pitää riippuvuudelle altistavina. Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki, joilla on riskigeenejä, tulisivat päihderiippuvaisiksi, tai että kaikilla päihderiippuvaisilla olisi kyseisiä geenejä. (Havio ym. 2008; Lappalainen-Lehto ym. 2008, 19-20 & Juusola 2012, 195.)

Riippuvuus päihteisiin voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista, sekä kaikkia näitä yhdessä tai eri yhdistelmissä. Psyykinen riippuvuus alkaa kehittymään useimmiten ennen fyysistä riippuvuutta. Psyykkisessä riippuvuudessa käyttäjä kokee päihteen ja sen käytön sekä vaikutukset hyvinvoinnilleen välttämättömäksi. Fyysinen riippuvuus sen sijaan ilmenee siten, että päihteen käyttämättä jättäminen aiheuttaa erilaisia ja eriasteisia häiriöitä elintoiminnassa, jotka ilmenevät vieroitusoireina. Sosiaalisessa riippuvuudessa on kyse enemmänkin siitä, että ihminen kiinnittyy vahvasti sellaiseen sosiaaliseen verkostoon tai yhteisöön, jossa päihteiden käytöllä on keskeinen asema yhteenkuuluvuuden suhteen. (Havio ym. 2008; 42-43, Juusola 2012, 194 & Felman 2018.)

4.1 Päihdeongelmaisen kohtaaminen

Päihdeongelmaisen kohtaamisessa tärkeimpänä asiana voidaan pitää sitä, että hänet kohdataan kuten muutkin ihmiset: vastuullisena aikuisena. Kohtaamisessa keskeisintä on hoitohenkilökunnan, päihderiippuvaisen ja joskus myös hänen läheistensä välinen vuorovaikutus. Päihteiden ongelmakäyttäjät koetaan usein ei-toivotuiksi potilaiksi: heidät nähdään jo valmiiksi hankalina, räyhäävinä, aggressiivisina ja vaativina. Tämän vuoksi heidän kanssaan ei juurikaan haluta olla tekemisissä. Myös tutkimukset päihdeongelmaisten kohtaamisesta heidän näkökulmastaan osoittavat sen, että heitä pidetään ei-toivotuina asiakkaina. Päihdeongelmaiset ovat tutkimuksien mukaan kokeneet, että heidät kohdataan aina samalla asenteella, sekä heidät leimataan jo

ennen kuin ovat itse päässeet vaikuttamaan asiaan. (Tuomola 2012 45-46; Van Boekel ym. 2013; Björk 2016; Mielenterveystalo 2018 & Rovamo 2018.)

Hoitohenkilökunnan asenteisiin vaikuttaa paljon myös se, että luetaanko päihteidenkäyttö sairaudeksi vai ”pahaksi tavaksi”, joka on ihmisen ”oma vika”. Riippuvuus tulisikin nähdä enemmän lääketieteellisenä kuin moraalisenä ongelmana. Monet päihteitä käyttävien kanssa työskentelevät ovat saaneet sen kokemuksen, että päihteidenkäyttäjät kerta toisensa jälkeen retkahtavat uudestaan käyttämään päihteitä ja että heitä on mahdotonta auttaa. Myös hoitohenkilökunta kokee pettymystä siinä missä päihdeongelmaisetkin, sekä kiukustumista ja turhautuneisuutta. (Järvinen 2011; Tuomola 2012 46-47 & Björk 2016.)

Päihdeongelmaan tulisi suhtautua kuin pitkäaikaissairauteen, eikä nähdä hoidon uusijoita epäonnistuneina tai epämotivoituneina. Sen sijaan uudelleen hoitoon hakeutuminen tulisi nähdä vastuun ottamisen sairauden hoidosta, kuten muissakin pitkäaikaissairauksissa kuten esimerkiksi diabeteksessa tai masennuksessa. Näin hoito voitaisiin kokea positiivisemmin mahdollisuutena vaikuttaa omaan elämänlaatuun ja selviytymiseen. (Tuomola 2012 49; Björk 2016 & National Institute on Drug Abuse 2019.)

Positiivinen suhtautuminen, sekä ymmärtämisen ja hyväksynnän korostaminen hoitokontaktin alussa ja sen aikana on tärkeää niin luottamuksen rakentumisen kuin myös hoidon onnistumisen kannalta. Hoitoon hakeutuminen on usein ongelmakäyttäjälle vaikeaa häpeän, leimautumisen pelon ja huumeiden käytöstä aiheutuneen sekavuuden vuoksi. Hän alkaa usein pohtia vaihtoehtoja käyttäytymiselleen vasta kun kokee tulleen ymmärretyksi omasta ja päihderiippuvuuden näkökulmasta. Päihdeongelmaisen ja hoitohenkilökunnan välinen keskustelu tulee olla tasavertaista, aikuinen aikuiselle – keskustelua. Kuunteleminen sekä potilaan ja hänen tekemiensä ratkaisujen arvostaminen on tärkeää. Tilanteessa tulee olla rauhallinen, ymmärtäväinen, johdonmukainen ja selkeä sekä kärsivällinen. Hoitajan ei tule uhkailla, provosoitua, moralisoida tai suhtautua alentavasti potilaaseen. Hänen on myös hyvä hallita omat tunteensa, joita keskustelu mahdollisesti herättää kuten myös empaattinen suhtautuminen ja myötätuntoinen vastakkainasettelu. Hyvän ja onnistuneen kohtaamisen avain on neutraalius. Hyvänä muistisääntönä voidaan pitää sitä, että kohtaa jokaisen asiakkaan siten kuin itse haluaisi tulla kohdatuksi. (Tuomola 2012 48-49; Lindberg ym. 2015, 119-120 & Rakkolainen 2017.)

Hoitajan ja päihdeongelmaisen väliseen kohtaamiseen vaikuttaa myös päihdepotilaan oma käytös ja asenne päihdeongelmaan sekä hoitohenkilökuntaan. Tilanteita voivat vaikuttaa päihdeongelmaisten usein käyttämät puolustusmekanismit. Yksi yleisimmistä puolustusmekanismeista on projektio eli pyrkimys ulkoistaa oman toimintansa syyt muihin. Kieltämällä ongelmat päihdeongelmainen antaa luvan olla tuntematta tunnontuskia omasta käyttäytymisestään. (Järvinen 2011 & Tuomola 2012, 47.)

Päihdeongelmaisen asenteisiin ja käyttäytymiseen vaikuttavat puolestaan heidän yksilölliset taustansa. Ongelmakäyttäjien ryhmään kuuluu erilaisia potilaita, eikä heitä voi tai saa niputtaa yhdeksi täysin samanlaiseksi ryhmäksi. Käyttäjät eroavat toisistaan jo käyttämänsä aineen suhteen, vaikka suurin osa ongelmakäyttäjistä on päihteiden sekakäyttäjää. On myös hyvä muistaa, että jokisella on omat syynsä käyttää päihteitä, sekä päihderiippuvuuden syntyyn on voinut vaikuttaa hyvin monenlaiset tekijät. Siihenkin voi olla taustalla hyvin monenlaisia syitä, miksi on alun perin kokeiltu

voimakkaasti riippuvuutta aiheuttavaa päihdettä. (Havio ym. 2008, 42; Järvinen 2011; Tuomola 2012, 46-47 & Suokas 2016.)

Käyttöä itsessään voidaan luokitella sen mukaan, että onko kyseessä esimerkiksi kokeilukäyttäjä, satunnaiskäyttäjä tai jatkuvasti päihteitä käyttävä ja arvioimalla käyttäjän itsensä asettamien rajoitusten ja periaatteiden noudattamista. Käyttö voi olla hallittua, jos käyttäjän itsekontrolli ohjaa käyttöä eri tilanteissa. Holtittomaksi käyttöä voidaan kuvata silloin, kun tilanteet ja sen tekijät ohjaavat käyttöä enemmän kuin käyttäjän itsekontrolli. Pakonomaista ja jatkuvaa käyttöä kuvaavat puolestaan riippuvuus ja vieroitusoireet. (Tuomola 2012, 46.)

Päihdeongelmaiset eivät käytä päihteitä huvikseen, tai välttämättä välitöntä mielihyvää hakeakseen, vaan ne ovat usein keino lievittää erilaisia muuten sietämättömiä oireita tai tunnetiloja, kuten ahdistuneisuutta, ärtyneisyyttä, unettomuutta, häpeää ja ulkopuolisuuden tunnetta. Päihteiden käytön taustalla voi olla kyvyttömyys käsitellä mm. pelkoa, vihaa tai tyhjyyden tunnetta, mikä korvataan päihteiden käytöllä. Päihteiden käyttö on voinut monelle päihdeongelmalliselle olla myös tapa helpottaa stressiä, ja paikata sitä, mitä käyttäjä ei ole aiemmista ihmissuhteistaan saanut. Päihteistä on tullut ikään kuin luotettava, ja turvallinen ystävä, joka ei vaadi tai herätä vaikeita tunteita ja se on itse hallittavissa. Monilla käyttäjillä on vaikeuksia sanoittaa omia tunteitaan. Tunteita ei ehkä pystytä tunnistamaan, tai niiden säätely on hankaloitunut. (Tuomola 2012, 46; Suokas 2016 & Väestöliitto 2017.)

Osalla päihdeongelmallisista on taustalla hyvinkin raskaita kokemuksia pettymyksineen ja menetyksineen ja he ovat menettäneet jo kaiken luottamuksen siihen, että voisivat edes odottaa elämältä mitään hyvää. Useilla on takanaan lisäksi laitostausta (lastenkoti, vankila, koulukoti jne.), ja he ovat oppineet reagoimaan viranomaisiin kielteisellä tavalla ja ovat siksi jo valmiiksi puolustus kannalla. (Tuomola 2012, 46 & Suokas 2016.)

Potilaan aggressiivista käyttäytymistä ei tule hyväksyä, mutta usein tällainen käytös on reaktio taustalla oleviin tunteisiin, joita potilaan on vaikea käsitellä, kuten esimerkiksi pelottaviksi koetut avuttomuuden ja passiivisuuden tunteet. Joskus väkivaltaisen tai muuten aggressiivisen käyttäytymisen syynä voi olla myös persoonallisuushäiriö tai päihteiden käytön aiheuttama vainoharhainen harhamaailma. Psykiatrisen sairauden tai häiriön tunnistaminen ja hoito on tärkeää päihdeongelman hoitamisen ohella, sillä joskus päihdekäyttäjät saattavat käyttää päihteitä näiden oireiden lievittämiseen. Myös päihteiden käyttöön liittyvät vieroitusoireet voivat joskus purkautua aggressiivisina reaktioina. (Cruce 2008; Tuomola 2012, 47; Lindberg ym. 2015, 77, 119-121 & Suokas 2016.)

Aiemmat kohtaamiset auttajien ja hoitohenkilökunnan kanssa vaikuttavat päihdeongelmaisen ennakoasenteisiin uusien kohtaamisten suhteen. Kohtaamistilanteissa voi usein ilmetä epävarmuutta, sillä ongelmakäyttäjä ei tiedä osataanko häntä auttaa tai mitä hän saa kertoa ja mitä tapahtuu, jos kertoo. Tunnustaessaan huumeiden käytön hän samalla tunnustaa rikkoneensa lakia. Ongelmakäyttäjä ei myöskään välttämättä luota auttajaan ja tuntee häpeää ja leimautumisen pelkoa. (Tuomola 2012, 47-48, 53 & Björk 2016.)

4.2 Päihderiippuvuuksien hoitomenetelmiä

Ehkäisevä päihdetyö on laissa määritelty ja sillä pyritään ehkäisemään päihteiden käytöstä johtuvia haittoja ennen kuin haittoja ehtii tulla. Päihteiden käytöstä johtuvien ongelmien ennaltaehkäisy on parempi tapa puuttua päihderiippuvaisen päihteiden käyttöön kuin käytöstä johtuvien haittojen korjaaminen. Ennaltaehkäisevän päihdetyön tarkoituksena on vaikuttaa muun muassa päihteisiin liittyviin asenteisiin, tietoon, oikeuksiin ja haittojen ehkäisyyn. (THL 2009 & Laitila 2010.)

Hoitoon pääsyä ei voi päihteiden käyttäjältä hylätä määrärahojen puutteeseen, vaan kaikilla kuntalaisilla täytyy olla yhtäläinen mahdollisuus päästä hoitoon (Päihdeasiamies 2018). Päihdehuoltolaki edellyttää päihdehuollon palveluiden olevan tarjolla siten, että päihteiden käyttäjät voivat niihin hakeutua oma-aloitteisesti pienellä kynnyksellä. Päihteiden ongelmakäyttäjää on myös tarvittaessa tuettava toimeentulossa, asumisessa sekä töihin liittyvissä ongelmissa. (Päihdehuoltolaki 41/1986.)

Riippumatta siitä, mitä terapia- tai hoitomuotoa käytetään, on lukuisten kansainvälisten tutkimusten pohjalta todettu, että hyvä vuorovaikutussuhde työntekijän ja asiakkaan välillä on hoidon tuloksellisuuden kannalta merkityksellisempi kuin itse käytettävä menetelmä. Tärkeää on siis ensimmäiseksi rakentaa toimiva vuorovaikutussuhde asiakkaaseen. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 188-189.)

Lisäksi tulee ottaa huomioon se, että jotta päihderiippuvuutta pystyy hoitamaan sekä ymmärtämään siitä aiheutuvia vieroitusoireita, täytyy pystyä hahmottamaan kokonaiskuva riippuvuutta aiheuttavasta aineesta sekä käsittämään riippuvuuden aiheuttaman aineen reaktion elimistössä (Koski-Jännes & Pennonen 2010).

4.2.1 Psykososiaaliset hoidot

Psykososiaaliset hoidot ovat yhdistelmä menetelmiä ja tapoja, jotka perustuvat teorioihin. Psykososiaalisen hoidon keskeisiä tavoitteita ovat muutosmotivaation lisääminen ja hoitoon sitoutuminen, sekä päihteiden pakonomaisen käytön vähentäminen. Lisäksi tavoitteina voi olla myös asiakkaan ajattelu- ja toimintatapojen tarkastelu ja muuttaminen, uusien taitojen oppiminen ja toimivien ihmissuhteiden löytäminen ja niiden ylläpitäminen. (Weckroth 2007; Aalto 2012, 121; Aalto 2015, 56-57; Mikkonen 2012, 88-89; Rakkolainen 2017; National Institute on Drug Abuse 2018b & National Institute on Drug Abuse 2019.)

Psykososiaalisen hoidon perustana on tukea antava vuorovaikutus asiakkaan sekä hänen läheistensä kanssa. Tärkeää on myös tiedon antaminen riippuvuuksien luonteesta ja hoidosta sekä sen sisällöstä. Hyödyllisiä ovat myös asiakkaalle itselleen annettavat kirjalliset tai muut tehtävät, mutta myös muunlainen tavoitteellinen toiminta ja tekeminen voivat olla osa hoitoa. Psykososiaalinen hoito voi pitää sisällään yksilö-, ryhmä-, pari- tai perhetapaamisia. Hoidoissa voidaan hyödyntää esimerkiksi rentoutusharjoituksia, toiminta-, taide- ja musiikkiterapiaa, joita voi antaa kuka tahansa asiaan perehtynyt hoitaja tai henkilö, kun taas psykoterapian toteuttaminen vaatii asianmukaisen koulutuksen ja sitä voi harjoittaa vain viranomaisen oikeuttama

psykoterapeutti. (Weckroth 2007; Aalto 2012, 121 & National Institute on Drug Abuse 2019.)

4.2.2 Muutoksen vaihemalli

Päihdeongelman hoidon tulee perustua yksilöllisesti laadittuun hoitosuunnitelmaan, jossa on määritelty hoidon tavoitteet, lääketieteellinen ja psykososiaalinen hoito, kuntoutus ja seuranta. Hoitosuunnitelma tulee laatia yhdessä asiakkaan kanssa ja siinä tulee huomioida muutosvaihemalli. (Käypä hoito 2018 & National Institute on Drug Abuse 2019.) Muutoksen vaihemallin (tai myös muutosvaihemallina kutsutun) avulla voidaan tarkastella päihdeongelman asiakkaan muutosprosessia. Muutoksen vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe sekä henkilökohtaisen kasvun vaihe. (Heiska 2010, 129; Holmberg 2012 125, & Rautio 2017.)

Esiharkintavaiheessa asiakkaassa tulee herättää huolta, jotta hän alkaisi pohtimaan käyttäytymiseensä liittyviä ongelmia ja riskejä. Harkintavaiheeseen siirtyessä tulisi näitä riskejä ja ongelmia käsitellä muutosmyönteisesti ja vahvistaa asiakkaan ilmaisemia muutostarpeita tuomalla esiin muuttumattomuuden riskejä sekä osoittaa ristiriitaa asiakkaan esittämien tavoitteiden ja hänen sen hetkisen käyttäytymisen ja sen seurausten välillä. Motivaatiota muutokseen lisää myös se, kun asiakas ymmärtää konkreettisesti sen, mitä hänen elämässään tapahtuu ja mitä hän itse haluaisi siinä tapahtuvan. Harkintavaihe vaatii yleensä huumeongelmaisten kohdalla enemmän aikaa, kuin alkoholiongelmaisten. Asiakkaalle on annettava aikaa jäsenellä tarvittavaa muutosta ja jo tapahtuvia muutoksia. Harkintavaiheen aikana tulisi käsitellä myös muita asiakkaan ongelma-alueita ja pohdittava keinoja niistä selviytymiseen, mitkä liittyvät vaihemallin valmistautumisvaiheeseen, jonka aikana asiakkaan kanssa harjoitellaan erilaisia muutosta tukevia strategioita. (Heiska 2010, 129-131; Holmberg 2012 126, 128; Rakkolainen 2017 & Rautio 2017.)

Toimintavaiheessa asiakas joutuu pohtimaan myös muita elämän osa-alueitaan, ja asiakkaan kanssa opetellaan mm. sosiaalisia taitoja ja hoidetaan ihmissuhdeongelmia. Toimintavaiheessa asiakkaalla voi olla halu pysäyttää pohdinta siten, että vakuuttaa että lopettaa päihteiden käytön pysyvästi. Pohdinta herättää asiakkaassa epämiellyttäviä tunteita addiktoituneeseen käytökseen liittyen, mutta asiakkaalle on enemmän hyötyä siitä, että pohtimalla opettelee jäsentelemään toimintaansa ja ajattelemaan sekä puhumaan muutoksensa puolesta. (Heiska 2010, 130-131; Holmberg 2012 126-127 & Rautio 2017.)

Vaihemallin ylläpitovaiheen aikana asiakkaan on tarkoitus ylläpitää muutosta. Ylläpitovaiheen aikana esteiksi voivat nousta konkreettiset taitovajeet, kuten esimerkiksi välttävä lukutaito. Näitä aukkoja tulisi korjata, sekä opetella muita taitoja, jotta asiakkaan itsetunto kohoaa ja sen myötä kiinnostus muutokseen mahdollisesti lisääntyisi. Usko omaan pysyvyyteen on muutosmotivaatioon vaikuttava tekijä kaikissa muutoksen vaiheissa, kuten on useissa hoitotutkimuksissa todettu. (Heiska 2010, 130-131; Holmberg 2012 128-129 & Rautio 2017.)

Viimeisessä vaiheessa eli henkilökohtaisen kasvun vaiheessa asiakas keskittyy omien, yksilöllisten ongelmiansa työstämiseen. Henkilökohtaisen kasvun vaihe vaihtelee

sisällöltään suurestikin eri potilaiden välillä. Vaiheen aikana tulevien mahdollisten retkahduksien tai lipsumisien jälkeen autetaan asiakasta keskittymään haittojen vähentämiseen, jotta paluu muutoksen tielle tapahtuisi mahdollisimman pian. (Holmberg 2012, 128 & Rautio 2017.)

Vaihemallin avulla otetaan huomioon valmistautumisen ja valmennuksen merkitys, eikä nähdä muutosta ja toimintaa toistensa synonyymeina. Suuren muutoksen yrittäminen ennen riittävää yhteistyötä tai menetelmiin valmennusta, on tavallisin retkahduksiin johtava virhe. Toisaalta toisena vaarana on se, että asiakas juuttuu pohtimaan muutosta liikaa, eikä uskalla ryhtyä muutokseen itseensä ollenkaan. Ongelmat ja tavoitteet voivat olla niin suuria, että ne koetaan ylitsempääsemättöminä. Päihdeongelmasta kuntoutumisen vaiheistus ja osaongelmien välisien suhteiden tarkastelu on tärkeää, sillä se lisää ymmärrystä ja vähentää muutoksen vastustusta. Taulukossa 1 esitetty päihdeongelmaisen muutoshalukkuuden vaiheet. (Holmberg 2012, 125–126 & Rautio 2017.)

Taulukko 1 Päihdeongelmaisen muutoshalukkuuden vaiheet (Aalto 2013, 58).

Esiharkintavaihe	Asiakas ei itse tunnista ongelmaa.
Harkintavaihe	Asiakas on epävarma tarpeesta muuttaa käyttäytymistään, eikä suunnittele sitä.
Valmisteluvaihe	Asiakas ymmärtää muutoksen tarpeellisuuden, mutta ei ole varma, miten muutoksen tekisi.
Toimintavaihe	Asiakas sitoutuu muuttamaan käyttäytymistään ja opettelee uusia taitoja ja ajatusmalleja.
Ylläpitovaihe	Asiakas pyrkii säilyttämään muutoksen tuoman uuden tilan.

4.2.3 Motivoiva haastattelu

Motivoivaa haastattelu menetelmää voidaan käyttää muutoksen kaikissa vaiheissa, mutta vuorovaikutustekniikat vaihtelevat sen mukaan missä muutoksen vaiheessa asiakas on. Motivoivan haastattelun viisi keskeistä menetelmää luovat edellytykset asiakkaan muutospuheelle haastattelutilanteessa. Menetelmät ovat avointen kysymysten esittäminen, asiakkaan puheen reflektointi, yhteenvetojen tekeminen asiakkaan puheesta sekä asiakkaan omien muutosvalmiuksien tukeminen ja niiden vahvistaminen. Tärkeimpänä tavoitteena on menetelmien avulla herätellä asiakkaan omaa muutospuhetta ja itsereflektointia. Asiakkaan tulisi itse pohtia, mitä hänen elämässään tapahtuu ja mitä hän itse haluaisi siinä tapahtuvan. Motivoivan haastattelun menetelmät myös edistävät hyvän hoitosuhteen syntymistä, mikä on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta. (Aalto 2012, 121-122; Holmberg 2012, 126, Lindberg ym. 2015, 122; Rakkolainen 2017 & National Institute on Drug Abuse 2019.)

Motivoivan haastattelun tuloksena syntyy kirjallinen muutossuunnitelma (taulukko 2), jonka asiakas on itse tehnyt. Sisältö vaihtelee esimerkiksi asiakkaan ja muutoshalukkuuden vaiheesta riippuen. (Aalto 2015, 90–91.)

Taulukko 2 Esimerkki muutossuunnitelman sisällöstä (Aalto 2015, 90).

1	Syyt, miksi suunnitelma halutaan toteuttaa.
2	Omat tavoitteet.
3	Mittarit, joilla tavoitteeseen pääsyä mitataan.
4	Konkreettiset teot, joiden avulla tavoitteeseen päästään, eli mitä tehdään ja milloin.
5	Tärkeät henkilöt, jotka auttavat tavoitteeseen pääsyssä ja tavat, joilla he pystyvät auttamaan.
6	Esteet tavoitteeseen pääsyssä ja miten niihin voidaan reagoida.

4.2.4 Retkahdukset ja niiden ehkäiseminen

Retkahdukset ovat osa kuntoutumisprosessia. Retkahdus ei tarkoita sitä, että hoito olisi epäonnistunut, vaan kuvaa ennemminkin riippuvuuden kroonisuutta. Toisten päihderiippuvaisten kohdalla retkahdus on osa heidän läpi käymäänsä kuntoutumista oleellisena osana ja retkahduksien yhteydessä tulisikin keskustella potilaiden kanssa siitä, että mikä johti retkahdukseen ja tulisiko kokeilla toisenlaista hoitomenetelmää tai tehdä muutoksia nykyiseen menetelmään. (National Institute on Drug Abuse 2018b.) On tärkeää tunnistaa ennalta tilanteita, joissa asiakas tavallisesti retkahtaa. Riskitilanteet voivat olla ulkoisia, kuten saunailta, tai sisäisiä, kuten stressi. Riskitilanteet tunnistetaan keskustelemalla yhdessä asiakkaan kanssa hänen aikaisemmista retkahduksistaan ja niihin johtaneista tilanteista. Retkahduksen taustalla voi olla esimerkiksi tunteita tai ajatuksia, sekä sosiaalisia ja ympäristöllisiä tekijöitä ympäristötekijä, joita asiakas ei pysty hallitsemaan. Asiakkaan elämäntapaa voidaan muuttaa suuntaan, joka vähentää riskitilanteiden syntymistä. Muutos voi olla esimerkiksi uusi harrastus tai keskittyminen tärkeisiin ihmissuhteisiin. Hoidon tavoitteena on vähentää ratkeamisen riskejä ja opetella selviytymiskeinoja riskitilanteiden varalle. Asiakkaan avuksi voidaan asettaa helposti seurattava tavoite, jota voidaan seurata. (Aalto 2013, 58-59 & National Institute on Drug Abuse 2018b.)

5 ALKOHOLIRIIPPUUUS

Terveyden ja hyvinvointi laitoksen tekemän tutkimuksen mukaan noin 13 prosentilla suomalaisista on kohonnut riski saada alkoholin suurkulutuksen vuoksi pitkäaikaisia terveyshaittoja. Humalahakuista juomista harjoittaa suomalaisista jopa enemmän ja on tutkittu, että jopa 57 prosenttia on vuoden 2016 aikana ylittänyt humalakäytön rajan. Humalakäytöksi lasketaan yli 5 annosta kerralla. (THL 2018.)

5.1 Alkoholiriippuvuus ja sen syntyminen

Alkoholin keskushermostoon vaikuttava osa on etanoli, joka saa ihmisessä suuremman kulutuksen yhteydessä aikaan humaltumisen. Alkoholi aiheuttaa monia erilaisia vaikutuksia ihmisissä: itsetunto kohenee, estot väistyvät, ihminen saattaa tulla sosiaalisemmaksi sekä myös kriittisemmäksi muita kohtaan. (Healthline 2018.) Nämä vaikutukset ovat kuitenkin yksilöllisiä, mutta pääosin alkoholi aiheuttaa muutoksia aivoissa ja näin ollen yksilön käyttäytymisessä sekä tunteissa (Aalto ym. 2013, 9). Alkoholiriippuvuus voi syntyä jatkuvan pitkäaikaiskäytön seurauksena. Se on fyysisen riippuvuuden sekä psyykkisen riippuvuuden summa. Kuitenkin psyykkisen riippuvuuden osuus on suurempi ja jopa vieroitusoireiden loputtua ihmisellä saattaa olla pakonomainen tarve käyttää alkoholia. Tämä pakonomainen tarve saattaa johtua totutusta käyttäytymismallista. (Aalto ym. 2013, 9.)

Fyysinen riippuvuus kuitenkin kehittyy vaiivhkaa, eikä yksilöllä itsellään välttämättä ole tietoa riippuvuudesta ennen vieroitusoireiden alkua. Fyysisen riippuvuuden kehittymiselle altistuessa yksilön tarvitsee kuitenkin juoda alkoholia useasti sekä veressä olla pitkään ja yhtäjaksoisesti alkoholia. (Päihdelinkki 2019.) Fyysiseen riippuvuuteen liittyy vahvasti myös toleranssin eli sietokyvyn kehittyminen. Toleranssi kehittyy elimistön tottuessa alkoholin käyttöön. Toleranssia on toiminnallista sekä aineenvaihdunnallista. Aineenvaihdunnallisessa toleranssissa elimistö polttaa alkoholia nopeammin ja näin ollen vähentää veressä olevan alkoholin pitoisuutta. Toiminnallisessa toleranssissa keskushermosto tottuu alkoholiin ja tästä johtuen ihmisen nauttiessa alkoholia entistä suurempia määriä, hermosto reagoi alkoholiin hitaammin ja vasta yksilön normaalia suuremman annoksen ylittyessä. (Eriksson ym, 2019.)

Alkoholiriippuvuuteen voi sairastua kuka tahansa iästä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, sosioekonomisesta asemasta riippumatta. Alkoholiriippuvuus ei ole periytyvää, mutta taipumus siihen saattaa olla. On löydetty erilaisia riippuvuuteen altistavia geenejä, mutta niiden ei ole todistettu olevan varsinaisen alkoholiriippuvuuden selittäviä. Monet näistä altistavista geeneistä kuitenkin säätelevät erilaisia alkoholiriippuvuuden riskiin liittyviä ominaisuuksia. (Arramies 2008 & Aalto ym. 2013, 30.) Myös ympäristötekijöillä, kuten kasvatuksella, perhesuhteilla ja alkoholin käytön aloitusiällä on merkitystä riippuvuuden kehittymiselle (Arramies 2008; Aalto ym. 2015, 35-39 & THL 2019).

Alkoholiriippuvuus on määritelty Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokituksessa. Diagnoosin saamiseksi kuudesta kriteeristä vähintään kolmen pitää täytyä vähintään

kuukaudessa tai vuoden aikana toistuvasti lyhyempinä jaksoina. (Arramies 2008 & Aalto ym. 2015, 60.)

Taulukko 3 Alkoholiiriippuvuuden kriteerit ICD-10-luokituksen mukaan (Aalto ym. 2013, 40).

1	Voimakas halu sekä pakottava tarve saada alkoholia
2	Henkilö ei pysty hallitsemaan juomisensa aloittamista, lopettamista eikä käytettyjä määriä
3	Henkilöllä alkaa esiintyä vieroitusoireita, kun alkaa vähentää alkoholin käyttöä tai lopettaa kokonaan alkoholin käytön.
4	Henkilöllä sietokyky kasvaa, jolloin normaalien käyttämiensä annosten vaikutukset heikkenevät
5	Henkilö ei pysty keskittymään muihin asioihin kuin alkoholin käyttöön. Kiinnostuksen kohteet ja muut mielihyvän lähteet siirtyvät ja henkilö käyttää aikansa vain alkoholin käyttöön.
6	Henkilö ei välitä alkoholin aiheuttamista haitoista vaan jatkaa alkoholin käyttöä niistä huolimatta.

5.2 Alkoholin aiheuttamat haitat

Alkoholi vaikuttaa elimistöön monin eri tavoin. Suurimmat vaikutukset kuitenkin kohdistuvat maksaan. Maksan tehtävänä on poistaa verestä kuona-aineet sekä myrkyt ja sen vuoksi maksa on altis alkoholin haittavaikutuksille ensimmäisenä. Maksaan voi alkoholin käytön pohjalta kehittyä alkoholimaksasairaus. Näitä alkoholin aiheuttamia maksasairauksia on kaksi. Näistä haitoista lievempi on rasvamaksa. Rasvamaksa -nimitystä käytetään silloin kun maksan solujen sisälle kertyy rasvaa huomattavasti. Rasvamaksa on usein oireeton ja ajoissa huomattuna siihen voidaan puuttua. Joillain kuitenkin rasvamaksa voi edetessään pahentua maksakirroosiksi. Maksakirroosi kehittyy, kun maksasolut kuolevat ja alkavat kehittämään tilalleen arpikudosta. Maksakirroosi on sairaus, jota ei pystytä parantamaan. Pitkälle edenneenä, maksakirroosin hoidon ainoana vaihtoehtona on maksansiirto. (Arnarson 2018.)

Alkoholi voi aiheuttaa aivoissa pikkuaivovaurion, jota kutsutaan pistokävelyksi. Tutkimuksissa on todettu alkoholiiriippuvaisilla olevan tällaista samanlaista kävelyä, jossa henkilö nostelee polviaan tavallista korkeammalle ja astuessaan asettaa jalan

kohtisuoraan kantapää edellä maahan. Maassa koko ajan kiinni oleva jalka on hatara. (Jokelainen & Majuri 2019.)

Alkoholin käyttö aiheuttaa myös ulkoisia haittoja. Alkoholin vaikuttaessa pitkäaikaisesti maksaan verenkiertoon erittyy bilirubiinia, jolloin keltaisuutta alkaa olla huomattavissa iholla ja silmissä. Alkoholin käyttö saattaa aiheuttaa myös lihaskatoa, turvotusta, heikkoa virtsan tuloa sekä impotenssia. Alkoholi vaikuttaa myös psyykkeeseen ja pitkäaikaisesti alkoholin vaikutuksen alaisena oleva henkilö saattaa olla sekava, muisti saattaa olla heikentynyt tai henkilöllä voi olla delirium tremens eli alkoholidelirium. (Arramies 2008 & Aalto ym. 2015, 191.)

Alkoholin käytön on tutkittu olevan työkäisillä miehillä jopa neljänneksi yleisin kuolinsyy ja alkoholi on usein myötävaikuttajana useissa tapaturmissa. Tapaturmien kautta alkoholin käyttöön liittyy myös taloudellisia ongelmia. Tapaturmien vuoksi henkilö joutuu pitämään sairauspäiviä töistä ja käymään lääkärin vastaanotolla, jolloin yhteiskunnalle tulee paljon lisäkuluja. Alkoholin käyttö pitkäaikaisesti ja runsain annoksin aiheuttaa myös pitkällä aikavälillä työttömyyttä ja jopa työkyvyttömyyseläkeriski kasvaa. (Aalto ym. 2015, 13-14 & Kohtuullisesti 2019.)

Yksi alkoholin aiheuttamista haitoista on myös alkoholimyrkytys. Alkoholimyrkytys kehittyy henkilö juodessa nopeasti suuria määriä alkoholia, myrkytyksen kehittyminen on kuitenkin yksilöllistä ja riippuu paljon henkilön toleranssista alkoholia kohtaan. Tärkeimpänä hoitokeinona alkoholimyrkytykseen on neste- ja elektrolyyttitasapainon sekä verenkierron häiriöiden korjaaminen. (Kuitunen 2019.) Alkoholimyrkytys aiheuttaa oksentelua, tajunnan tason heikkenemistä sekä joskus jopa sammumista. Vakavassa myrkytystilassa saattaa jopa aiheutua hengityslamaa, sydän saattaa pysähtyä tai sammumisen johdosta henkilö saattaa tukehtua omaan oksennukseensa. (Fressis 2019.)

5.3 Alkoholiriippuvuuden hoito

Alkoholiriippuvuutta voidaan hoitaa lääkkeellisesti, vieroitushoidolla ja psykososiaalisella hoidolla (Aalto ym. 2015, 15). Alkoholiriippuvaista hoidettaessa on hyvä muistaa riippuvuuden olevan sairaus, joka vaikuttaa keskushermostossa. Alkoholiriippuvuuden tärkein hoitomuoto on psykososiaalinen hoito ja sen rinnalle voidaan ottaa lääkehoito tehostamaan tehoa. (Aalto ym. 2015, 87.)

Lääkehoidolla pystytään vähentämään alkoholin aiheuttamia vieroitusoireita sekä alkoholiin liittyvää ehdollistumista. Lääkkeitä on monia erilaisia ja ne valitaan yksilöllisesti, henkilön omien vaikeuksien sekä tavoitteiden mukaan. Tavoitteena henkilöllä saattaa olla raitistuminen välittömästi tai pikkuhiljaa tai raittiuden ylläpitäminen. Suomessa lääkkeenä käytetään disulfiraamia ja opioidinsalpaajia naltreksonia sekä nalmefeenia. Näitä opioidinsalpaajia käytetään yleensä silloin, kun tavoitteena on juomisen vähentäminen. Opioidinsalpaajat vaikuttavat elimistön herkyyteen sisäsyntyisille opioideille ja näin ollen vähentäjät juomisesta saatavaa nautintoa. (Aalto ym. 2015, 89-92 & Päihdelinkki 2015.)

Disulfiraamia käytetään alkoholiriippuvuuden hoidossa, kun tavoitteena on välitön raitistuminen. Disulfiraamin yleisin kauppanimi on Antabus. Lääkkeen käyttäminen

aiheuttaa alkoholin kanssa niin sanotun ”antabusreaktion”. Reaktion alkaessa iho alkaa punoittaa, verenpaineet laskevat, henkilö tulee takykardiseksi ja pahoinvoivaksi. Nämä oireet saavat henkilön miettimään alkoholin käyttöä. (Salaspuro & Widenius 2019.)

Vieroitushoito on myös yksi näistä alkoholiriippuvuuden hoitokeinoista. Vieroitushoidolla pyritään lievittämään ja ehkäisemään pitkään jatkuneen alkoholinkäytön vieroitusoireita. (Aalto ym. 2015, 16.) Alkoholin vieroitusoireita on sekä lieviä että vaikeita. Yleisimpiä vieroitusoireita ovat ahdistuneisuus, univaikeudet, levottomuus ja sekavuus. Näiden pohjalta usein huomataan verenpaineen nousua sekä sykkeen kiihtymistä. Vaikeisiin vieroitusoireisiin liittyy lisäksi usein näkö-, tunto- tai kuuloharjoja, kouristuskohtauksia. Henkilöllä vieroitusoireet ilmaantuvat henkilön lopettaessa alkoholin juomisen pitkäaikaisen käytön jälkeen. Elimistö on totunut alkoholiin ja alkoholin saannin loppumisen jälkeen keskushermostossa käynnistyy yliartryvystila eli vieroitusoireet alkavat. (Päihdelinkki 2016.)

Alkoholidelirium eli alkoholista johtuva sekavuustila on alkoholin vaikein vieroitusoire, joka kehittyy 1-3 päivän kuluessa pitkäaikaisen ja runsaan alkoholin juonnin lopettamisesta. Hoitona käytetään bentsodiatsepiineja. Alkoholidelirium on lyhykestoinen, mutta hengenvaarallinen myrkytyssekavuustila. Alkoholideliriumissa henkilön tajunta hämärtyy, henkilö tulee sekavaksi ja tuntee harhaluulonsa eläviksi, unettomuutta esiintyy sekä kiihtyneisyyttä. Alkoholideliriumin kehittymistä edeltävät usein lievemmät vieroitusoireet ja joidenkin kohdalla bentsodiatsepiinilääkitys voidaan aloittaa jo lievien vieroitusoireiden aikana. (Alho & Leppävuori 2007.)

6 HUUMERIIPPUUUS

Huumeriippuvuudella tarkoitetaan riippuvuutta laittomiin aineisiin tai väärin käytettyihin lääkkeisiin, jotka vaikuttavat ihmisen psyykeeseen ja hermostoon.

Riippuvuusominaisuudet eri huumeiden välillä vaihtelevat, mutta erityisen voimakkaasti riippuvuutta aiheuttavien aineiden osalta oireet voimistuvat melko nopeasti huumausaineen käytön jatkuessa. Käytöstä tulee pakonomaista ja päivittäistä kuukausien tai muutaman vuoden kuluessa ja riippuvuuden tultua krooniseksi aineen avulla saadun mielihyvän merkitys vähenee, ja käyttäjä pyrkii käytön avulla saavuttamaan hermoston normaalin toiminnan ja normaalin olotilan. Kuten alkoholikin, myös huumeet ja väärinkäytetyt lääkkeet vaikuttavat aivojen mielihyväjärjestelmään aktiivisesti. (Kiianmaa 2012, 25, 28-29; Seppä ym. 2012 8-9; National Institute on Drug Abuse 2018a & 2018b.)

6.1 Huumeriippuvuuden tunnistaminen

Huumeriippuvuuden tai huumeriippuvaisen henkilön tunnistaminen ei ole aina helppoa, koska huumeriippuvuudelle tai huumeriippuvaiselle henkilölle ei ole täsmällistä tai yksittäistä tunnuskuva tai oiretta. Hoidon onnistumisen kannalta on kuitenkin tärkeää tunnistaa päihteiden käyttö sekä tuntea päihdeongelman luonne. Huumeriippuvainen henkilö on useimmiten ahdistunut, pelokas, masentunut ja psyykkisesti rikkiäinen ihminen. (Alho 2012, 51-52 & Käypä hoito 2018a.)

Huumeiden käyttöä tulisi selvittää, mikäli henkilöllä ilmenee äkillisesti psyykkisiä ongelmia, on päihtymykseltä vaikuttavassa tilassa ilman alkoholia, havaitaan pistosjälkiä ja pistospaikkojen infektoita tai henkilöllä on vieroitusoireisiin viittaavia oireita, joita ei voida yhdistää alkoholin käyttöön. (Alho 2012, 51 & Käypä hoito 2018a.)

Huumeongelman tunnistaminen vaatii työntekijältä oikeanlaista suhtautumista ja ammattitaitoa. Puututtaessa huumeiden käyttöön on tärkeää ottaa huomioon se, että päihderiippuvuuden yhteydessä voi olla kyse myös muustakin sairaudesta, kuten esimerkiksi psyykkisistä häiriöistä tai muista ongelmista. Huumeongelman taustalla voi olla henkilön tarve lievittää pahaa oloaan, kuten ahdistusta tai masennusta, jotka voivat ilmetä psyykkisen sairauden oireina. (Cruce 2008; Alho 2012, 51 & Käypä hoito 2018a.)

Tautiluokitus ICD-10 määrittelee riippuvuusoireyhtymän siten, että aineen käytöstä tulee henkilölle tärkeämpää kuin muista tärkeistä asioista, ja että oireilu ilmenee käyttäytymisessä sekä älyllisissä ja fysiologisissa toiminnoissa. Diagnostisia kriteerejä on yhteensä kuusi, ja niistä tulee täytyä vähintään kolme yhtäaikaaisesti kuukauden ajan tai toistuvasti vuoden ajan. Tautiluokituksen mukaan riippuvuuden määrittelyssä on kaksi fyysistä kriteeriä; vieroitusoireet ja toleranssin kasvu. Toleranssilla tarkoitetaan ilmiötä, jossa elimistö tottuu päihteykseen ja saman vaikutuksen saamiseksi on ainetta saatava entistä suurempi kerta-annos kasvavassa suhteessa. Muut kriteerit painottuvat sekä psyykkisiin että sosiaalisiin tekijöihin, vaikka fyysisillä tekijöillä voi olla näihin myös vaikutusta. (Lappalainen-Lehto ym. 19-23; Havio ym. 2008, 43 & MacLaren 2018.)

6.2 Huumeiden aiheuttamat haitat

Huumeiden käytöstä aiheutuvat haitat ovat ennen kaikkea fyysisen ja psyykkisen riippuvuuden lisäksi infektiio- ja myrkytyskomplikaatioita. C-hepatiitti on yleisin pistämällä tarttuva huumeiden käyttöön liittyvä infektio, mutta myös HIV sekä B- ja D-hepatiitti tarttuvat pistoskäytön yhteydessä likaisten neulojen kautta. Vuosittain on raportoitu muutamia tapauksia, jossa suonensisäinen huume on aiheuttanut suonitulehduksen, joka on voinut johtaa jopa raajan osien amputoimiseen. (Ristola 2012, 175-176; Seppä ym. 2012, 10-11; Käypä hoito 2018a & National Institute on Drug Abuse 2018c.)

Fyysisten haittojen lisäksi huumeiden käyttö altistaa psyykkisille häiriöille, joskin usein päihdeiden käytön taustalla on jo olemassa oleva mielenterveydellinen häiriö mikä on myötävaikuttanut päihdeongelman syntyyn. On tärkeää selvittää heti hoidon alussa, että onko päihdeongelmaisella oireita vain päihdeiden käytön vuoksi, vai onko taustalla itsenäinen mielenterveyden häiriö, kuten esimerkiksi psykoosi, joka voidaan tulkita päihdeiden käytön yhteydessä pelkästään päihdeistä johtuvaksi. (Cruce 2008; Aalto 2012, 165; Käypä hoito 2018a & National Institute on Drug Abuse 2018a.)

Huumeiden käyttö voi laukaista myös psykoosin. Psykoosin kehittyminen ja sen esille tuomat oireet huumeiden käytön yhteydessä riippuvat esimerkiksi käytetystä aineesta, käytetyn aineen määrästä sekä yksilöllisistä tekijöistä. (Ham ym. 2017.) Huumeiden käytöstä aiheutuneet psykoosit vaativat välitöntä hoitoa. Niitä ei voida myöskään erottaa skitsofreniaan tyypillisistä psykooseista akuutissa tilanteessa, mutta päihdepsykoosit parantuvat niitä nopeammin, noin 1-2 viikossa päihdeiden käytön loputtua. Päihdepsykooseissa käytetään hoitona lyhytaikaisesti psykoosilääkkeitä sekä oireenmukaista lääkitystä esimerkiksi ahdistukseen ja rauhattomuuteen. Epäselvissä tilanteissa tulisi varmistaa psykiatrian avohoidon seurantakäynneillä, että oliko kyseessä päihdepsykoosi vai skitsofreniaan liittyvä psykoosi. (Aalto 2012, 166; Käypä hoito 2018a & Terveyskirjasto 2018.)

6.3 Huume- ja lääkemyrkytykset

Epäiltäessä huume- tai lääkemyrkytystä on ensisijaisen tärkeää turvata tärkeimmät elintoiminnot. Verenpaineen mittaus, EKG:n ja veren hapettumisen seuranta ovat tärkeitä seurata. Samaan aikaan on tärkeää yrittää selvittää myrkytyksen aiheuttanutta ainetta, mutta hoidon tulee olla oireenmukaista varman tiedon puuttuessa. Joskus oireiden perusteella voidaan päätellä, mistä aineesta on todennäköisimmin kyse, mutta varmuuden voi saada näissäkin tapauksissa huumeuseulojen avulla. (Lapatto-Reiniluoto & Hoppu 2012, 188-190 & Käypä hoito 2018a.)

Lääkemyrkytyksissä lääkehiilen antaminen mahdollisimman pian myrkytyksen aiheuttajan perään lisää sen tehoa ja vaikuttavuutta. Mahahuuhtelua käytetään, mikäli myrkytyksen aiheuttaja on sellainen, mitä lääkehiili ei sido. Erittäin suuren yliannostuksen ottanut potilas kuuluu toimittaa välittömästi sairaalahoitoon. Myös alentunut tajunnan taso vaatii tarkempaa valvontaa, tai jos on odotettavissa, että tajunta voi laskea nopeasti. (Lapatto-Reiniluoto & Hoppu 2012, 189 & Käypä hoito 2018a.)

Lääkemyrkytyksissä pyritään kumoamaan myrkytyksen aiheuttanut lääke vasta-aineella sekä nopeuttamaan sen eliminaatio. Bentsodiatsepiinimyrkytyksissä käytetään flumatseniilia, mutta vasta-ainetta tärkeämpää on hengityksestä ja hapetuksesta huolehtiminen. Opioidien aiheuttamissa myrkytyksissä voidaan käyttää naloksonia, jonka annos voidaan tarvittaessa uusia. Opioidiriippuvaisten potilaiden myrkytyksien hoidossa naloksonia on käytettävä kuitenkin varoen, jottei aiheuteta potilaalle jopa hengenvaarallisia vieroitusoireita. (Lapatto-Reiniluoto & Hoppu 2012, 189 & Käypä hoito 2018a.)

Yliannostuksia hoidettaessa on myös tärkeää turvata ensimmäiseksi peruselintoiminnot, minkä jälkeen on yritettävä selvittää aiheuttaja-aine. Ensivassa potilaasta otetaan huumeeseula ja mitataan veren alkoholipitoisuus, sillä useimmat tapaukset ovat sekamyrkytyksiä. Normaalin käyttöannoksen ja sen ylittävän annoksen ero voi olla hyvin pieni, eikä käyttäjä itsekään ole aina varma siitä, että mitä nautittu aine sisältää ja minkä verran. Joskus käyttäjäkin yllättyy siitä, mitä myyty aine todellisuudessa on sisältänyt, jolloin myrkytys voi olla jopa hengenvaarallinen, jos pitoisuus on esimerkiksi satakertainen normaaliin verrattuna. (Lapatto-Reiniluoto & Hoppu 2012, 190 & Käypä hoito 2018a.)

6.4 Huumeriippuvuuden hoito

Huumeriippuvuuden hoidon perustana on psykososiaaliset hoidot, joiden rinnalla toteutetaan usein myös lääkehoitoa. Psykososiaalinen ja lääkehoito tukevat toinen toisiaan ja ne toteutetaan usein samanaikaisesti eikä niitä voida erottaa toisistaan. Psykososiaalinen hoito parantaa tavallisesti lääkehoidon onnistumisen edellytyksiä ja päinvastoin esimerkiksi korvaus- ja vieroitushoidossa. (Aalto 2012, 121; National Institute on Drug Abuse 2018a & Käypä hoito 2018a.)

Vieroitus-, korvaus tai ylläpitohoidoksi voidaan opioidilääkevalmisteiden väärinkäyttäjälle tai heroiiniriippuvaisella määrätä metadonia tai buprenorfiinia sisältäviä lääkkeitä. Korvaushoito tulee kysymykseen vain, jos muita hoitoja on koitettu tai riippuvuus on sellaisella asteella, ettei päihdekuntoutusta voida aloittaa kuin korvaushoidolla. (A-klinikkasäätiö 2018 & Käypä hoito 2018a.) Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa on määritetty korvaushoidon aloituksessa, että mukana on oltava jokin lääkkeetön hoito sekä säännöllinen seuranta. Korvaushoito pääsääntöisesti toteutetaan perusterveydenhuollossa, jotta se olisi potilaalle mahdollisimman helposti saatavilla. Vaikeahoitoisuus on ainoa peruste erikoissairaanhoidossa toteutettavalle korvaushoidolle. Asetuksessa määritellään mahdollisuuden lääkkeellisen korvaushoidon aloitukselle olevan, ettei potilas ole vieroittautunut opioideista. Vieroitushoidossa on kaksi tavoitetta: opioideista vieroittautuminen sekä vieroituslääkkeen käytön lopettaminen. Asetuksessa mainitaan myös vieroituksen olevan kuntouttavaa, joka tähtää joko kokonaan päihdeettömyyteen tai sitten haittojen vähentymiseen sekä elämänlaadun paranemiseen. (Päihdelinkki 2010.)

Korvaushoidon toteutuksessa käytettävän lääkkeen valinta sekä annostelu valitaan yksilöllisesti. Lääkkeellisessä korvaushoidossa tavoitteena on saada aivot pyyhkimään pois tarpeen käyttää huumeita ja saada niiden tilalle normaalia arkea eli potilas pystyisi harrastamaan, tekemään töitä sekä hoitamaan ihmissuhteita. Pyritään siihen, että

lääkkeiden vaikutus on tasaista ympäri vuorokauden eikä tule sellaista vahvaa hyvinolontunnetta kuin huumeiden käytöllä on etsitty. Tietyin väliajoin on mietittävä korvaushoidon aikana, onko lääkkeellinen korvaushoito välttämätön vai voidaanko siirtyä muihin hoitokeinoihin. Lääkkeellinen korvaushoito voi olla myös pitkäaikaista esimerkiksi, jos tavoitteena on huumeiden käytön haittojen vähentäminen. Se on mahdollista silloin, jos potilaan terveys- ja muiden haittojen vähentäminen sekä elämänlaadun parantaminen on tärkeää eikä haittoja ole, jos päihteiden käyttö ei loppuisikaan. (Päihdelinkki 2010 & Käypä hoito 2018a.)

Sosiaali- ja terveysministeriön uuden asetuksen mukaan potilaalle voidaan määrätä buprenorfiini-naloksoni -yhdistelmävalmisteesta resepti. Näin helpotetaan potilaiden pääsyä korvaushoitoon perusterveydenhuollossa. Lääkkeen määräämisen ehtona on apteekkisopimus ja lääkettä luovutetaan potilaalle apteekista yleensä 1-2 viikon välein. Kustannukset korvaus- ja ylläpito-hoidolle sekä hoidon järjestäminen kuuluvat potilaan kotikunnalle. (Päihdehuoltolaki 33/2008)

6.5 Bentsodiatsepiinit

Bentsodiatsepiineja käytetään unettomuuden ja ahdistuksen hoidossa. Niitä saa apteekista haettua vain reseptillä eli ne ovat lääkärinmääräyksellä saatavia lääkkeitä. Usein bentsodiatsepiinit ovat käytössä myös ilman että lääkäri olisi niitä määrännyt sekä niitä voidaan myös käyttää suositusta suurempina annoksina. Näissä tilanteissa on kyse lääkkeen väärinkäytöstä. Bentsodiatsepiinien käyttö, osto sekä hallussapito ovat kiellettyä, jos lääkäri ei ole niitä potilaalle määrännyt. Esimerkkejä bentsodiatsepiinivalmisteista ovat diatsepaami, klonatsepaami, alpratsolaami ja oksatsepaami. Näitä valmisteita käytetään usein väärin. (Mind 2013 & Päihdelinkki 2017a.)

Bentsodiatsepiinit kuuluvat lääke- ja huumausaineiksi ja niiden lääkekäyttöä säätelee lääkelaki. Bentsodiatsepiiniriippuvaiset ovat yleensä riippuvaisia myös toiselle päihteelle esimerkiksi opioideille. Käyttö on suurta myös muiden riippuvuuksien yhteydessä, bentsodiatsepiineillä monet päihteiden käyttäjät yrittävät hoitaa muista päihteistä johtuvia vieroitusoireita. (Päihdelinkki 2017b.)

Bentsodiatsepiinit voimistavat Gaba-reseptorien eli aivojen välittäjäaineen toimintaa sekä lisää niiden määrää toleranssin kasvaessa. Näin ollen saadaan haluttu vaikutus. Gamma-aminohappo on yksi aivojen yleisimmistä hermosolujen toimintaa estävistä välittäjäaineista ja siihen kuuluu kaksi lajia GabaA- ja GabaB -reseptorit. Bentsodiatsepiinit sitoutuvat näihin GabaA-reseptoreihin. (Salaspuro 2009 & Terveyskirjasto 2015.)

Bentsodiatsepiineilla on keskushermostoa lamaava vaikutus. Ne vaikuttavat melkein kaikkiin aivotoiminnan puoliin joko suoraan tai välillisesti. Kaikissa bentsodiatsepiinivalmisteissa on viisi pääominaisuutta. Bentsodiatsepiinit vähentävät ahdistuneisuutta, toimivat unilääkkeinä ja rentouttavat lihaksia, ehkäisevät kouristelua ja heikentävät muistia. (Päihdelinkki 2017b.) Tämän ryhmän lääkkeitä käytetään myös psykiatrisessa hoidossa. Kaikki bentsodiatsepiinit voidaan ottaa suun kautta, mutta vaikutuksen alkamisajassa on eroja. Mitä nopeammin vaikutus alkaa, sitä enemmän käytetään päihtymistarkoituksessa. Rasvaliukoiset bentsodiatsepiinit kuten

diatsepaami imeytyy elimistöön nopeasti ja saa aikaa nopean reaktion. (Päihdelinkki 2017b.)

Bentsodiatsepiinit jaetaan ryhmiin puoliintumisaikansa mukaan: Lyhyt-, keskipitkä- ja pitkävaikutteisiin. Lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja ovat midatsolaami (puoliintumisaika 1,5-3 tuntia) ja triatsolaami (puoliintumisaika 2-4 tuntia), keskipitkävaikutteisia ovat esimerkiksi loratsepaami (puoliintumisaika 10-20 tuntia) ja oksatsepaami (puoliintumisaika 6-20 tuntia) ja pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja ovat esimerkiksi diatsepaami (puoliintumisaika 30-50 tuntia) ja klonatsepaami (puoliintumisaika 30-40 tuntia). Puoliintumisaikojen erojen vuoksi näitä käytetään erilaisten sairauksien ja tilojen hoitoon. Diatsepaamia käytetään pitkävaikutteisuuksiensa vuoksi useiden erilaisten toimenpiteiden esilääkkeenä, ahdistus- ja jännitystilojen sekä unettomuuden hoitoon. Klonatsepaamia taas käytetään usein epilepsian hoitoon, mutta myös paniikitilojen hoitoon. Lyhytvaikutteisia bentsodiatsepiineja kuten midatsolaamia, käytetään lyhytaikaisesti unettomuuden hoitoon. Unettomuuden hoidossa käyttö usein rajoittuu sairaalaolosuhteisiin. (Päihdelinkki 2017b & Terveyskirjasto 2017b.)

6.5.1 Haittavaikutukset

Haittavaikutukset bentsodiatsepiinien lyhytaikaisessa käytössä ovat samat kuin muilla PKV-lääkkeillä eli unettomuus, suorituskyvyn ja tarkkaavaisuuden alentuminen, väsymys sekä lihaskivertäisy. Näitä haittavaikutuksia esiintyy juurikin käytön alussa, kunnes niille kehittyy toleranssi eli sietokyky. Pitkäaikaisessa bentsodiatsepiinien käytössä yhtenä haittavaikutuksena voivat esiintyä kognitiiviset häiriöt. Huonoimmassa tapauksessa ne voivat aiheuttaa tilan, jossa henkilöstä tulee aggressiivinen ja kiihtynyt sekä ahdistuneisuus pahentuu. Pahin haitta bentsodiatsepiinien käytössä on niihin kehittyvä lääkeriippuvuus. Jos henkilö lopettaa äkillisesti käytön, esiintyy hänellä erittäin voimakkaita vieroitusoireita. Kaikki nämä lääkkeet aiheuttavat vahvaa sekä fyysistä että psyykkistä riippuvuutta. Lyhytaikaisessa käytössä mahdollisuus riippuvuuteen on pieni. Mitä kauemmin henkilö on käyttänyt bentsodiatsepiineja, sitä suuremmat ja voimakkaammat vieroitusoireet ovat. Bentsodiatsepiinien käyttö näkyy huumeaselossa jopa viikkojen ajan (Punainen risti 2016).

Potilaan käyttäessä pitkään ja toistuvasti bentsodiatsepiinivalmisteita, elimistö kehittää toleranssin. Toleranssin kehittyessä sama lääkemäärä ei enää pysty tyydyttämään tarpeita vaan toivotun vaikutuksen saamiseen tarvitaan suurempi annos. Tällöin henkilö nostaa annostaan sen verran kuin tarve vaatii. Jos henkilö taas onkin psyykkisesti riippuvainen bentsodiatsepiineista, on ahdistus käytön lopettamisesta tai lääkkeiden loppumisesta erittäin suuri. Riippuvuutta aiheuttaa pitkäkestoinen, toistuva ja suuriannoksinen lääkkeiden käyttö. Myös riippuvuus muihin päihteisiin, lisää riskiä bentsodiatsepiinien käyttöön päihtymistarkoituksessa. Riippuvuus voi myös kehittyä pienellä hoitosuosittelun mukaisella annoksella, jolloin lopettaessa saattaa tulla vieroitusoireita. Suurella annoksella ja aina toleranssin kehittyessä nostetulla annoksella käytettynä sekä pitkään käytettynä yhtäkkäinen lopettaminen aiheuttaa vaikeita ja jopa hengenvaarallisia vieroitusoireita. Usein korkeita-annoksia käyttävät ovat myös mieltyneitä muihin päihteisiin. (Päihdelinkki 2017b.)

Bentsodiatsepiiniriippuvuuksia on kahta eri muotoa. Ensimmäinen muoto on riippuvuus normaaleille annoksille. Tätä usein nähdään esimerkiksi vanhuksilla. Vanhuksilla tarve

unilääkkeille kasvaa, joten usein lääkäri määrää jotain bentsodiatsepiinivalmistetta (Midatsolaami, diatsepaami). (Käypä hoito 2018.) Toinen muoto on riippuvuus korkeille annoksille, jolloin annosta nostetaan koko ajan toleranssin kehittyessä (Päihdelinkki 2017b).

Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyy erilaisia riskejä: akuutteja riskejä, sekakäytön riskejä sekä runsaan käytön riskejä. Akuutteja riskejä ovat bentsojen käytöstä aiheutuva uneliaisuus, tokkuraisuus. Näitä esiintyy yleensä tottumattomilla käyttäjillä. Nämä oireet lisäävät riskiä moottoriajoneuvoja käyttäessä. Sekakäytön riskejä esiintyy, kun henkilö käyttää bentsojen kanssa jotain muuta lamaavaa lääkeainetta ja/tai päihdeainetta. Usein sekakäyttökuolemissa kuolema on tapahtunut, kun henkilö on nukkumassa. Runsaas käyttö aiheuttaa pitkällä aikavälillä aivoihin vaurioita. Ne heikentävät kognitiivisia kykyjä esim. muistia ja puheen tuottamista. Samat oireet vaikuttavat sekä aikuisilla että lapsilla. Lääkekäytössäkin bentsodiatsepiinien vaikutukset ovat neurotoksisia sekä riippuvuutta aiheuttavia. (Mind 2013 & Päihdelinkki 2017b.)

Raskauden aikana käytettynä tutkimusten mukaan bentsodiatsepiinit aiheuttavat sikiölle epämuodostumia, koska bentsodiatsepiinit läpäisevät istukan ja voivat vaikuttaa sikiöön. Todennäköisyys on kuitenkin pieni. Jos äiti on käyttänyt bentsoja loppuraskaudessa, saattaa vauvalla olla syntyessään lieviä vieroitusoireita. Raskauden ja imetyksen aikana ei bentsojen käyttöä suositella. Kuitenkin oksatsepaamin on todettu erittyvän hyvin vähän äidinmaitoon, jos sitä käytetään tavanomaisella hoitoannoksella. (Mind 2013 & Päihdelinkki 2017b.)

6.5.2 Yliannostus ja yhteiskäyttö muiden päihteiden kanssa

Ainoana lääkeaineena käytettynä bentsodiatsepiini ei aiheuta korkeallakaan annoksella käytettynä hengenvaarallisia myrkytystiloja vaan se vaatii yhteiskäyttön jonkun toisen päihteen kanssa. Yliannostus aiheuttaa usein keskushermoston liiallista lamaantumista. Keskushermoston lamaantuessa henkilö sedatoituu eli rauhoittava vaikutus ylikorostuu ja potilaan tajunta alenee. Yliannostuksen oireista hengityslaman kehittyminen on suurempi suonensisäisessä käytössä kuin tablettina otettuna suun kautta. Samalla tavalla kuin opiaattien vaikutuksen voi kumota nalokseenilla, on bentsodiatsepiineilla myös oma vastalääkkeensä flumatseniili. Flumatseniilia käytetään kumoamaan keskushermostoa lamaava vaikutus joko kokonaan tai osittain. Se poistaa verenpaineen laskun, tajunnan alenemisen sekä muut vaikutukset. (Lääketietokeskus 2018.)

Bentsodiatsepiineja käytetään päihtymistarkoituksessa yleensä yhdessä jonkin toisen päihteen kanssa esimerkiksi muiden lamaavien lääkkeiden, alkoholin tai huimausaineiden kanssa. Yhteiskäytöllä pyritään maksimoimaan päihdevaikutus. Bentsodiatsepiinit vahvistavat alkoholin ja muiden lamaavien lääkeaineiden vaikutuksia. Erityisesti opiaatit (esim. morfiini) yhdessä bentsojen kanssa käytettynä ovat vaarallisia. Bentsodiatsepiinit tehostavat myös useiden masennuslääkkeiden, epilepsialääkkeiden ja rauhoittavien allergialääkkeiden vaikutusta. (Päihdelinkki 2017b.)

Alkoholi käytettynä bentsojen kanssa samaan aikaan, aiheuttaa alkoholin sekä bentsojen vaikutuksen tehostumista sekä joissain tapauksissa saattaa esiintyä sekavuutta ja aggressiivisuutta (Päihdelinkki 2017b).

6.5.3 Bentsodiatsepiinien käytön lopettaminen

Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttöä ei saa lopettaa yhtäkkiä, vaan lopettaminen täytyy porrastaa erittäin vaikeiden ja jopa hengenvaarallisten vieroitusoireiden vuoksi. Porrastaminen lieventää vieroitusoireita. Bentsodiatsepiinien lopettamista harkitseva henkilö tarvitsee tukea ja rohkaisua, tuen puuttuessa henkilö voi äkkiä lopetuksen aloituksen jälkeen sortua uudelleen normaalin annoksensa käyttöön ja jopa lisätä annosta. (Terveyskirjasto 2017a.)

Nopeus annoksen laskemiseen riippuu siitä, paljonko henkilö on bentsodiatsepiineja käyttänyt. Porrastaminen aloitetaan pikkuhiljaa ja muutaman päivän/viikkojen aikana annostus lasketaan puoleen. Kun lääkeannos on saatu puoleen, jatketaan annoksen laskua vielä hitaammin. Jos henkilöllä ilmenee enemmän ahdistusoireita tai esiintyy vieroitusoireita, on annoslasku keskeytettävä 2-4 viikoksi. Keskeytyksen aikana nähdään mistä oireet johtuvat, onko kyse lääkityksestä vai ahdistuneisuushäiriöstä. Tiettyjen bentsodiatsepiinivalmisteiden kanssa vieläkin hitaampi annoslasku on tarpeen esim. alpratsolaami ja loratsepaami. (Terveyskirjasto 2017a.)

6.5.4 Vieroitusoireet

Vieroitusoireita tulee n. 30-70 prosentille bentsodiatsepiinien käyttäjistä ja n. 5-20 prosentille ne ovat vaikeita. Jos vieroitusoireita esiintyy, voidaan todeta potilaalla olevan fyysinen riippuvuus bentsodiatsepiineihin (Aalto 2012, 115). Vieroitusoireista tyypillisimpiä ovat ärtyneisyys, uneliaisuus, hikoilu ja ääni- ja valoherkkyys, pelokkuus, ihon polttelu, pistely tai puutuminen, uniongelmat, sydämentykytys. (Aalto 2012, 116.) Pitkäaikaisen bentsodiatsepiinien käytön lopettaminen saattaa aiheuttaa myös epileptisiä kouristuksia. (Ulrich 2018.)

Ensimmäiset vieroitusoireet yleensä tulevat parin päivän kuluessa, kun henkilö on lopettanut tai vähentänyt normaalia annostaan, jos on käyttänyt lyhytvaikutteista bentsodiatsepiinia. Jos taas käytössä ovat olleet pitkävaikutteiset bentsodiatsepiinit, niin vieroitusoireiden alkuun saattaa mennä aikaa enemmän kuin pari päivää. Lopettaessa bentsodiatsepiinien käytön, saattaa vieroitusoireista tietoinen potilas ruveta enemmän tunnustelemaan ja kuuntelemaan vointiaan, jopa pelätä vieroitusoireita ja ennakoimaan niitä. On siis hyvä osata erottaa, onko kyseessä vieroitusoire vaiko ahdistus tulevista vieroitusoireista. (Aalto 2012, 115.)

Vieroitusoireita hoidetaan vain, jos ne voidaan todeta bentsodiatsepiinien vieroitusoireeksi. Potilaat saattavat olla kovin ärtyneitä muustakin asiasta kuin vieroitusoireiden vaikutuksesta. Tällöin henkilö saattaa uhkailla muita, mutta se ei kuitenkaan välttämättä ole vieroitusoireita itsessään vaan jostain muusta asiasta johtuvaa. Näin ollen täytyy selvittää mistä uhkailu johtuu. (Terveysportti 2018.)

Vieroitusoireiden kestoa ei kunnolla pysty ennakoimaan, koska jokainen ihminen on yksilö. Se kuitenkin tiedetään, että ne alkavat asteittain ja sitten lopulta loppuvat. Osaavan hoitohenkilökunnan toteuttaessa vieroituksen, pysyvät vieroitusoireet kovin vähäisinä. Potilaille saattaa myös aiheutua pitkittyneitä vieroitusoireita, jotka eivät mene ohi muutamassa kuukaudessa. Näitä oireita yleensä ovat unettomuus, ahdistuneisuus ja masennusoireet. Joillain bentsodiatsepiineista vieroittautuneilla nämä oireet lievittyvät asteittain vuodessa, joillain pidemmän ajan kuluessa. Aina ei kuitenkaan tiedetä, onko näissä kyse vieroitusoireista vai jostain sairaudesta, mitä potilas on lääkinnyt jo vuosia bentsodiatsepiineilla. (Aalto 2012, 115.)

6.5.5 Bentsodiatsepiinivieroitus

Bentsodiatsepiinivieroituksessa käytetään tasaisesti annosteltavia pitkävaikutteisia bentsodiatsepiinivalmisteita. Niiden ottamiseen sovitaan tietty kellonaika, milloin on otettava annos eikä tarvittavia bentsodiatsepiineja saa käyttää. Näin saadaan vähennettyä bentsodiatsepiinien pitkäaikaisesta käytöstä johtuvaa psyykkisen riippuvuuden oireita (Aalto 2012, 116-117.)

Ennen vieroituksen aloitusta mietitään vieroitushoidon tarve. Itse vieroitushoidon aikana on tärkeää tarkkailla potilaan oireita ja yrittää vakiinnuttaa potilaan vointi. Vieroitushoidon aikana käydään läpi erilaisia vaiheita. Ensimmäinen vaihe on itse vieroituslääkkeen aloitus. Jos potilaalla ei ole vieroitusoireita, kannattaa turvallisuuden kannalta varoen miettiä lääkkeen aloitusannos. Vieroitushoidon aloittavaa potilasta kannattaa tarkkailla, koska välttämättä kysyttäessä hän ei myönnä mitä päihteitä on käyttänyt ja joissain tapauksissa saattaa olla ottanut suuren annoksen bentsodiatsepiinivalmistetta ennen vieroitushoittoon lähtemistä. Vieroitushoittoon tullessa bentsodiatsepiinien vaikutus ei välttämättä ole vielä edes alkanut. Ensimmäisten vieroituspäivien aikana ollaan varovaisia annoksen suhteen ja tarkkaillaan muutenkin potilasta tiukasti voinnin muutoksista. Vieroitusta varten täytyy valita potilaalle sopiva pitkävaikutteinen bentsodiatsepiinivalmiste. Valmisteita vaihdeltaessa täytyy ottaa huomioon vaikutusaineen ekvivalenttiannos eli normaali annos. Tietysti ekvivalenttiannokseen liittyy potilaan yksilölliset tekijät, joten yleensä normaali annos on vain suuntaa antava. (Aalto 2012, 117.)

Seuraavana vaiheena on potilaan lähtötason määrittäminen eli kuinka suurta annosta, kauanko potilas on bentsodiatsepiineja käyttänyt ja minkä kuntoinen potilas on vieroitushoidon alussa. Tässä vaiheessa mietitään vieroituksen bentsodiatsepiinivalmisteen lähtöannos. (Aalto 2012, 117.)

Kolmantena mietitään lääkityksen vähentämiseen suunnitelma. Jos potilas suorittaa vieroituksen avohoidossa, on vähentäminen hitaampaa kuin laitoshoidossa, koska potilasta ja hänen vointiaan voidaan seurata tarkemmin. Vieroitushoidon alussa bentsodiatsepiiniannoksen vähentäminen voidaan toteuttaa nopeammin kuin sitten loppuvaiheissa. Vieroituksessa päätarkoituksena on, jos annosta on vähennetty niin sitä edeltävälle annostasolle ei palata. Vieroitusta jatketaan siis annosvähennyksin eikä lisäillä annoksia välillä. Poikkeustapauksena jos potilaan vieroitusoireet pahenevat radikaalisti, potilaalla esiintyy vieroitukseen liittyviä kouristuskohtauksia ja/tai sekavuutta tai joku akuutti sairaus. Jos vieroitusoireet ovat muuten vain vaikeita, annoksen laskua voi siirtää myöhemmälle. Joskus vieroituksessa voidaan käyttää

myös muutakin kuin bentsodiatsepiinivalmistetta oireiden helpotukseen esim. unettomuuteen auttavat lääkkeet taikka ahdistuneisuuslääkitystä. Tällaista muiden lääkkeiden käyttämistä tukena käytetään vain siinä annoslaskun vaiheessa, kun vieroitusoireet ovat pahempina kuin ennen. (Aalto 2012, 117.)

Kun annosvähennykset on saatu siihen malliin, ettei potilas tarvitse enää bentsodiatsepiinivalmistetta tueksi, alkaa raittiuden alkuvaihe. Tässä kohdassa potilas tarvitsee eniten tukea. Jos potilas on suorittanut vieroitushoitonsa avohoidon palveluissa, voidaan tässä vaiheessa tapaamisia lisätä. Jos taas vieroitushoito on suoritettu laitoksessa, vietetään siellä vielä ainakin viikko. (Aalto 2012, 117.)

Retkahdukset ja repsahdukset ovat normaaleja vieroitushoidon aikana tai sen jälkeen. Repsahduksella tarkoitetaan joko vieroitushoidon aikana yhden ylimääräisen bentsodiatsepiiniannoksen ottamista tai vieroituksen jälkeen. Hoitopaikassa tässä tilanteessa täytyy olla suvaitsevaisia/myötämielisiä, koska vieroittautujalle tämän kertominen on iso juttu. Jos repsahduksia paheksutaan, ei potilas välttämättä kerro siitä ollenkaan. Retkahdus taas tarkoittaa palaamista samaan annokseen/samankaltaiseen käyttäytymiseen kuin ennen vieroitusta. (Aalto 2012, 118.)

6.6 Stimulantit

Stimulantit ja niistä erityisesti amfetamiinit kuuluvat eniten suonensisäisesti käytettyihin pistoshuumeisiin Suomessa. Stimulantit aiheuttavat sekä fyysistä, että psyykkistä riippuvuutta. Niiden käytön äkillinen lopettaminen ei kuitenkaan aiheuta hengenvaarallista vieroitusoireyhtymää. Siitä huolimatta lyhytaikainenkin käyttö voi johtaa vakaviin psyykkisiin oireisiin, kuten esimerkiksi amfetamiinipsykoosiin. (Alho 2012, 103 & Käypä hoito 2018a.)

Stimulantit ovat keskushermostoa aktivoivia ja piristäviä aineita. Aineet vapauttavat dopamiinia ja noradrenaliinia synapsirakoon ja estävät niiden takaisinottoa. Siihen perustuu myös aineiden vaikutus sympaattiseen hermostoon ja sen myötä ilmenevä sydämentykytys, verenpaineen nousu ja hikoilu. Myös neuropsykiatrisia vaikutuksia voi ilmetä, kuten vauhdikkuutta, hyvän olon tunnetta, unettomuutta, ahdistusta ja psykoosioireita. Jotkut stimulantit vaikuttavat myös serotoniinitransmissioon ja voivat aiheuttaa harhaisuutta, yhteenkuuluvuutta ja myötäelämisen tunnetta. Oireisiin vaikuttaa aineen vaikutusaika sekä sille mahdollisesti kehittynyt toleranssi pitkän käytön myötä. Lisäksi usein käytössä on myös muita päihteitä, kuten alkoholia tai muita huumausaineita. (Franck 2011; Alho 2012 104-105 & Käypä hoito 2018a.)

6.6.1 Amfetamiini ja metamfetamiini

Amfetamiini on tullut tunnetuksi alun perin lääkkeenä, kun sitä alettiin käyttämään 1930-luvulla nenän vaikeaan tukkoisuuteen. Sen jälkeen sitä käytettiin mm. toisen maailmansodan aikana sotilaiden hälytysvalmiutta tehostamaan sekä myöhemmin masennuslääkkeenä ja ylipainon hoitoon. Huumausaineeksi se luokiteltiin Suomessa vuonna 1968. (Päihdelinkki 2009a & The Gabin Group. 2012.)

Amfetamiinia esiintyy katukaupassa mm. pillereinä, kapseleina, jauheena, kiteinä sekä liuksena. Sen välittömiä vaikutuksia ovat hyvinvoinnin sekä energisyyden tunne. Annoksien suurentuessa oireita voivat olla mm. puheliaisuus ja levottomuus, ja käyttäjä voi tuntea itsensä yliveroiseksi ja voimakkaaksi ja käyttäytyä aggressiivisesti tai vihamielisesti. (Päihdelinkki 2009a; Salaspuro 2009 & The Gabin Group 2012.)

Keskushermoston lisäksi amfetamiini vaikuttaa myös mm. keuhkoihin, sydämeen ja muihin elimiin. Amfetamiinin käyttö pienilläkin annoksilla käytettynä vähentää ruokahalua, nopeuttaa sekä hengitystä että sydämen lyöntitiheyttä ja kohottaa verenpainetta. Myös käyttäjän pupillit voivat laajentua. Annoksien kasvaessa esiintyy mm. hikoilua, kuumeilua, päänsärkyä, huimausta sekä näköhäiriöitä. Erittäin suuriin annoksiin liittyvät sydämen rytmihäiriöt, kouristukset sekä koordinaatiokyvyn menetys, jolloin puhutaan amfetamiinimyrkytyksestä. Amfetamiinin käyttöön liittyvät kuolemat johtuvat aivoverenvuodosta, sydänhalvauksesta tai korkeasta kuumeesta. (Päihdelinkki 2009a & Käypä hoito 2018a.)

Amfetamiinin jatkuva käyttö aiheuttaa sen, että käyttäjä tarvitsee yhä suuremman määrän ainetta saadakseen siitä saman vaikutuksen. Toleranssi ei kuitenkaan kehity kaikkiin vaikutuksiin samalla tavalla, vaan joidenkin vaikutusten kohdalla pienempikin määrä saattaa riittää. Pitkäaikaiskäyttäjillä on todettu amfetamiinipsykoosia, jonka oireet muistuttavat paranoidista skitsofreniaa. Jatkuvalle ja pitkäaikaisesti amfetamiinia käyttävällä voi ilmetä käytöksessä myös arvaamattomuutta väkivaltaisuutta, mikä johtuu amfetamiinin aiheuttamista harhoista. Käyttäjä kokee, että häntä vainotaan tai uhataan. Amfetamiinin jatkuva, pitkäaikainen käyttö voi johtaa psyykkiseen riippuvuuteen. Amfetamiinin vieroitusoireita ovat mm. häiriintynyt uni, väsymys, voimakas nälkä, masentuneisuus ja ärtyisyys sekä väkivaltaisuuden puuskat. (Päihdelinkki 2009a; Salaspuro 2009 & Käypä hoito 2018a.)

Metamfetamiini on amfetamiinin sukulaisaine, jota myydään valkoisena jauheena, kiteinä tai tabletteina. Sen käyttö tapahtuu nuuskaamalla, suonensisäisesti, suun kautta nautittuna tai polttamalla, ja sen käyttö johtaa nopeasti riippuvuuteen erityisesti suonensisäisesti käytettynä sekä poltettuna. Metamfetamiinin käytössä ilmenee myös amfetamiinin käytölle olennaisia fyysisiä oireita, kuten sydämen tykytystä, unettomuutta, energisyyden tunnetta ja levottomuutta, mutta sen teho on suurempi kuin amfetamiinilla. (Päihdelinkki 2009a; Lönnqvist 2017; Käypä hoito 2018a & National Institute on Drug Abuse 2018d.)

Metamfetamiinia käytettäessä voi ilmetä myös sekavuutta, impulsiivista käyttäytymistä, hallitsematonta väkivaltaisuutta sekä harhaluuloisuutta ja harha-aistimuksia. Ainetta käytettäessä harkintakyky on alentunut, ja se yhdessä impulsiivisuuden kanssa lisää alttiutta tapaturmille. Metamfetamiinin käyttö usean peräkkäisen päivän ajan johtaa yliaktiivisuuteen, unettomuuteen sekä muihin oireisiin, jotka pakottavat keskeyttämään käytön hetkellisesti. Käytön keskeytyksestä seuraa vieroitusoireita, jotka ovat samankaltaisia kuin amfetamiinivieroituksesta aiheutuvat oireet. (Päihdelinkki 2009a; Lönnqvist 2017; Käypä hoito 2018a & National Institute on Drug Abuse 2018d.)

Metamfetamiinin pitkäaikaisessa käytössä on todettu muutoksia mm. välittäjäainesysteemissä ja hermostollisissa rakenteissa sekä riippuvuuden yhteydessä käyttäjät ovat kovanneet muistivaikeuksia ja vaikeuksia sekä kielellisessä- että ongelmanratkaisujen suorituksissa (Päihdelinkki 2009a).

6.6.2 Ekstaasi ja MDMA

Ekstaasi on synteettinen keskushermostoa aktivoiva aine. Sen kemiallinen nimi on MDMA. Ekstaasi kehitettiin alun perin ruokahalua vähentäväksi aineeksi vuonna 1912, mutta sitä ei koskaan markkinoitu eteenpäin lääkeaineena. (Päihdelinkki 2009b & MAPS 2013.)

Ekstaasia myydään katukaupassa erivärisinä ja -muotoisina tabletteina tai kapseleina, mutta useimmiten se myydään valkoisina tabletteina. Ekstaasitablettien MDMA-pitoisuudet vaihtelevat suuresti, ja mm. englantilaisessa selvityksessä alle puolet ekstaasina ostetuista valmisteista sisälsi MDMA:ta. Ekstaasin lisäaineina voi olla mm. LSD:tä, kofeiinia, amfetamiinia, tai nukutuksessa käytettäviä aineita. Ulkonäön perusteella on mahdotonta sanoa, mitä aineita tabletti sisältää. (Päihdelinkki 2009b; Käypä hoito 2018a & National Institute on Drug Abuse 2018e.)

MDMA:n vaikutus alkaa noin 30-60 minuutin kuluessa aineen nauttimisesta ja kestää kolmesta kuuteen tuntiin annoksesta riippuen. Ekstaasitablettien kohdalla vaikutukset riippuvat siitä, mitä aineita tabletit sisältävät. Vaikutuksien muodostumiseen vaikuttavat myös monet aineesta riippumattomat asiat, kuten käyttäjän paino, aineenvaihdunta ja nestetasapaino. (Päihdelinkki 2009b; MAPS 2013 & National Institute on Drug Abuse 2018e.)

Käytössä ilmenevät vaikutukset jaetaan ns. positiivisiin ja negatiivisiin vaikutuksiin. Positiivisia vaikutuksia ovat mm. lisääntynyt sosiaalisuus, empatiakyky sekä yleinen hyvänolon tunne. Negatiivisia vaikutuksia ovat sen sijaan ruokahaluttomuus, huimaus, pahoinvointi sekä lihaskrampit ja vaikeus säädellä kehon lämpötilaa. Yksi ekstaasin käyttöön liittyvistä akuuteista riskeistä onkin kehon lämpöhalvaus, sillä ekstaasi nostattaa kehon lämpötilaa sekä verenpainetta. Yhdistettynä fyysiseen rasitukseen voi käytöstä seurata nestehukka ja vaarallinen ylikuumeneminen. (Päihdelinkki 2009b; MAPS 2013 & National Institute on Drug Abuse 2018e.)

Ekstaasitablettien epäpuhtaus ja sekakäyttö lisäävät riskien todennäköisyyttä. Muiden stimulanttien samanaikainen käyttö yhdessä MDMA:n tai ekstaasin kanssa voi aiheuttaa serotoniinisyndrooman, eli myrkytystilan. Serotoniinisyndrooman uhka kasvaa merkittäväksi myös silloin, kun yhdessä ekstaasin kanssa käytetään masennuslääkkeitä. Erityisen vaarallista yhteiskäyttö on ekstaasin ja Aurorix-lääkevalmisteen kanssa, joiden yhteiskäyttö voi aiheuttaa jopa kuoleman. Aurorix kuuluu MAO-salpaajiin, joka estää avioissa serotoniinin takaisinoton. Yhteiskäytössä amfetamiinin määrä nousee korkealle, ekstaasin tuodessa synapsirakoon vapauttamaansa dopamiinia ja serotoniinia, kun samaan aikaan Aurorix estää serotoniinia ja amfetamiineja hajottavan MAO-entsyymin toimintaa sekä tukkii yhdessä ekstaasin kanssa synapsiraosta ulos johtavan tien, mikä poistaa elimistöltä viimeisenkin mahdollisuuden runsaan serotoniinin poistamiseksi. (Päihdelinkki 2011a; Päihdelinkki 2011b & MAPS 2013.)

Runsaan käytön yhteydessä voi ilmetä kognitiivisten kykyjen heikentymistä, masennusta ja impulsiivisuuden lisääntymistä. Riippuvuus MDMA:lle on pieni, vaikka pitkässä käytössä annoskokoa joutuu jonkin verran kasvattamaan saavuttaakseen samat käyttökokemukset (Päihdelinkki 2009b; MAPS 2013 & National Institute on Drug Abuse 2018e).

6.6.3 Alfa-PVP

Alfa-PVP eli Alfa-Pyrrolidiinivalerofenoni on synteettinen huumausaine, joka on luonnossa esiintyvän khat-pensaan psykoaktiivisen ainesosan kationin johdos. Vaikka Alfa-PVP on syntetisoitu jo 1960-luvulla, on se huumemarkkinoilla suhteellisen tuore; Euroopassa sitä on esiintynyt ensimmäisen kerran vuonna 2011, ja Suomessa se on luokiteltu huumausaineeksi vuonna 2013. (Ojanperä & Bouyd 2017 & Päihdelinkki 2017b.)

Alfa-PVP muistuttaa vaikutuksiltaan muita keskushermostoa kiihottavia aineita, kuten esimerkiksi amfetamiinia. Sitä esiintyy jauhe- ja tablettimuodossa, ja sitä käytetään yleisimmin nuuskaamalla, suun kautta tai suonensisäisesti. Sen vaikutusaika on lyhykestoinen, joskus vain 15 minuuttia, ja tarve uudelle annokselle tulee muutamien tuntien sisällä. Käyttäjät ovat kuitenkin varoitelleet uudelleenannostelusta, sillä se voi joidenkin kokemusten mukaan johtaa impulsiiviseen käytökseen ja sen kautta yhä uusiin annoksiin, mikä voi puolestaan altistaa jopa hengenvaarallisille haittavaikutuksille. (Turun Sanomat 2014 & Päihdelinkki 2017b.)

Alfa-PVP:tä myydään usein MDPV:nä, ekstaasina tai metamfetamiinina ja sitä voi olla myös muiden aineiden, kuten esimerkiksi amfetamiinin jatkeaineena. Ainetta käyttävä ei siis välttämättä ole tietoinen siitä, että käyttää Alfa-PVP:tä. (Turun Sanomat 2014 & Päihdelinkki 2017b.)

Alfa-PVP on yhdistetty vuoden 2011 jälkeen noin 200 akuuttiin myrkytykseen ja noin sataan kuolemantapaukseen Euroopassa. Näistä 20% se ilmoitettiin kuolemansyyksi tai sen myötävaikuttajaksi. Suurimassa osassa kuolemantapauksia löydettiin Alfa-PVP:n lisäksi myös muita aineita, kuten esimerkiksi alkoholia, opioideja tai masennuslääkkeitä. Myrkytyksien yhteydessä oli havaittu myrkytyksen oireita kuten: sydämen tiheälyöntisyyttä, kohonnutta ruumiinlämpöä, hikoilua, kouristuksia, sekavuutta ja lihaskudoksen vaurioita. (Turun Sanomat 2014 & Päihdelinkki 2017b.)

6.6.4 MDPV eli Metyleenidioksipyrovaleroni

MDPV eli metyleenidioksipyrovaleroni on kationijohdannainen aine, joka kuuluu psykoaktiivisiin yhdisteisiin, joita käytetty mm. Ranskassa ja Saksassa laihdutuslääkkeinä tai piristeinä, ja joitakin on myyty jopa käsikauppalääkkeinä. Ne vedettiin kuitenkin markkinoilta pois, kun tieto niiden väärinkäyttö- ja riippuvuusvaarasta kasvoi. Noin kymmenen vuotta sitten tähän ryhmään kuuluvia aineita ilmaantui katukauppaan, ja Suomessa ensimmäiset MDPV-takavarikoinnit tehtiin vuonna 2008. Vuonna 2010 MDPV luokiteltiin huumausaineeksi Suomessa kansallisesti kiireellisesti, minkä myötä myös huumausainelakia muutettiin siten, että muuntohuumeiden huumausaineeksi luokittelu helpottui. (Päihdelinkki, 2010; Seppälä 2012, 37-38; Ojanperä & Bouyd 2017 & Päihdelinkki 2017c.)

MDPV esiintyy kellertävän valkoisena jauheena, ja sitä voidaan käyttää monella tapaa, kuten mm. nuuskaamalla, suun kautta, polttamalla tai suonen sisäisesti. Vaikutuksiltaan se muistuttaa kokaiinia ja amfetamiinia, mihin liittyy sydämentykytyksiä, verenpaineen nousua, unettomuutta sekä verisuonten supistumista ja sen vaikutusaika

on lyhytkestoinen noin 3-6 tuntia. Käyttäjät ovat raportoineet, että MDPV:n vaikutuksen loputtua on ilmennyt hyvin voimakasta päänsärkyä ja hankalia krapulan oireita. Tutkittua tietoa MDPV:n vaikutuksista ihmisiin on vielä suhteellisen vähän, mutta tiedetään että MDPV:n käyttö on aiheuttanut äkkikuolemia vain muutaman tabletin jälkeen. Kuolemiin on liittynyt useimmiten sydämen rytmihäiriö tai lämpöhalvaus. (Seppälä 2012, 40 & Päihdelinkki 2010b.)

MDPV:stä ei ole tietoa pitkäaikaiskäytöstä, mutta samantyyppisten aineiden perusteella voidaan päätellä, että siihen voi kehittyä riippuvuus. Myös psykoosioireiden ilmeneminen on todennäköistä pitkäaikaisessa käytössä tai suurten annoksien yhteydessä (Päihdelinkki 2010b).

6.6.5 Stimulanttiriippuvuuden hoito

Tehokasta lääkehoitoa stimulanttiriippuvuuden hoitoon ei sen sijaan ole löydetty, vaikka tuloksia on jonkin verran saatu mm. d-amfetamiinilla ja metyyliifenidaatilla. Alustavia tutkimustuloksia on myös opiaattiantagonisti naltreksonista, josta saattaa olla hyötyä amfetamiiniriippuvuuden hoidossa, mutta pitkäaikaisvaikutuksista ei ole tietoa. Kokaiiniriippuvuuteen on myös kokeiltu masennuslääkkeitä, mutta niistä ei ole tunnettua hyötyä. (Franck 2011; Alho 2012, 106-107 & Käypä hoito 2018a.)

Vaikka erityistä lääkkeellistä hoitoa ei stimulanttiriippuvuuteen ole, monista psykososiaalisista hoitomenetelmistä on hyötyä. Tehokkaimmiksi hoitomuodoiksi stimulanttiriippuvuuden yhteydessä on todettu palkkihoito, yksilöterapia sekä kahdentoista askeleen ohjelmat. (Alho 2012, 107 & Käypä hoito 2018a.)

6.7 Muuntohuumeet

Huumausainelaisissa huumausaineiksi luokittelemattomia, mutta vaikutuksiltaan tai kemialliselta rakenteeltaan huumausaineita muistuttavia aineita kutsutaan yleisesti muuntohuumeiksi. Luokitus puuttuu yleensä siksi, että aine on uusi tai sen käyttö päihtymistarkoituksessa on havaittu vasta vähän aikaa sitten. Muuntohuumeita on Suomessa luokiteltu huumeiksi EU:n toimesta tai kansallisesti, kun käytöstä aiheutuvia ongelmia on havaittu. Ensimmäinen Suomessa kansallisesti huumausaineeksi luokiteltu muuntohuume on MDPV, kun aineesta johtuvia haittoja raportoitiin runsaasti. MDPV:n myötä myös Suomen huumausainelakia muutettiin siten, että muuntohuumeiden luokittelu huumausaineiksi helpottui. (Ojanperä & Bouyd 2017; Päihdelinkki 2017c.)

Muuntohuumeiden vaikutukset vaihtelevat sen mukaan, mihin ryhmään ne kuuluvat kemiallisen rakenteensa puolesta. Suurin osa aineista kuuluvat fenetyyliamiiniineihin, katinoneihin, tryptamiiniineihin, piperatsiiniineihin, opioideihin tai kannabinoideihin. Fenetyyliamiinit, katinonit, tryptamiinit sekä piperatsiinit ovat vaikutuksiltaan keskushermostoa stimuloivia tai hallusinogeenisiä. (Päihdelinkki 2017c.)

Opioideihin kuuluvat muuntohuumeet, esimerkiksi fentanyylijohtannaiset okfentaniili ja furanyyli-fentanyyli ovat keskushermostoa lamaavia, ja voivat aiheuttaa äkillisen

hengityslaman. Fentanyylijohtannaiset voivat olla vaikutuksiltaan jopa 1000 kertaa morfiinia vahvempia, jolloin aikuisen ihmisen tappava annos on hyvin pieni, noin 0,03mg, mikä johtaa siihen, että aineiden turvallinen annostelu on käytännössä mahdotonta. Vasta-aineena yliannostustapauksissa käytetään naloksonia. (Ojanperä & Bouyd 2017; Päihdelinkki 2017c.)

Tällä hetkellä suurin muuntohuumeiden ryhmä on synteettiset kannabioideit. Synteettisten kannabioidien vaikutukset ovat samankaltaisia kuin kannabiksen vaikuttavalla aineella THC:llä, mutta monet kannabioideista ovat huomattavasti voimakkaampia, minkä vuoksi esimerkiksi psykoosin riski käyttäjillä kasvaa. (Päihdelinkki 2017c.)

Huumausainemarkkinoilla muuntohuumeita tavataan lähes kaikissa mahdollisissa muodoissa; tabletteina, jauheena, tahnana, nesteinä, kasvirouheisiin sekoitettuina ja lappuina. Suomessa yleisin takavarikoiden yhteydessä ilmennyt muoto on valkoinen tai kellertävä jauhe. Se missä muodossa muuntohuume ilmenee, vaikuttaa myös sen käyttötapaan. Esimerkiksi lappuina ilmenevät muuntohuumeet käytetään yleensä kielen alla imeskellen. (Päihdelinkki 2017c.)

Tullin takavarikossa on ilmennyt uutena ilmiönä viime vuosien aikana bentsodiatsepiini-johtannaisia, jotka muistuttavat lääkkeitä käytettyjä diatsepaamia alpratsolaamia. Näitä aineita on esiintynyt sekä tabletteina, että jauheena. Tullin tekemissä tutkimuksissa havaitaan aika-ajoin hyvinkin monenlaisia yhdistelmiä, kuten esimerkiksi jopa seitsemän eri vaikuttavan aineen yhdistelmä. Useaa eri vaikuttavaa ainetta sisältävien muuntohuumeiden käyttöannoksia on mahdotonta arvioida, mikä tekee niiden käyttämisestä erityisen vaarallista. (Ojanperä & Bouyd 2017; Päihdelinkki 2017c.)

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Toiminnallinen opinnäytetyö on opinnäytetyön muoto, jonka tavoitteena on ohjeistaa ja opastaa käytännön toiminnassa, sekä järkeistää ja järjestää toimintaa. Toiminnallisen opinnäytetyön toteutustapa voi olla koulutusalaista ja kohderyhmästä riippuen esimerkiksi opas, video tai tapahtuma. (Airaksinen 2010, 6-8.) Valitsemamme toteutustapa oli opas. Toimeksianto löytyy liitteenä (Liite 1).

Toiminnalliseen opinnäytetyöhön kuuluu myös kirjallinen raportti, joka sisältää tietoperustan tekemäämme opasta varten. Raportissa esitellään opinnäytetyön lähtökohdat, rajaus, tarkoitus ja tavoitteet, menetelmät, johtopäätökset ja prosessin arvioinnin. (Airaksinen 2010, 22.)

Tämä opinnäytetyö on muodoltaan toiminnallinen ja siitä tehtiin toimeksiantosopimus (Liite 1) toimeksiantajan kanssa. Opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta syntyi opas päihderiippuvuudesta ja sen hoidosta mielenterveys- ja päihdekuntoutuskotiin (Liite 2). Kuntoutuskodilla hoidetaan ja tuetaan arjessa selviytymisessä mielenterveys- ja päihdekuntoutujia. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu hoiva-avustajia, lähihoitajia (mielenterveys- ja päihdetyön erikoistuminen), sairaanhoitajia sekä sosionomeja. Haasteita moniammatilliselle tiimille asettavat monimuotoiset mielenterveys- ja päihdeongelmat, joista erityisesti päihdeongelmat ovat kasvavassa asemassa koko yhteiskunnassa ja merkittävä haaste koko kansanterveydelle. (YhdessäMielin-hanke 2018.) Ongelmaan tartuttiin ja haasteita pyrittiin helpottamaan kokoamalla yhteen tietopakettiin kattavasti tietoa päihderiippuvuudesta sekä sen erityispiirteistä alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Tietopaketti, eli teoriaosuuden pohjalta syntynyt opas on 58 – sivuinen A5 kokoinen kierrelehdellä painettu opas, joka sisältää tietoa päihderiippuvuudesta ja siitä kuntoutumisesta sekä siihen vaikuttavista tekijöistä, kuten hoitosuhteesta ja päihderiippuvaisen kohtaamisesta.

Opinnäytetyötä tehtiin pääosin itsenäisesti. Opinnäytetyöhön sisältyvät aiheet jaettiin opinnäytetyötä tekevän ryhmän jäsenten kesken ja jaon perusteella jokainen ryhmän jäsen lähti kokoamaan teoriaosuutta. Opinnäytetyön teoriaosuuden etenemistä tarkasteltiin tasaisin väliajoin kokoontumalla yhteen. Kokoontumisien yhteydessä koottiin ryhmän jäsenten itsenäisesti tekemät tuotokset yhteen ja katsottiin, mitä asioita opinnäytetyöstä vielä puuttuu, sekä keskusteltiin jokaisen tuottamasta kirjallisesta osuudesta rakentavasti ja palautetta antaen.

Teoriaosuuden valmistuttua oppaan työstäminen pääsi alkamaan. Opasta koottiin teoriaosuuden pohjalta yhdessä koko ryhmän jäsenten kesken. Oppaan kokoamiseen meni huomattavasti enemmän aikaa, kuin ennakkoon oli ajateltu. Tiedon liittäminen ei ollut ongelmallista ja aikaa vievää, mutta visuaalinen puoli väreineen ja asetteluneen vei aikaa, jotta lopputuloksesta saatiin miellyttävä ja tasapainoinen kokonaisuus, sekä alkuperäinen ajatus selkeästä ja helposti luettavasta oppaasta pystyttiin säilyttämään.

7.1 Alkuperäinen idea oppaasta

Idea oppaasta syntyi havaitsemalla ennakkokäsityksiä ja tuomitsemista päihderiippuvaisia kohtaan. Päihderiippuvuutta ei pidetä sairautena vaan ennemminkin psyykkisenä ongelmana ja usein ajatellaan potilaan valinneen tämän tien itselleen (Rovamo 2018). Oppaan avulla pyritään oikaisemaan näitä käsityksiä ja tuomaan uusia näkökulmia sekä tietoa päihderiippuvuudesta sairautena. Ennakkoluuloja syntyy tietämättömyydestä ennalta tuntemattomia asioita kohtaan. Luodaan omia mielikuvia, minkälainen päihteitä käyttävä henkilö on ja miten hän erottuu ihmismassasta. Mahdollista on, ettei päihderiippuvainen erotu mitenkään, hän voi olla paljon huomaamattomampi ja hiljaisempi kuin terve ihminen. (Mielenterveystalo 2018.)

Alkuperäinen idea oli tehdä lyhyt tietopaketti päihderiippuvuudesta käsitteenä. Teoriapohjaa suunniteltaessa kuitenkin huomattiin, että päihderiippuvuus on käsitteenä niin laaja, että sen ymmärtämiseen vaadittaisiin muutakin, kuin riippuvuus -käsitteen avaamista. Tämän havainnon pohjalta päädyttiin laajentamaan aihetta siten, että kartoitettiin yhdessä toimeksiantajan kanssa, että mitä tietoa päihderiippuvuudesta he kuntoutuskodilla tarvitsivat. Tietoa tarvitsee aina laajasti, mutta aihetta jouduttiin rajaamaan, jotta työn määrä saatiin pidettyä kohtuullisena. Oppaaseen päädyttiin ottamaan mukaan alkoholiriippuvuus, stimulantit sekä bentsodiatsepiinit. Teoriapohjan työstämisen aikana mukaan päädyttiin ottamaan vielä lisäksi muuntohuumeet kuntoutuskodin henkilökunnalta tulleen pyynnön perusteella.

Oppaasta suunniteltiin jo alkuperäisen idean mukaisesti sopivan kokoinen ja sellainen, joka on helppo ottaa esille. Lisäksi jo alkuun päätettiin, että opas painettaisiin kirjallisena versiona, jotta se olisi helpompi ottaa esille ja lukea.

7.2 Hyvä opas, sen suunnittelu ja toteutus

Hyvän oppaan tulee olla helposti ymmärrettävä, mutta myös kattava. Opasta lukemalla lukija haluaa selvittää itsellään, kuinka jonkin asian kanssa tulisi toimia. Tiedon pitää olla siis yksinkertaista sanastoltaan ja rakenteeltaan. Oppaan ymmärrettävyyteen vaikuttaa erityisesti missä järjestyksessä asiat esitetään. Opas kannattaa kirjoittaa niin kuin tarina, jossa on selkeä juoni. Asiat voivat olla tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin. (Hyvärinen 2005.)

Oppaassa käsiteltävät asiat pitää perustella hyvin, jotta motivaatio oppaan ohjeiden noudattamiseen säilyy. Paras tapa perustella asioita on vedota lukijan omaan hyötyyn. (Hyvärinen 2005.)

Hyvä otsikointi selkeyttää opasta, ne jäsentävät tietoa ja auttavat hahmottamaan käsiteltävää asiaa. Kiinnostava asia oppaasta on helppo etsiä hyvän otsikoinnin avulla. Kappalejaon tulee olla loogista, yksi asia käsitellään yhdessä kappaleessa. Liian lyhyitä ja pitkiä kappaleita tulee välttää, kappaleet joko yhdistetään muuhun tai jaetaan useiksi kappaleiksi. Samoin virkkeiden pituuteen pitää kiinnittää huomiota, ja rakentaa niistä selkeitä. Virkkeeseen ei ole suositeltavaa sisällyttää liian montaa yksityiskohtaa. (Hyvärinen 2005.)

Opasta kirjoittaessa pitää muistaa sen kohderyhmä ja kirjoittaa opas sen mukaisesti. Liian monimutkainen sanasto, termit ja lyhenteet vaikeuttavat lukemista turhaan, jos kohderyhmä ei niitä hallitse. Jos näiden käyttöä ei voi välttää, niiden tarkoitus tulee avata lukijalle. Oikeinkirjoituksen tulee myös olla kunnossa. (Hyvärinen 2005.)

Oppaan pituus riippuu käsiteltävästä aiheesta. Mitä lyhyempi, sitä parempi. Pituus riippuu myös, miten opas julkaistaan, kirjallisena vai internetissä. Tietokoneen ruudulta lukeminen on eri asia kuin tulostetulta kirjalliselta versiolta. (Hyvärinen 2005.) Oppaan ulkoasu, sen tyyli ja kuvitus vaikuttavat lukemiskokemuksen miellyttävyyteen ja sitä kautta viestin ymmärtämiseen (Hyvärinen 2005).

Oppaan toteutuksen alkuvaiheessa huomattiin, että oleellista tietoa on niin paljon, että oppaan sivumäärä kasvaa väkisin siitä mitä alun perin ajateltiin. Oppaan selkeydestä ja luettavuudesta ei kuitenkaan haluttu tinkiä, joten sivumäärää kasvatettiin, jotta tekstit ja kuvitus mahtuivat sivuille siten, että niitä on mielekästä lukea.

Alkuperäinen idea oli tehdä opas Adobe Indesign – ohjelmalla, mutta kyseinen ohjelma osoittautui vaikeaksi käyttää monimutkaisten pohjamallien kanssa. Lisäksi Adobe Indesignin käyttöä rajoitti huomattavasti sen maksullisuus, sillä ilmainen kokeiluversio olisi ollut käytettävissä vain viikon ajan. Helpommaksi ja käyttäjäystävällisemmäksi taitto-ohjelmaksi osoittautui Office 365- pakettiin kuuluva Publisher. Publisher on lisäksi maksuton, sen lisäksi että on huomattavasti yksinkertaisempi käyttää.

Kuvat oppaaseen ovat itse otettuja ja muokattuja. Kuvien ottamispaikkaa pohdittiin ennakkoon, ja alun perin kuvia piti ottaa Salossa Hajalassa vanhalla rautatien alikulkutunnelilla. Kuvauspäivänä suunnitelmia jouduttiin kuitenkin muuttamaan, sillä tunnelin luona harjoiteltiin tuolloin kiipeilyä suunnitellulla kuvauspaikalla. Suunnitelmia muutettiin nopeasti ja kuvat päädyttiin ottamaan Halikon vanhalla rautatiesillalla. Suunnitelman muutos osoittautui hyvin hedelmälliseksi, sillä kuvauspaikalla löytyi aiheeseen sopivia kuvauskohteita yksityiskohtineen paljon, kuten esimerkiksi rikottu lasipullo (Kuva 1.)

Kuva 1. Rikottu lasipullo



Kuvaustilanteessa kiinnitettiin huomiota valotukseen sekä varjoihin, jotta kuviin saatiin sopivan synkkä ja mielenkiintoinen tunnelma. Kuviin lisättiin muokkauksen kautta oppaaseen liittämisen yhteydessä tekstiä, mikä toi lisää syvyyttä ja mielenkiintoisia yksityiskohtia oppaaseen ja sen kokonaisuuteen. Lisäksi oppaassa on kuvia väärinkäytetyistä lääkkeistä. (Kuva 2 & 3.)

Kuva 2. Tummia värejä, tehostetekstiä kuvassa



Kuva 3. Diapam



Oppaan värimaailmassa pitäydyttiin rauhallisissa väreissä, mutta tärkeitä ja huomioitavia asioita korostettiin esimerkiksi punaisella värillä (Kuva 4).

Kuva 4. Salakavalat vieroitusoireet, tehostevärit

Salakavalat vieroitusoireet.

Bentsodiatsepiinit		Lievät	Hikoilu, ärtyneisyys, ääni- ja valoherkkyys, pelokkuus, sydämentykyys
	Keskivaikeat		Tunne, että seinät ja lattia kallistuvat, liikkeen tunne, näköharhat, ruuminkuvan vääristymät
	Tungot		Epileptiset kohtaukset

Alkoholi		Lievät	Vapina, hikoilu, pahoinvointi, päänsärky, unettomuus, levottomuus, ahdistus, sydämentykyys, korkea verenpaine
	Keskivaikeat		
	Tungot		Epileptinen kohtaus. Delirium tremens, jonka oireita ovat harhausuus, sekavuus, ajan- ja paikantajan katoaminen, hallusinaatiot, unettomuus, harhaluulot, sydämentykyys ja verenpaineen nousu

Stimulantit*		Lievät	Häiriintynyt uni, väsymys, voimakas nälkä
	Keskivaikeat		Masentuneisuus, ärtyneisyys
	Tungot		Väkivaltaisuus

*Stimulantteja on useita erilaisia ja niiden vieroitusoireiden vahvuus ja laatu eroavat jonkin verran toisistaan

Opas päädyttiin painattamaan Turussa sijaitsevassa X-Copy -nimisessä yrityksessä. Yritykseltä saatiin nopealla aikataululla tarjoukset oppaan painatuksesta, ja lopputulos oli jopa parempi kuin oli osattu alun perin odottaa.

Oppaassa päihderiippuvaisista käytetään termiä asukas, koska kuntoutuskodin henkilökunta käyttää tätä, ja termiä käyttämällä haluttiin tuoda opas henkilökohtaisemmalle tasolle kuntoutuskodin henkilökunnan keskuuteen.

Oppaasta ja sen sisällöstä pyydettiin palautetta ennen sen valmistumista kuntoutuskodin yksikönpäälliköltä sekä kuntoutuskodin työntekijöiltä ja opasta työstettiin eteenpäin saadun palautteen perusteella. Palaute oli rakentavaa, ja sisälsi muun muassa pyyntöjä aiheiden tarkennukseen esimerkiksi lääkeriippuvuuden osalta sekä laajempaa käsittelyä alkoholiriippuvuuden aiheuttamien mahdollisten fyysisten oireiden suhteen. Palautteessa saatiin myös kiitosta oppaan helppolukuisuudesta ja selkeydestä, sekä siitä, että tietoa ei ollut liikaa per sivu, mikä vahvasti käsitystä siitä, että sivumäärän kasvattaminen kannatti, jotta tietomäärä sivua kohden pysyi kohtuullisena. Oikoluvun myötä pystyttiin korjaamaan myös muutamat mukaan eksyneet kirjoitusvirheet. Kirjoitusvirheiden korjaamisen jälkeen opas käytiin vielä kertaalleen ryhmän kesken läpi, joka jälkeen se päädyttiin lähettämään painoon.

7.3 Oppaan arviointi ja palaute kuntoutuskodilta

Alkuperäinen ajatus muutaman sivun vihkosesta ei toteutunut, koska tärkeää tietoa eri päihderiippuvuuksista ja päihderiippuvaisen hoidosta saatiin tiedonhakuvaiheessa runsaasti. Oppaasta (Liite 2) saatiin kuitenkin tarkoitukseen sopiva tietopaketti, ja siitä saatiin hyvää palautetta kuntoutuskodin henkilökunnalta.

Oppaan tultua painosta, se toimitettiin kuntoutuskodille kirjallisena kolmena kappaleena, ja sitä käytiin läpi yhdessä kuntoutuskodin henkilökunnan kanssa. Ulkoasu herätti ihastusta ja mielenkiintoa. Oppaasta saatiin paljon hyvää palautetta ja keskustelimme tutkimuksista ja lähdemateriaalista, jota teoriaosuudessa oli käytetty. Aihe herätti kuntoutuskodin henkilökunnassa kiinnostusta ja paikalla olleista suurin osa kommentoikin erikseen, että aikoo tutustua oppaaseen tarkemmin ja ajan kanssa. Lisäksi saatiin kiitosta erityisesti siitä, että oppaassa käydään läpi erikseen huumausaineita ja niihin liittyviä erityispiirteitä tarkemmin, ja ne esitetään oppaassa helposti luettavassa muodossa tärkeimmät asiat esiin tuoden. Opasta kuvailtiin monipuoliseksi ja kattavaksi, ja vaikka sivumäärä olikin kasvanut alkuperäisestä suunnitelmasta, pidettiin sitä sopivan mittaisena lukemisen kannalta. Kuvitus sai myös kiitosta, ja sitä kuvailtiin mielenkiintoiseksi ja ajatuksia herättäväksi, sekä sitä pidettiin mielenkiintoa ylläpitävänä tekijänä oppaan lukemisen kannalta.

Keskustelimme kuntoutuskodin henkilökunnan kanssa myös siitä, että mitä he olisivat valmiin oppaan nähtyään toivoneet sinne lisättävän, tai että mitä sieltä olisi voinut jättää vaihtoehtoisesti pois. Henkilökunta olisi toivonut entistäkin laajempaa kirjoa eri huumausaineiden käsittelyn osalta, ja jos jotain olisi pitänyt jättää pois, olisi alkoholin voinut heidän mielestään rajata ulkopuolelle ja ottaa sen tilalle lisää eri huumausaineita erityispiirteineen.

Kuten kuntoutuskodin henkilökunnan kanssa käydyn keskustelunkin pohjalta kävi ilmi, oppaan ulkoasuun panostaminen oli kannattavaa siitäkkin huolimatta, että sen työstämiseen kului runsaasti aikaa. Ulkoasu sai paljon kiitosta, ja siihen oltiin tyytyväisiä. Kuvitus ja värimaailma tekee lukemisesta mielekkäämpää, kuten oppaasta saatu palautekin osoitti.

8 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen tulokset voivat olla luotettavia ja uskottavia sekä eettisesti hyväksyttäviä vain siinä tapauksessa, että tutkimus on toteutettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimusetiikan näkökulmasta tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tutkimus on toteutettu noudattaen hyviä tieteellisen käytännön lähtökohtia, joita ovat muun muassa rehellisyys, avoimuus, huolellisuus, suunnitelmallisuus, tiedon ja lähteiden arviointi kriittisesti ja tarkasti sekä muiden tutkimuksien huomioon ottaminen asianmukaisella tavalla lähdeviitteitä käyttäen. Tärkeää on myös se, että tutkimusluvut ovat kunnossa, ja kaikki osapuolet ovat ymmärtäneet omat velvollisuutensa tutkimuksen osalta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tutkimuksen lähdemateriaalin kriittinen tarkastelu ja arviointi on tärkeää. Tutkimuksen tuloksien tulisi perustua mahdollisimman ajankohtaiseen ja paikkansa pitävään tietoon. Tiedon ajankohtaisuutta voidaan arvioida esimerkiksi julkaisujen ajankohtia tarkastelemalla, mutta myös arvioimalla tiedon ja ajan kulumisen yhteyttä siten, että pohditaan vaikuttaako ajan kulumisen tietoon tai muuttaako se sitä oleellisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012 & Helsingin Yliopisto 2019.)

Tutkimuksen lähdemateriaalia tulisi tarkastella mahdollisimman laajasti, jotta saataisiin aikaiseksi vahva tutkimusnäyttö. Vahvan tutkimusnäytön perusteina pidetään useita tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia. (THL 2015.)

Lähdemateriaalia käytettäessä, on tärkeää kunnioittaa tiedon alkuperäistä kirjoittajaa. Plagiointi, eli alkuperäisen tiedon tai kuvien esittäminen omana on kiellettyä ja tutkimuseettisestä näkökulmasta väärin. Lähdeviitteet tulee tehdä asianmukaisesti tekstiin, sekä tekstin tulee kunnioittaa alkuperäistä kirjoittajaa, eikä tehtyjä päätelmiä tai havaintoja tulisi vääristellä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012 & Rydenfelt 2017.)

Opinnäytetyössä käytettiin mahdollisimman ajankohtaista lähdemateriaalia. Vanhempaa materiaalia käytettiin kriittisen arvion jälkeen vain, jos tieto ei ollut oleellisesti muuttunut, ja lähdemateriaali oli oleellista ja tärkeää opinnäytetyön teoriapohjan kannalta. Jokaiseen teoreettiseen lähtökohtaan, joka mainittiin teorian pohjalta syntyneessä oppaassa, löytyy maininta myös opinnäytetyön raportissa asianmukaisine lähdemerkintöineen. Opinnäytetyöprosessin aikana käytettiin luotettavia lähteitä kirjallisesti julkaistussa ja sähköisessä muodossa. Lähdeviittauksia käytettiin asianmukaisesti arvostaen muiden tekemää työtä. Opinnäytetyö toteutettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti, eli rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön aihe on itsessään paljon eettisiä kysymyksiä sisältävä, joten koko prosessin aikana jouduttiin pohtimaan hyvin tarkkaan sitä, mitä kaikkea käytetään lähteinä ja miten asian ilmaistaan eteenpäin oppaassa. Osaltaan oppaan tekijät ovat kuitenkin oppaan kautta myös vastuussa mm. siitä, että miten päihderiippuvaiset tulevat kohdatuksi ja miten asioita otetaan huomioon, mikäli tieto tulee työstetyn oppaan kautta. Myös THL on antanut ohjeistuksen tutkitun tiedon käytöstä osana ehkäisevää päihdetyötä ja siellä on painotettu erityisesti tutkimusnäyttöä ja sen vahvuuden arviointia sekä sitä, kuinka voi arvioida tutkimustiedon oikeanlaista käyttöä. Esimerkiksi tutkimuksista otetut yksittäiset lainaukset voivat pahimmassa tapauksessa

vääristää totuutta, kun kokonaiskuva asiasta jätetään tahallisesti tai tahattomasti mainitsematta. (Rydenfelt 2017 & THL 2017.)

Lähdemateriaalia tarkasteltiin kriittisesti myös siten, että sisältö pysyi keskeisenä ja mahdollisimman tiiviinä. Tietoa alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta löytyy paljon, ja tiedon syvälinen taso vaihtelee eri lähteiden välillä. Lähdemateriaalia ja sen sisältöä karsittiin siten, että teoreettinen pohja pysyi mahdollisimman yleisellä, ja oppaan informaation kannalta merkityksellisellä tasolla. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että pikkutarkka tieto jätettiin tietoisesti teoriapohjan ulkopuolelle, jotta oppaaseen tuleva tieto pysyi mahdollisimman yksinkertaisena ja helposti ymmärrettävänä oppaan helpon lukemisen kannalta. (Hyvärinen 2005.)

Opinnäytetyön aihe pyrittiin rajaamaan mahdollisimman tarkasti. Alun perin rajausta perusteltiin siten, miten ajatukset toimeksiantajan ja tekijöiden välillä kohtasivat. Huume- ja lääkeriippuvuudet olivat itsestään selvä valinta aiheiksi, sen sijaan alkoholiriippuvuus otettiin mukaan mielenkiinnon vuoksi. Oppaan valmistumisen jälkeen pohdittiin, että aihetta olisi voinut rajata vieläkin yksityiskohtaisemmaksi, jättäen alkoholiriippuvuuden kokonaan aiheen ulkopuolelle. Se olisi mahdollistanut toisaalta sen, että olisi voitu keskittyä enemmän huume- ja lääkeriippuvuuksien erityispiirteisiin. Toisaalta alkoholiriippuvuus kiinnosti aiheena, mikä edesauttoi mielekästä työskentelyä, mutta työskentelyyn varattu aika olisi vaatinut tiukemman rajauksen aiheen suhteen. (Jyväskylän Yliopisto 2014.)

Oppaaseen liitetyt kuvituskuvat (Kuvat 1, 2 & 3) kuvattiin itse, jotta pystyttiin varmistamaan se, ettei niistä myöhemminkään aiheutuisi tekijänoikeudellisia ongelmia oppaan tekijöille tai työn toimeksiantajalle. Kuvaamalla kuvituskuvat itse varmistettiin myös se, että ne eivät aiheuta mielipahaa. Mielipahaa kuvan alkuperäiselle tekijälle voisi aiheutua esimerkiksi sellaisessa tilanteessa, jossa vapaasti käytettävissä oleva kuva on liitetty sellaiseen asiansuhteeseen, jossa sen merkitys tai tarkoitus muuttuu oleellisesti tai se tuodaan esiin epäsuotuisassa valossa. (Kuvasto 2015.) Oppaaseen on merkitty kuvaajien tiedot, sekä se, että mihin käyttötarkoituksiin oppaan kuvia voi työn toimeksiantaja jatkossa käyttää.

Oppaan tavoitteena on tuoda lisää tietoa päihderiippuvuudesta hoitohenkilökunnalle. Tavoitteena on, että tieto auttaa ymmärtämään päihderiippuvuutta sairautena, mikä edesauttaisi muuttamaan ennakkokäsityksiä, joita päihderiippuvaisista myös hoitohenkilökunnalla on. Oppaassa on tarkoituksella esitetty asioita suoraan, mutta myös käytännön esimerkkejä käyttäen. Oppaassa kuvaus päihderiippuvuudesta alkaa kuvauksella: ”Kuvittele tilanne, jossa hakeudut lääkäriin ja sinulla todetaan parantumaton sairaus, jonka kanssa sinun tulee opetella elämään. Kuvittele, että miltä sinusta tuntuisi, jos sinut tuomittaisiin aina tämän jälkeen, sinua todellisesti tuntematta, vain sairauden perusteella. Olisiko se sinun mielestäsi kohtuullista?” Kuvauksen tarkoituksena on herättää lukijassa tunteita hämmennyksen avulla, joiden kautta hän voisi samaistua päihderiippuvaisten kohtaamiin ennakkoluuloihin ja niiden myötä herääviin ajatuksiin ja tunteisiin. Hämmennystä aiheuttamalla pyrittiin herättämään lukijassa tunteita, mutta toisaalta myös mielenkiintoa aihetta kohtaan, mikä on toisinaan parempi keino tulla kuulluksi kuin suoran faktan jakaminen. (Kujala 2019.)

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia päihderiippuvuutta yleisellä tasolla sekä tarkemmin alkoholin, stimulanttien, muuntohuumeiden ja bentsodiatsepiinien osalta. Lisäksi tutkittiin kyseisten aineiden käyttäjien hoitoa ja kuntoutumista sekä sitä, että mitkä tekijät vaikuttavat hoidon tuloksellisuuteen. Teorian pohjalta koottiin toimeksiantona tilattu päihderiippuvuutta käsittelevä opas mielenterveys- ja päihdekuntoutuskodille, jonka tavoitteena on tuoda hoitohenkilökunnalle lisätietoa päihderiippuvuudesta sairautena ja siihen liittyvistä erityispiirteistä alkoholi- huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Aihetta rajattiin huume- ja lääkeaineiden osalta siten, että oppaaseen saatiin esille sellaisia huumaus- tai lääkeaineita, joiden kanssa kuntoutuskodilla ollaan eniten tekemisissä tai joiden käyttöön liittyy erityisiä vaaroja, kuten esimerkiksi voimakasta aggressiivisuutta tai äkillisien kuoleman riskiä.

Päihderiippuvuus, Tietoa ja tukea riippuvuudesta kuntoutuvan arkeen -opas (Liite 2) sisältää tietoa päihderiippuvuudesta sairautena, sen syntymisestä ja sen erityispiirteistä alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta. Oppaassa käsitellään päihderiippuvaisten kohtaamista, hoitosuhdetta ja siihen positiivisesti ja heikentävästi vaikuttavia tekijöitä sekä hoitajien omaa jaksamista ja työyhteisön ilmapiiriä osana hyvää ja tuloksellista päihdekuntoutusta. Oppaassa esitellään muutoksen vaihemalli, motivoiva haastattelutapa sekä käsitellään retkahdusta ja sen herättämiä tunteita myös henkilökunnan osalta. Alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta käydään läpi niiden erityispiirteitä hoidon, oireiden ja erikoistilanteiden osalta kuten esimerkiksi yliannostukset, myrkytykset ja vieroitusoireet. Huume- ja lääkeriippuvuuksia käsitellään stimulanttien, muuntohuumeiden sekä bentsodiatsepiinien osalta.

Päihderiippuvuus aiheena koettiin tärkeäksi osaksi opinnäytetyötä. Usein on havaittavissa ulkopuolisten luovan tietynlaisia katseita ja oletuksia päihderiippuvaista henkilöä kohtaan, jopa hoitohenkilökunta saattaa tehdä niin. Hoitohenkilökunnalla saattaa olla tietynlaisia mielipiteitä ja he saattavat pessimistisesti suhtautua päihderiippuvaisen hoidon mahdollisuuksiin (Aalto ym. 2009, 145-146). Päihderiippuvaisilla on olemassa jo stigma eli häpeäleima, joka tuo päihderiippuvaisille henkilökohtaisen haasteen avun hakemiseen ja varsinkin silloin, jos hoitohenkilökunnalla on jo valmiiksi jo tietynlainen asenne heitä kohtaan (Mielenterveystalo 2018).

Alkoholi ja huumeriippuvuudet ovat yleisiä Suomessa, minkä vuoksi ne otettiin aiheina osaksi opinnäytetyötä. Alkoholi on myös monen eri sairauden riskitekijä. Alkoholiin liittyvät syyt ovat yleisiä työikäisen suomalaisväestön kuolinsyitä ja suomalaisista n. 5-10 % ovat alkoholiriippuvaisia: miehistä n.8% ja naisista n.2%. Huumeriippuvuuksia taas on prosentuaalisesti vähemmän, mutta niiden käyttö on myös kasvanut viimeisten vuosien aikana. (Päihdelinkki 2011a.)

Lähteinä opinnäytetyössä käytettiin laajasti alan kirjallisuutta, tutkimuksia, verkkolähteitä sekä myös vieraskielisiä lähteitä englannin ja ruotsin kielisten osalta. Aluksi vieraskielisten lähteiden käyttäminen tuntui haastavalta, mutta opinnäytetyöprosessin edetessä niiden käyttämisestä tuli enemmänkin tapa.

Päihde-, alkoholi, huume- ja lääkeriippuvuuksista lähteitä löytyi kohtuullisen vaivatta ja lähteitä pystyi karsimaan arvioinnin kautta helposti. Sen sijaan huumausaineiden osalta

luotettavien ja monipuolisien lähteiden löytäminen osoittautui hyvin haastavaksi. Päihdelinkki -sivusto tarjosi runsaasti kattavaa, ja ajankohtaista tietoa lähes kaikista huumausaineista, ja sivuston avulla päästiin tiedonhaussa hyvin kuitenkin alkuun. Myös Duodecimin julkaisema Huume- ja lääkeriippuvuudet -kirja tarjosi runsaasti kattavaa tietoa, vaikkakin huumausaineiden osalta hieman suppeammin. Toisaalta monipuolisten lähteiden löytäminen huumausaineista korosti sitä, että tuotettua tietoa niistä tarvittaisiin enemmän. Lähteinä huumausaineiden osalta käytettiin myös ajankohtaisia artikkeleita, joiden luotettavuutta arvioitiin tarkasti muun muassa sen mukaan, missä yhteydessä artikkeli oli julkaistu ja millaista tekstisisältö siinä oli.

Jotta pystyy hoitamaan riippuvuutta ja vieroitusoireita, täytyy pystyä hahmottamaan kokonaiskuva riippuvuutta aiheuttavasta aineesta sekä käsittämään riippuvuuden aiheuttaman aineen reaktion elimistössä (Koski-Jännes & Pennonen 2010). Opinnäytetyön teoriapohjan kokoamisen yhteydessä saatiin runsaasti tietoa erilaisista fysiologisista reaktioista elimistössä eri riippuvuuksien yhteydessä, ja pystyttiin paremmin ymmärtämään eri aineiden aiheuttamaa riippuvuutta. Fysiologisten reaktioiden selventäminen oli välillä haastavaa, ja vaati paljon taustatietojen selvittämistä ennen kuin kokonaisuudesta saatiin ymmärrettävä ja selkeä.

Oppaasta muotoutui alkuperäiseen suunnitelmaan verrattuna hyvin laaja-alainen, mutta muutos tarvittiin, jotta oppaasta saatiin tarkoituksen mukainen ja hyödyllinen. Kuntoutuskodilta saadun palautteen perusteella opas vastasi alkuperäistä tavoitetta sen suhteen, että se tuo lisätietoa kuntoutuskodin henkilökunnalle. Lisäksi saadussa palautteessa mainittiin oppaan hyödyntäminen osana uusien työntekijöiden perehdytystä.

Opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta oppaaseen lisättiin jonkin verran sellaisia aiheita, joita ei oltu alun perin ajateltu käsitellä erikseen. Yksi tällaisista aiheista oli esimerkiksi myrkytykset ja yliannostukset, joista päätettiin kirjoittaa niiden vakavuuden vuoksi. Oppaaseen koostettiin niistä useamman sivun mittainen tietopaketti, kuten esimerkiksi tarkat ohjeet siitä, kuinka tulee toimia myrkytystä tai yliannostusta epäiltäessä. Tästä saatiin positiivinen erityismaininta kuntoutuskodin henkilökunnalta.

Opas asiasisältöineen ja visuaalisine ilmeineen on miellyttävä kokonaisuus ja lopputulokseen ollaan tyytyväisiä. Sivumäärää olisi ehkä voinut kasvattaa vielä hivenen, jotta lopputuloksesta olisi saatu entistäkin väljempi kokonaisuus, mutta nykyiselläänkin opas on mielekäs ja helppo lukuinen.

Asiasisällön osalta olisi voinut käydä vieläkin laajemmin ja tarkemmin läpi huumausaineiden käytön aiheuttamia oireita, sekä korostaa niitä selkeämmin. Mukaan olisi voinut myös ajan salliessa kerätä huumesanaston, jossa olisi lueteltu huumausaineiden käyttäjien käyttämiä slangisanoja eri huumausaineista.

Alkoholiriippuvuuden käsittelyn olisi jälkepäin ajateltuna voinut jättää pois kokonaan, jotta olisi voitu keskittyä enemmän nimenomaan huume- ja lääkeriippuvuuksiin sekä niiden erityispiirteisiin. Alkoholiriippuvuuden pois jättäminen olisi ehkä lisäksi tehnyt oppaasta hieman tiiviimmän ja yhtenäisemmän kokonaisuuden, sillä nykyisellään se on ehkä hieman irrallinen muusta aihekokonaisuudesta.

Päihdeongelmat ja -riippuvuudet ovat alati kasvava ongelma yhteiskunnassamme. Olisi eriarvoisen tärkeää, että jo hoitotyön koulutuksien aikana alettaisiin puhumaan riippuvuuksista ja niiden tuomista erityispiirteistä hoitotyössä. Opinnäytetyön

työstämisen aikana ymmärrettiin se, kuinka tärkeää on osata suhtautua jokaiseen kohdattavaan potilaaseen tasa-arvoisesti ja yhteneväisesti, riippumatta siitä onko kyseessä päihdeongelmainen vai ei. Tutkimuksen myötä huomattiin myös oman asenteen muovautuvan siten, että korvaan särähtää joka kerta, kun kuulee jonkun puhuvan päihteiden käyttäjistä ja päihderiippuvaisista negatiiviseen sävyyn ja syyllistäen. Tästä nousi pintaan ajatuksia siitä, että olisi hyvä painottaa koulutuksissa ja työelämässä sitä, että mistä päihderiippuvuuksissa ja riippuvuuksissa yleensäkin on todellisuudessa kyse ja kuinka nimenomaan sairauden luonne tulee ottaa huomioon myös niitä hoidettaessa.

Päihderiippuvuuteen ja sen hoitoon ja kuntoutumiseen liittyviin erityispiirteisiin perehtyminen herätti monenlaisia kysymyksiä ja kasvatti tiedonjanoa aiheen suhteen entisestään. Mielenkiintoista olisi tutkia esimerkiksi sitä, että kuinka suuret vaikutukset sillä lopulta hoidon tuloksellisuuteen olisi, jos verrattaisiin hoitajien omaa asennoitumista ja suhtautumista riippuvuuksiin keskenään vertailututkimuksessa tai sitä kuinka suuri merkitys on hoidon tuloksellisuuteen sillä, että kuinka paljon hoitohenkilökunta tietää päihteistä ja niiden erityispiirteistä esimerkiksi vieroitusoireiden suhteen.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2012. 115-118, 121-122 & 165-166. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.
- Aalto, M. 2013. 57-58. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.
- Aalto, M.; Alho, H.; Kiianmaa, K. & Lindroos, L. 2015. Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Aalto, M.; Koski-Jännes, A. & Tammi, T. 2009. Irti päihdeongelmista. Porvoo: Alkoholi- ja huumeutkijain seura ty & Edita Publishing.
- Airaksinen, Tiina. 2010. Toiminnallisen opinnäytetyön kirjoittaminen. Viitattu 28.8.2018. <https://www.slideshare.net/TiinaMarjatta/toiminnallinen-ont-tekstina-2010>
- A-klinikkasäätiö, 2018. Viitattu 1.12.2018. www.a-klinikkasaaatio.fi > ammattilaisille > hoidon ja asiakastyön menetelmiä > korvaushoito
- Alho, H. & Leppävuori, A. 2007. Alkoholideliriumin hoito. Viitattu 5.5.2019. <https://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96220.pdf>
- Alho H. 2012. 51-52, 53, 103-107. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.
- Arnarson, A. 2018. Alcohol and health: The good, the bad, and the ugly. Viitattu 11.4.2019. <https://www.healthline.com/nutrition/alcohol-good-or-bad>
- Arramies, M. 2008. Alkoholismi- Päihderiippuvuus. Avominne Päihdekliniikka. Viitattu 2.5.2019. <https://www.avominne.fi/riippuvuushoidot/paihderiippuvuus/>
- Arvola, S. 2014. Asiakaslähtöistä aktivointia? Asiakkaan osallisuuden toteutuminen kuntouttavaa työtoimintaa koskevassa päätöksenteossa ja suunnittelussa. Itä-Suomen Yliopisto. Sosiaalityö. Yhteiskunta- ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 12.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://core.ac.uk/download/pdf/32424856.pdf>
- Björk, A. 2016. "Ei tässä sen huonompia olla" Tutkimus entisten huumeidenkäyttäjien kohtaamista asenteista ja niiden vaikutuksista elämässä. Turun Yliopisto. Sosiaalityö. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/125436/gradu2016Bj%c3%b6rk.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Cruce, G. 2008. Riskbruk och beroende av alkohol, narkotika och tobak hos personer med svårpsykisk sjukdom. Förekomst och återhämtning. Lund University. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://portal.research.lu.se/ws/files/4068138/1264710.pdf>
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eriksson, P.; Kiianmaa, K.; Sillanaukee, P. & Seppä, K. 2019. Humala ja sen haitat. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 2.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/20/duo60398>

Esperi, Kodit mielenterveys – ja päihdekuntoutujille, Esperi Hoitokoti Rehabia, viitattu 29.8.2018, <https://www.esperi.fi/hoitokodit-mielenterveys-ja-paihdekuntoutujille/esperi-hoitokoti-rehabia-salo>

Felman, A. 2018. Viitattu 1.12.2018. <https://www.medicalnewstoday.com> > Articles > What is addiction?

Franck, J. 2011. Farmakologisk behandling av amfetaminberoende ännu på osäker grund. Läkartidningen nr 45. Volym 108. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: http://www.lakartidningen.se/OldWebArticlePdf/1/17268/LKT1145s2304_2307.pdf

Fressis 2019. Alkoholimyrkytys. Viitattu 5.5.2019. <https://www.fressis.fi/tietopankki/alkoholi/alkoholimyrkytys/>

Ham, S.; Kim, T.; Chung, S. & Im, H-I. 2017. Viitattu 8.3.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov> > Journal list > Exp Neurobiol > v.26(1); 2017 Feb > PMC5326711 Drug Abuse and Psychosis: New Insights into Drug-induced Psychosis

Havio, M.; Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Tammi.

Heiska, H. 2010. Kognitiivisessa psykoterapiassa tapahtuva muutosassimilaatiomallin mukaan. Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti 7, (2), 129-132. Kognitiivisen psykoterapian yhdistys ry. Viitattu 15.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://kognitiivinenpsykoterapia.fi/sites/kognitiivinenpsykoterapia.fi/files/inline-files/verkkolehthanna-1.pdf>

Heiskanen, J. 2012. Sairaanhoidajien kuvauksia ammattiin päättämisestä, työssä pysymisestä ja siitä lähtemisestä. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotiede. Terveystieteiden opettajankoulutus. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 3.3.2019. Saatavilla sähköisenä: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120446/urn_nbn_fi_uef-20120446.pdf

Helsingin Yliopisto. 2019. Tutkimusetiikka. Viitattu 2.5.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://www.helsinki.fi/fi/tutkimus/tutkimusymparisto/tutkimusetiikka#section-2636>

Holmberg, N. 2012. 125-129. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Edita Publishing Oy

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 20.10.2018.

Jokelainen, M. & Majuri, T. 2019. Pistokävely. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2001/5/duo92117>

Juusola, M. 2012. Levottomat aivot. ADHD ja Asperger vahvuuksina. Otava. Helsinki. s. 194-196.

Jyväskylän Yliopisto. 2014. Koppa. Viitattu 2.5.2019. www.koppa.jyu.fi > Avoimet > Humanistis-yhteiskuntatieteellinen tiedekunta > Menetelmäpolkuja > Tutkimusprosessi > Aiheeseen perehtyminen <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/tutkimusprosessi/aiheeseen-perehtyminen>

- Järvinen, K. 2011. Kahden päihdekuntoutuskeskuksen asiakkaiden ja ammattilaisten käsityksiä addiktioista. Tampereen Yliopisto. Sosiaalipsykologia. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 3.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://tampub.uta.fi/handle/10024/82179>
- Kalliola, N. 2012. Työhön sitoutuminen avaimena työssä jaksamiseen. Hoitotyöntekijöiden työuran aikaiset kokemukset työssä jaksamiseen liittyvistä tekijöistä. Jyväskylän Yliopisto. Gerontologia ja kansanterveys. Terveystieteiden laitos. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu: 15.3.2019 Saatavilla sähköisenä: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/38083/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201206221940.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kiianmaa, K.; Mäkelä, R.; Sillanaukee, P. & Seppä, P. 2019. Alkoholin suurkulutus ja alkoholismi. Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim. Viitattu 2.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/20/duo60399>
- Kiianmaa, K. 2012. 25 & 28-29. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki. Duodecim.
- Kilkku, N. 2008. Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta, Tampereen Yliopisto. Väitöskirja. Viitattu
- Kohtuullisesti, 2019. Alkoholin aiheuttamat haitat. Viitattu 5.5.2019. <https://www.kohtuullisesti.fi/alkoholin-haitat/>
- Koski-Jännes, A. & Pennonen, M. 2010, Päihdealan ammattilaisten käsityksiä aineriippuvuuksista, Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön tutkimuksen aikakauslehti vol. 18. Viitattu 10.3.2019. Saatavilla sähköisesti: <https://journal.fi/janus/article/download/50569/15317>
- Kuitunen, T. 2019. Alkoholimyrkytykset. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2000/15/duo91681>
- Kujala, I. 2019. Tunteen psykologia – miten vaikutetaan herättämällä tunteita? Viitattu 2.5.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://wau.fi/artikkelit/tunteen-psykologia-miten-vaikutetaan-herattamalla-tunteita>
- Kuvasto. 2015. Kuvaoikeuksien abc. Viitattu 2.5.2019. <http://kuvasto.fi/kuvaoikeuksien-abc/>
- Käypä hoito 2018a. Huumeongelman hoito. Duodecim. Viitattu 17.4.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50041#suositus>
- Käypä hoito 2018b. Unettomuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Viitattu 30.11.2018. www.kaypahoito.fi > Suositukset > aakkosissa > Unettomuus
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences 31. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 2.3.2019 Saatavilla sähköisenä: http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf
- Lapatto-Reiniluoto, O. & Hoppu, K. 2012. 188-190. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.

- Lappalainen-Lehto, R.; Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Lerssi-Uskelin, J.; Vanhala, A. & Vähätiitto, H. 2011. Kohti innostunutta työyhteisöä. Työterveyslaitos. Helsinki. Viitattu 12.3.2019. Saatavilla sähköisenä: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114843/Kohti_innostunutta_tyoyhteisoa.pdf
- Lindberg, M.; Louheranta, O.; Mustonen, K.; Salo, O. & Stenius, J. 2015. Psykoterapeuttinen hoitosuhde. Duodecim. Helsinki. s. 49-50, 73, 77, 88-89, 91, 102-103, 119-122.
- Lääketietokeskus 2018. Flumazenil Hameln Viitattu 29.11.2018 www.laakeinfo.fi > Valmisteen mukaan > aakkosissa > Flumazenil Hameln
- Lönngqvist, S. 2017. YLE. Metamfetamin väller in i Finland. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://svenska.yle.fi/artikel/2017/02/20/metamfetamin-valler-i-finland>
- MacLaren, E. 2018. Understanding Tolerance, Dependence, And Addiction Viitattu 8.3.2019. <https://drugabuse.com> > Addiction
- MAPS. 2013. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies. MDMA Investigator's Brochure 7th Edition. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: https://maps.org/research-archive/mdma/MDMA_FINAL%20IB-edition-7_1Aug13.pdf
- Mielenterveystalo, 2018. Viitattu 2.12.2018. www.mielenterveystalo.fi > aikuiset > omahoito ja oppaat > oppaat > tietoa psykoosista > stigma eli häpeäleima
- Mikkonen, A. 2012. 88-89. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.
- Mind, 2013. What are benzodiazepines? Viitattu 19.2.2019. https://www.mind.org.uk/information-support/drugs-and-treatments/sleeping-pills-and-minor-tranquillisers/about-benzodiazepines/#.XGvBQ_Zul2w
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2016. Kohti yhdessä tekemisen kulttuuria. Helsinki: Tmi Raija Airaksinen/Draamatyö
- Mönkkonen, K. 2018. Vuorovaikutus asiakastyössä. Asiakkaan kohtaaminen sosiaali- ja terveysalalla. Tallinna: Gaudeamus.
- National Institute on Drug Abuse 2018. Viitattu 8.3.2019. Drug Use and Viral Infections (HIV, Hepatitis) <https://www.drugabuse.gov> > Publications > DrugFacts > Drug Use and Viral Infections (HIV, Hepatitis)
- National Institute on Drug Abuse 2018a. Viitattu 8.3.2019. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction <https://www.drugabuse.gov> > Publications > Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction
- National Institute on Drug Abuse, 2018. Viitattu 10.3.2019. Metamphetamine <https://www.drugabuse.gov> > Publications > DurgFacts > Metamphetamine
- National Institute on Drug Abuse, 2018. Viitattu 9.3.2019. MDMA (Ecstasy/Molly) <https://www.drugabuse.gov> > Publications > DrugFacts > MDMA (Ecstasy/Molly)

National Institute on Drug Abuse, 2018b. Viitattu 10.3.2019. Understanding Drug Use And Addiction <https://www.drugabuse.gov> > Publications > Drugfacts > Understanding Drug Use and Addiction

National Institute on Drug Abuse, 2019. Viitattu 8.3.2019. Treatment Approaches for Drug Addiction <https://www.drugabuse.gov> > Publications > DrugFacts > Treatment Approaches for Drug Addiction

Ojanperä, I. & Bouyd, J. 2017. Muuntohuumeiden kirjo laajenee – opioidit uusi huolenaihe. Duodecim. Vuosikerta 133. Nro. 16. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/298001/duo13861.pdf?sequence=1>

Pennanen, E. 2015. Hoitohenkilöstön käsitykset työyhteisön vuorovaikutuksen merkityksestä hyvinvoinnille. Prologi – Puheviestinnän vuosikirja 2015. s. 52-74. Viitattu 12.3.2019. Saatavilla sähköisenä:

<https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/48927/prologi2015s5274.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Potilaan Lääkärilehti, 2015. Alkoholi merkittävä terveyserojen aiheuttaja Euroopassa ja myös Suomessa. Viitattu 10.3.2019. www.potilaanlaakarilehti.fi > Uutiset > Alkoholi merkittävä terveyserojen aiheuttaja Euroopassa ja myös Suomessa

Päihdeasiamies 2018. Päihdehoidon/-kuntoutuksen toteuttaminen. Viitattu 10.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <http://www.paihdeasiamies.fioikeus-hoitoon-tarpeen-mukaan/paihdehoidon-toteutuminen/>

Päihdehuoltolaki 41/1986. Annettu Helsingissä 01.01.1986. Viitattu 10.3.2019 Saatavilla sähköisenä: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041#L2P10>

Päihdelinkki, 2009a. Viitattu 21.11.2018. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > Huumeet ja muut päihdyttävät aineet > Amfetamiini, metamfetamiini sekä muut piristeet.

Päihdelinkki, 2009b. Viitattu 21.11.2018. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > Huumeet ja muut päihdyttävät aineet > Ekstaasi

Päihdelinkki, 2010a. Viitattu 2.12.2018. www.paihdelinkki.fi > tietopankki > tietoiskut > päihdeongelmien hoito > Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen vieroitus- ja korvaushoito

Päihdelinkki, 2010b. Viitattu 30.11.2018. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > Huumeet ja muut päihdyttävät aineet > MDPV eli Metyleenidioksyprovaleroni MYÖS

Päihdelinkki, 2011a. Viitattu 21.11.2018. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > Huumeet ja muut päihdyttävät aineet > Ekstaasin ja mielialalääkkeiden yhteiskäytön riskejä

Päihdelinkki, 2011b. Viitattu 14.2.2019. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > Huumeet ja muut päihdyttävät aineet > Huumeiden käyttö Suomessa

Päihdelinkki, 2015. Alkoholiriippuvuuden lääkkeellinen hoito. Viitattu 5.5.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeongelmien-hoito/alkoholiriippuvuuden-laakkeellinen-hoito>

- Päihdelinkki, 2016. Alkoholin aiheuttamat vieroitusoireet. Viitattu 5.5.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholin-aiheuttamat-vieroitusoireet>
- Päihdelinkki, 2017a. Viitattu 28.11.2018. www.paihdelinkki.fi > tietopankki > tietoiskut > lääkkeet > Bentsodiatsepiinit
- Päihdelinkki, 2017b. Viitattu 21.11.2018. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > Huumeet ja muut päihdyttävät aineet > Alfa-PVP
- Päihdelinkki, 2017c. Viitattu 30.11.2018. www.paihdelinkki.fi > Tietopankki > Tietoiskut > Huumeet ja muut päihdyttävät aineet > Muuntohuumeet
- Päihdelinkki, 2019. Alkoholiriippuvuus. Viitattu 2.5.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholiriippuvuus>
- Rakkolainen, M. 2017. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkutapaamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Tampereen Yliopisto. Sosiaalipsykologia. Väitöskirja. Viitattu 6.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://tampub.uta.fi/handle/10024/101802>
- Rautio, H. 2017. Omahoidon edistäminen psykiatrian palveluissa. Kysely ahdistuneisuushäiriötä sairastaville ryhmäterapian potilaille. Itä-Suomen Yliopisto. Preventiivinen hoitotiede. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 2.3.2019. Saatavilla sähköisenä: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20170739/urn_nbn_fi_uef-20170739.pdf
- Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88/2015. Helsinki. Viitattu 12.3.2019. Saatavilla sähköisenä: https://kuntoutussaatio.fi/files/2116/Paivi_Rissanen.pdf
- Ristola, M. 2012. 175-176. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.
- Rovamo, E. 2018. Päihde- ja mielenterveysasiakkaisiin kohdistuvat asenteet kuntoutuksen kentällä. Pro Gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden laitos. Viitattu 3.3.2019. Saatavilla sähköisenä: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20181086/urn_nbn_fi_uef-20181086.pdf
- Rydenfelt, H.; 2017. Viitattu 10.3.2019. Viestinnän etiikan perusteita. <https://etiikka.fi> > Viestinnän etiikka > Viestinnän etiikan perusteita
- Saarnio, P. 2009. Suomalaisen päihdetyöntekijän muotokuva. Yhteiskuntapolitiikka 74. Viitattu 1.3.2019 Saatavilla sähköisenä: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100591/saarnio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Salaspuro, M. & Widenius, T. 2019. Disulfiraamihoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 5.5.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1994/2/duo40032>
- Salaspuro, M. 2009. Päihdepotilas päivystyksessä ja hoitoonohjaus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2009/8/duo98004>
- Seppä, K.; Aalto, M.; Alho, H. & Kiianmaa, K. 2012. 8-9 & 10-11. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki. Duodecim.

Seppälä, T. 2012. 37-38 & 40. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.

Sipola-Kauppi, I. 2009. "Apua, minäkö tein virheen?" Sairaanhoidajien kokemuksia lääkityspoikkeamista. Tampereen Yliopisto. Hoitotiede. Lääketieteen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 12.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80897/gradu03778.pdf>

Suokas, N. 2016. Tarinoita huumeiden käytöstä -Selontekoja huumeiden käytön syistä ja seurauksista. Pro-Gradu -tutkielma. Tampereen Yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 31.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://tampub.uta.fi/handle/10024/100181>

Suomen punainen risti, 2016. Huumeet. Viitattu 29.11.2018. Saatavilla sähköisenä: https://www.punainenristi.fi/sites/frc2011.mearra.com/files/tiedostolataukset/huumeaukko_2016.pdf

Suomen päihderiippuvaiset ry, 2018. Viitattu 11.1.2019. www.paihderiippuvaiset.fi > Päihderiippuvuus

Terveyskirjasto, 2015. GabaA- reseptorien alayksiköt ahdistuneisuuden hoidossa. Viitattu 14.2.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.uutissivu?p_uutis_id=18595&p_palsta_id=23

Terveyskirjasto, 2017a. Bentsodiatsepiinilääkityksen lopettaminen. Viitattu 30.11.2018. www.terveyskirjasto.fi > haku terveyskirjastosta > vieroitus > tietoa potilaalle > Bentsodiatsepiinilääkityksen lopettaminen

Terveyskirjasto, 2017b. Ahdistusta lievittävien lääkkeiden lopettaminen. Viitattu 27.11.2018. www.terveyskirjasto.fi > haku terveyskirjastosta > ahdistuslääkkeet > lääkkeet > Ahdistusta lievittävien lääkkeiden lopettaminen

Terveyskirjasto, 2018. Huumeongelman hoito. Viitattu 29.11.2019. www.terveyskirjasto.fi > Huumeongelman hoito

The Gabin Group. 2012. The Difference Between Methamphetamine and Amphetamine. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://www.thecabinchiangmai.com/blog/the-difference-between-methamphetamine-and-amphetamine/>

THL, 2009. Ennalta ehkäisevän päihdetyön kourassa. Viitattu 10.3.2019. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79890/koura052009.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

THL, 2015. Tutkimustiedon tulkinta, käyttö ja väärinkäyttö. Viitattu 2.5.2019. www.thl.fi > Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet > Ehkäisevän päihdetyön menetelmät > Päihdekasvatus ja -valistus

THL, 2017. Käytä tutkimustietoa ehkäisevän päihdetyön tukena. Viitattu 10.3.2019. www.thl.fi > Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet > Ehkäisevä päihdetyö > Suunnittelu, seuranta ja arviointi > Ehkäisevän päihdetyön tietoperusta ja etiikka > Käytä tutkimustietoa ehkäisevän päihdetyön tukena

THL, 2018. Näin Suomi juo. Viitattu 2.5.2019. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/nain-suomi-juo>

THL, 2019. Alkoholi. Viitattu 23.4.2019. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat/alkoholi>

Tuomola, P. 2012. 45-47 & 49. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.

Turun Sanomat. 2014. Lääkäri varoittaa petollisesta muuntohuumeesta. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://www.ts.fi/uutiset/kotimaa/705388/Laakari+varoittaa+petollisesta+muuntohuumeesta>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 25.9.2018. www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/media/HTK_ohje_2012.pdf

Ulrich, T. 2019. Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö ja hoidon lopettaminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 23.10.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/1/duo60015>

Valvira 2018. Bentsodiatsepiinien määrääminen. Viitattu 14.09.2018 www.valvira.fi > Terveystieteiden tutkimuskeskus > hyvä ammatinharjoittaminen > lääkehoito > bentsodiatsepiinien määrääminen

Van Boekel, LC.; Brouwers, EP.; Van Weeghel, J.; Garretsen, HF. 2013. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. PubMed. Viitattu 15.3.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23490450>

Weckroth, A. 2007. Mitä merkitsee ”psykososiaalinen” päihdehoidossa? Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007):4 Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101216/074weckroth.pdf>

Virokannas, E. 2017. Eriarvoisuuden kokemuksia ja hallinnan suhteita hyvinvointipalvelujärjestelmässä Huumeita käyttävien naisten ”standpoint” Yhteiskuntapolitiikka 82. Viitattu 20.2.2019. Saatavilla sähköisenä: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135394/YP1703_Virokannas.pdf?sequence=1

Väestöliitto, 2017. Päihteillä säädellään kestävämpiä tunteita. Viitattu 28.11.2018. www.vaestoliitto.fi > Parit ja sinkut > Tietoa parisuhteesta > Parisuhteen kriisit > Riippuvuudet > Päihteillä säädellään kestävämpiä tunteita

Välikoski, T-R. 2014. Kuuntelemisen taito. Viitattu 12.2.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://viestijat.fi/kuuntelemisen-taito/>

YhdessäMielin-hanke. 2018. Näkökulmia ajankohtaisiin yhteiskunnallisiin kysymyksiin ja poliittisen päätöksenteon tueksi. 6/2018 Mielenterveys- ja päihdepalveluiden ongelmia voidaan ratkaista. Viitattu 17.4.2019. Saatavilla sähköisenä: <https://tietokayttoon.fi/documents/1927382/2116852/6-2018-Mielenterveys-+ja+p%C3%A4ihdepalveluiden+ongelmia+voidaan+ratkaista/2b598a5a-2b2f-4aef-a2b5-34af0e990cf1?version=1.0>

10 LIITTEET

Liite 1. Toimeksiantosopimus

Liite 2. Tietoa ja tukea riippuvuudesta kuntoutuvan arkeen – Opas Hoivakoti Esperin Rehabian työntekijöille

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1. Osapuolet

Opiskelija

Nimi: Ahonen Mimmi	S-posti: mimmi.ahonen@edu.turkuamk.fi
[Redacted]	
Koulutus: Sairaanhoitaja	

Nimi: Mäkinen Riina	S-posti: riina.makinen@edu.turkuamk.fi
[Redacted]	
Koulutus: Sairaanhoitaja	

Nimi: Malkki Ville	S-posti: ville.malkki@edu.turkuamk.fi
[Redacted]	
Koulutus: Sairaanhoitaja	

Toimeksiantaja

Yhteys henkilön nimi: Perhoia Perhoia Oy	Organisaatio: Piia Saarela
[Redacted]	
S-posti: Piia.Saarela@operi.fi	[Redacted]

Turun ammattikorkeakoulu Oy

Yhteyshenkilö/ohjaaja: Asteljoki Sari	Puhelin: 04490 75 455
S-posti: sari.asteljoki@turkuamk.fi	

2. Ohjaus ja vastuut

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta ja arvioinnista oppimistehtävänä. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemiseen tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

3. Oikeudet

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu sen tekijälle eli opiskelijalle. Jos ohjaajan osuus opinnäytetyön tulosten aikaansaamiseksi on ollut poikkeuksellisesti niin luova ja omaperäinen, että se on tekijänoikeudellisesti suojattu muodostamatta kuitenkaan opiskelijan työstä erotettavissa olevaa itsenäistä osaa, on opiskelijalla ja ohjaajalla teokseen yhteinen tekijänoikeus, jonka ehdoista asianomaiset sopivat tarvittaessa erikseen. Muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa, kyseistä oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

4. Työsuhde ja kustannukset

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä (opinnäytetyöstä) mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja, opinnäytetyön tekijä ja ammattikorkeakoulu sopivat erikseen.

5. Tulosten julkistaminen ja luottamuksellisuus

Opiskelija laatii Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukaisen dokumentaation opinnäytetyöstä, jonka hän luovuttaa toimeksiantajalle ja toimittaa kansitettuna kirjaston lainakokoelmaan tai Open Access -julkaisuna Theseus-tietokantaan.

Opiskelija laatii opinnäytetyön julkistettavan aineiston siten, ettei se sisällä toimeksiantajan liike- tai ammattisalaisuuksia eikä mahdollisia muita salassa pidettäväksi sovitteja tietoja tai aineistoja, eikä myöskään julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 621/1999) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja. Edellä tarkoitetut tiedot ja aineisto jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkistettava että salassa pidettävä osa.

Tämän sopimuksen osana noudatetaan Turun AMK:n opinnäytetyön toimeksiantosopimuksen salassapitoehtoja. (Rasti ruutuun, mikäli salassapitoehtojen noudattamisesta sovitaan.) Salassapitoehtoja sovellettaessa on niiden edellyttämä salassapitovelvollisuus voimassa viisi (5) vuotta toimeksiantosopimuksen voimaan astumisesta.

Opiskelija toimittaa toimeksiantajan yhteyshenkilölle julkistettavan opinnäytetyön tutustumista ja lausunnon antamista varten viimeistään 14 päivää ennen aiottua työn julkistamisajankohtaa. Toimeksiantaja toimittaa opiskelijalle lausunnon opinnäytetyöstä ennen sen ilmoitettua julkistamisajankohtaa ja määrittelee lausunnossaan tarvittaessa työhön mahdollisesti sisältyvät julkistamatta jätettävät tiedot ja aineistot.

Ellei toimeksiantaja toimita opiskelijalle lausuntoa ennen ilmoitettua julkistamisajankohtaa tai ei lausunnossaan esitä luottamuksellisuuden vuoksi poistettavaksi tietoja opinnäytetyön julkistettavaksi aiotusta aineistosta, katsotaan toimeksiantajan hyväksyneen opinnäytetyön julkistamisen opiskelijan sille toimittamassa muodossa.

Opinnäytetyö on julkistettavissa kokonaisuudessaan. Se ei sisällä luottamuksellista tietoa. (Rasti ruutuun, mikäli asia on tiedossa jo toimeksiantovaiheessa.)

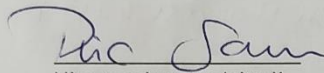
Opinnäytetyön aihe: *Kuinka tukea addiktoitunutta asukasta*

Seuraavia opinnäytetyön sisältämiä aineistoja ja tietoja ei julkisteta:

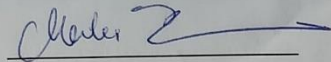
6. Sopimuksen voimassaolo ja allekirjoitukset

Tämän sopimuksen osapuolina allekirjoittaneet hyväksyvät edellä esitetyt ehdot ja sitoutuvat toimimaan opinnäytetyön toteutuksessa niiden mukaisesti. Tämän sopimuksen allekirjoituksin Turun ammattikorkeakoulu Oy hyväksyy edellä yksilöidyn opinnäytetyön aiheen. Tämä sopimus astuu voimaan, kun kaikki osapuolet ovat sen allekirjoittaneet, ja voimassaolo lakkaa automaattisesti kolmen (3) vuoden kuluttua voimaan astumisesta tai sitä ennen opinnäytetyön valmistuttua.

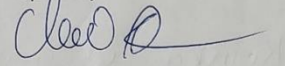
Perna 5 / 6 / 2018 (pp.kk.vvvv)
(Paikka)
Toimeksiantajaorganisaatio


Nimen selvennys/ titteli
PIIA SMAROLA
Joukahaisenkatu

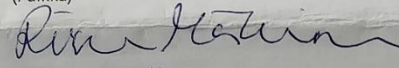
10 / 12 / 18 (pp.kk.vvvv)
(Paikka)
Turun ammattikorkeakoulu Oy


Nimen selvennys, KT-päällikö/KT-päällikön
valtuuttamana

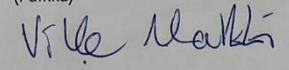
Salo 22 / 05 / 2018 (pp.kk.vvvv)
(Paikka)
Opiskelija


MIMMI AHONEN
Nimen selvennys, opiskelija

Salo 22 / 05 / 2018 (pp.kk.vvvv)
(Paikka)


RIINA MÄKINEN
Nimen selvennys, opiskelija

Salo 22 / 05 / 2018 (pp.kk.vvvv)
(Paikka)


VILLE MALKKI
Nimen selvennys opiskelija

LIITTEET

Opinnäytetyösuunnitelma
Salassapitoehdot

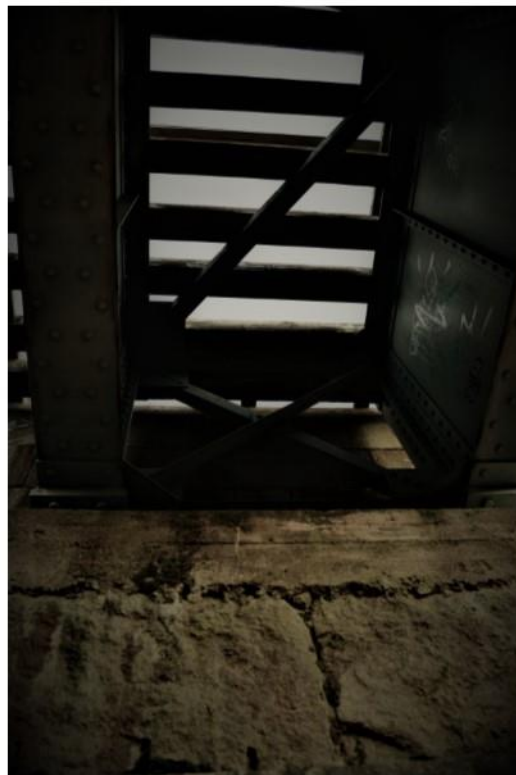
Turun ammattikorkeakoulu Oy
Joukahaisenkatu 3 A
20520 Turku
puh. (02) 263 350
www.turkuamk.fi

Y-tunnus
2528160-3

Päihderiippuvuus

Tietoa ja tukea riippuvuudesta kuntoutuvan arkeen

Opas Hoivakoti Esperi Rehabian työntekijöille



Ahonen, Malkki & Mäkinen

2019

Turun Ammattikorkeakoulu

Opas on toteutettu osana toiminnallista opinnäytetyötä Turun Ammattikorkeakoulussa Salon toimipisteessä ja tehty tilaustyönä Esperi Koti Perniö Rehabialle

Tekijät: Ahonen Mimmi, Malkki Ville & Mäkinen Riina, Turun Ammattikorkeakoulu

Kuvat: Ahonen Mimmi & Mäkinen Riina, Turun Ammattikorkeakoulu

Taitto ja painatus: X-Copy Turku 2019

Kopiointi kuntoutuskodin ulkopuoliseen käyttöön kielletty ilman lupaa

Lupa kuvien uudelleen käyttöön eri yhteydessä kysyttävä erikseen kuvaajilta

Lähdimme kirjoittamaan opasta puhtaasta tahdosta saada aikaan jotain hyvää. Jotain sellaista, jonka avulla ihminen tulisi kohdatuksi ihmisenä.

Päihderiippuvuus on sairaus, joka usein ymmärretään väärin ja vahvojen ennakkokäsityksien varjoon jäävät halu tulla hyväksytyksi ja katsotuksi päihderiippuvuuden ohitse yksilönä ja omana persoonanaan.

Tämän oppaan tarkoituksena on kuvata päihderiippuvuutta sairautena, sen syntyä ja siitä toipumista sekä siihen liittyviä erityispiirteitä alkoholi-, huume- ja lääkeriippuvuuksien osalta.

Tärkeässä roolissa oppaassa on myös hoitosuhde, sen luominen ja hyvän hoitosuhteen elementit sekä niiden vaikutukset hoidon tuloksellisuuteen.

Paljon jouduimme rajaamaan asiaa myös pois, mutta toivottavasti opas innoittaa opiskelemaan aiheesta lisää ja herättää kiinnostuksen aihetta kohtaan.

Salossa 10.3.2019

Mimmi, Riina & Ville

Päihderiippuvuus on sairaus.

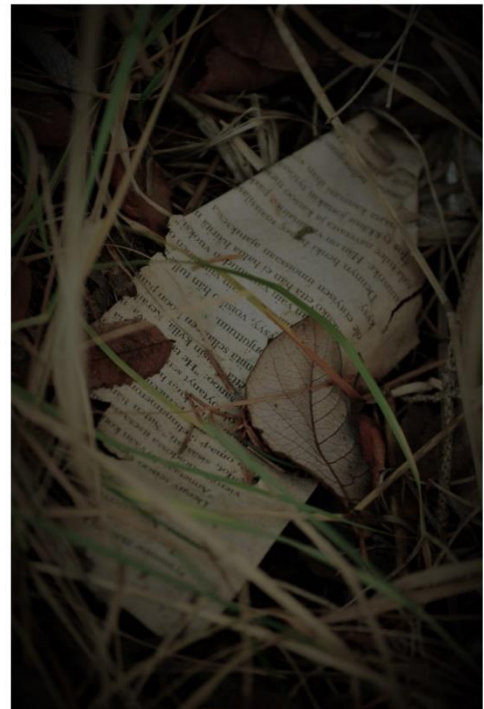
Kuvittele tilanne, jossa hakeudut lääkäriin ja sinulla todetaan parantumaton sairaus, jonka kanssa sinun tulee opetella elämään. Kuvittele, että miltä sinusta tuntuisi jos sinut tuomittaisiin aina tämän jälkeen, sinua todellisesti tuntematta, vain sairauden perusteella.

Olisiko se sinun mielestäsi kohtuullista?

Haitallinen riippuvuus voi syntyä miltei mihin tahansa aineeseen tai toimintaan, syöminen, liikunta, pelaaminen, päihteen jne.

Päihderiippuvuus voi olla psyykkistä, fyysistä tai sosiaalista. Se näkyy muuttuneena käytöksenä, vieroitusoireina ja sosiaalisena verkostona, jossa päihteen käytöllä on keskeinen asema.

Pitkäaikais sairaus, jolla vakavia terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia merkityksiä



Kuinka sinä haluaisit tulla kohdatuksi?

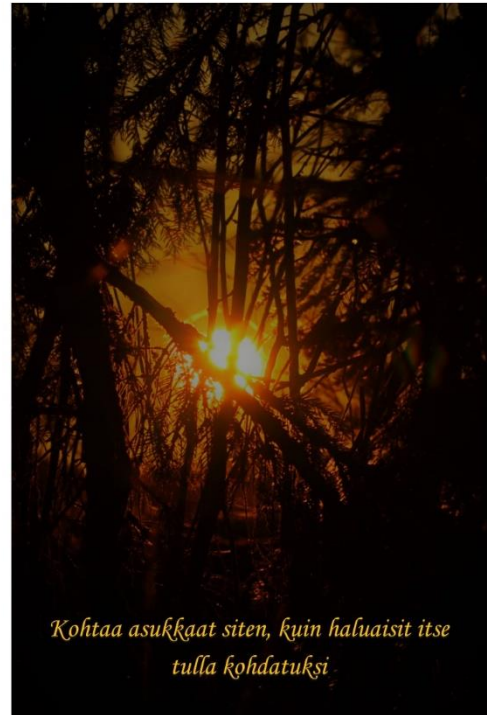
Päihdehoidon onnistumiseen vaikuttaa vahvasti ohjaajan ja asukkaan välinen yhteistyösuhde

Ensimmäiseen tapaamiseen liittyy odotuksia, puolin ja toisin

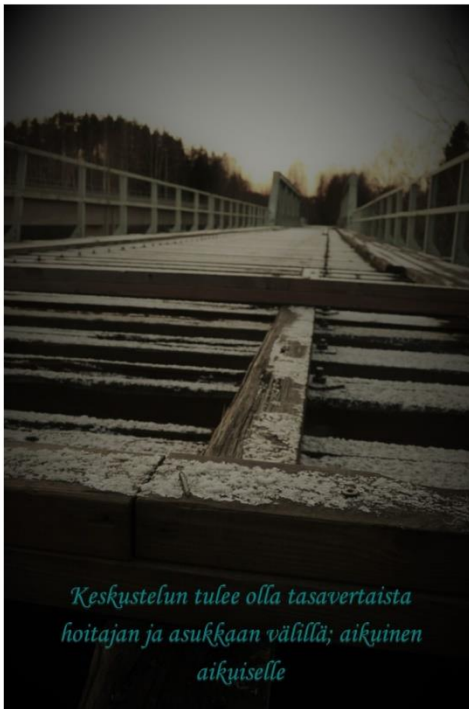
Merkitystä on jo pelkästään sillä, miten uuden asukkaan ottaa vastaan. Niinkin yksinkertainen asia kuin tervehtiminen voi olla merkityksellistä

Ymmärtämisen ja hyväksynnän korostaminen on tärkeää heti alussa luottamussuhteen kehittymiselle

On hyvä muistaa, että aiemmat hoitokontaktit voivat vaikuttaa uuden asukkaan asenteisiin, ja he voivat olla jo valmiiksi puolustus kannalla



Kohtaa asukkaat siten, kuin haluaisit itse tulla kohdatuksi



Keskustelun tulee olla tasavertaista hoitajan ja asukkaan välillä; aikuinen aikuiselle

Askeleita onnistuneeseen hoitosuhteeseen

Älä oleta mitään. Kohtaa jokainen asukas ilman ennako-oletuksia

Kuuntele, kuuntele ja kuuntele. Osoita se, että kuuntelet, mutta älä kuuntele vain siksi, jotta voisit kiirehtiä vastaamaan

Korosta positiivista suhtautumistasi asukkaaseen heti hoitokontaktin alusta lähtien

Osoita ymmärrystä ja hyväksyntää asukasta kohtaan hänen taustoistaan huolimatta

Salli asukkaalle tilanteiden herättämät tunteet, mutta aggressiivisuutta ei tule hyväksyä.

Aggressiivisia tunteita tulee kuitenkin ymmärtää, sillä ne voivat olla reaktioita vaikeista tunteista, joita asukas ei halua tai pysty vielä käsittelemään



Hyvä hoitosuhde = Hyvä hoito.

Asukas on oman elämänsä asiantuntija, ohjaaja ohjauksen ja sen sisällön asiantuntija

Vastavuoroisessa vuorovaikutuksessa asukkaalle annetaan tarpeeksi tilaa kertoa omista odotuksistaan, huolistaan ja kokemuksistaan

Luottamus on tärkeää, sillä joskus keskustellaan hyvin henkilökohtaisistakin asioista

On tärkeää, että asukas kokee voivansa itse vaikuttaa omaan hoitoonsa ja sen kulkuun

Ohjaajan tehtävänä on tukea asukasta itsemääräämisoikeuden toteutumisessa, mutta on muistettava, ettei aina voi edetä vain toisen ehdoilla

Hoidossa tapahtuvia valintoja on luottamuksen ylläpitämiseksi perusteltava selkeästi ja ymmärrettävästi kaikille jotka osallistuvat asukkaan hoitoon, erityisesti hänelle itselleen

Miksi hoitosuhde jää tuloksettomaksi?

Ohjaajan ja asukkaan tulisi toimia yhteistyössä hoidon tulosten saavuttamiseksi

Ohjaajan toiminnan ei tulisi olla liian kaavamaista, vaan asukasta tulisi aktivoida osallistumaan omaan hoitoonsa

Vaikeita asioita ei tulisi vältellä

Joskus esteenä tuloksille voi olla ohjaajan tai asukkaan käyttämät puolustusmekanismit, joita ihminen käyttää tiedostamattaan suojatakseen itseään vaikeilta asioilta

Ohjaajan ei tule kiirehtiä kysymyksillään, eikä ohjailla keskustelua omien tarpeidensa mukaan

Syitä hoitosuhteen tuloksettomuudelle:

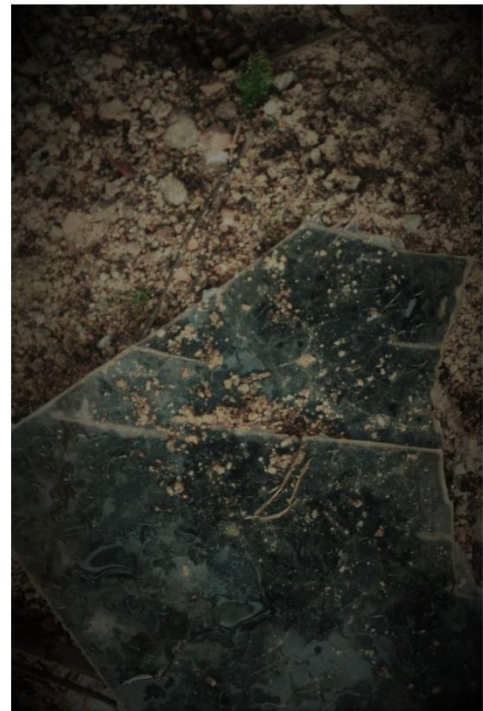
Pessimistinen suhtautuminen asukkaaseen

Painostava työtapa

Vallan vääränlainen käyttö

Vaikeiden ja hankalien asioiden välttäminen

Puolustusmekanismien käyttö



Alkoholiriippuvuus.

Oireyhtymä, joka syntyy pitkäaikaisen ja jatkuvan alkoholin käytön seurauksena.

Näky mm. pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia, käytön hallinnan menettämisenä, vieroitusoireina, lihaskatona ja ulkoisesti joskus jopa keltaisuutena. Myös ns. pistokävely on tyyppillistä runsaan ja pitkään jatkuneen alkoholin käytön yhteydessä.

Alkoholi tuottaa positiivisia tunnetiloja, tiedostamattomia ja tiedostettuja, joita ihminen haluaa ja toistaa mahdollisuuksien mukaan, ja näin riippuvuuden on mahdollista kehittyä.

Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon ja muuttaa sen toimintaa. Syntyy toleranssi, eli elimistö tottuu alkoholin vaikutukseen. Lisäksi alkoholin vaikutukselle herkistytään, eli alkoholin mielihyvää tuottava vaikutus voimistuu.

Alkoholiriippuvuuteen voi sairastua kuka tahansa. Riippuvuudelta suojaavia ja sille alistavia geenejä on kuitenkin olemassa.



Ympäristötekijöillä, kuten kasvatuksella, perhesuhteilla ja alkoholin käytön aloitusiällä on merkitystä riippuvuuden kehitykselle.

Alkoholiriippuvuudella on vakavia terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia.

Huume- ja lääkeriippuvuus.

Huumeriippuvuudella tarkoitetaan riippuvuutta laittomiin aineisiin tai väärin käytettyihin lääkkeisiin jotka vaikuttavat psyykeeseen ja hermostoon

On tärkeää tuntee huumeriippuvuuden luonne ja siihen liittyvät erityspiirteet hoidon onnistumisen kannalta

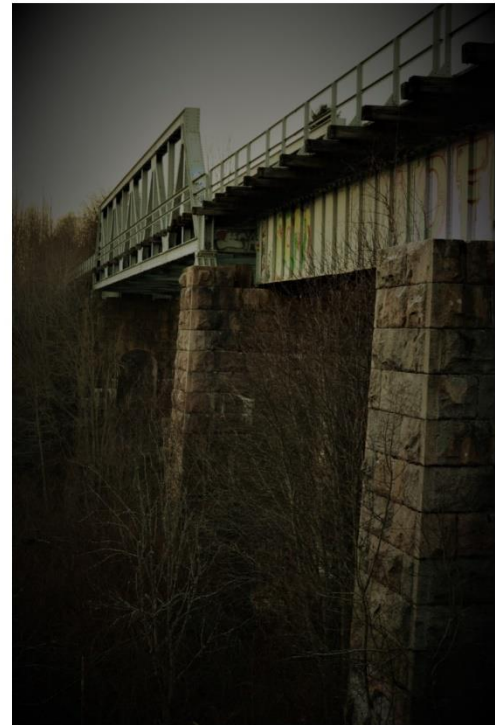
Huumeriippuvainen henkilö on usein ahdistunut, pelokas, masentunut ja psyykkisesti rikkiäinen ihminen

Tunnustaessaan huumeiden käytön, käyttäjä tunnustaa samalla rikkoneensa lakia

On tärkeää erottaa se, että onko psyykinen oireilu huumeiden käytöstä johtuvaa vai onko taustalla itsenäinen mielenterveydellinen ongelma

Huumeiden käytöstä aiheutuvat haitat ovat riippuvuuden lisäksi infektiio- ja myrkytyskomplikaatioita

C-hepatiitti on yleisin likaisten neulojen kautta tarttuva infektio, mutta myös HIV ja B- sekä D-hepatiitti tarttuvat likaisten neulojen välityksellä



Bentsodiatsepiinit.

Viisi pääominaisuutta: **vähentävät ahdistuneisuutta, ehkäisevät kouristelua, toimivat unilääkkeenä, rentouttavat lihaksia ja heikentävät muistia**

PKV-lääke eli keskushermostoa lamaava lääke.

Gamma-aminovoihappo on yleisin aivojen aktivaatiota estävä välittäjäaine -> Bentsodiatsepiinit voimistavat GABA-reseptorien toimintaa -> rauhoittava vaikutus

Vaikuttavat melkein kaikkiin aivotoiminnan puoliin suoraan tai välillisesti.

Kaikkia valmisteita voidaan käyttää samaan käyttöaiheeseen, mutta annostelu vaikuttaa siihen mitä oiretta milläkin hetkellä hoidetaan

Usein bentsoriippuvaisella henkilöllä on joku toinenkin päihderippuvuus -> Bentsodiatsepiinit yksin suuriannoksinaan eivät aiheuta yliannostuksia vaan yhteiskäyttö toisen päihteen kanssa

Tunnetuimpia bentsodiatsepiinivalmisteita:
Opamox®, Oxamin®, Diapam®, Stesolid®
Dormicum®, Buccolam®, Tenox®, Temesta®
Rivatril®, Alprox®, Lorazepam®, Halcion®



Runsas käyttö aiheuttaa pitkällä aikavälillä aivoihin vaurioita:

Muisti heikkenee

Puheentuottamisen vaikeuksia ilmenee

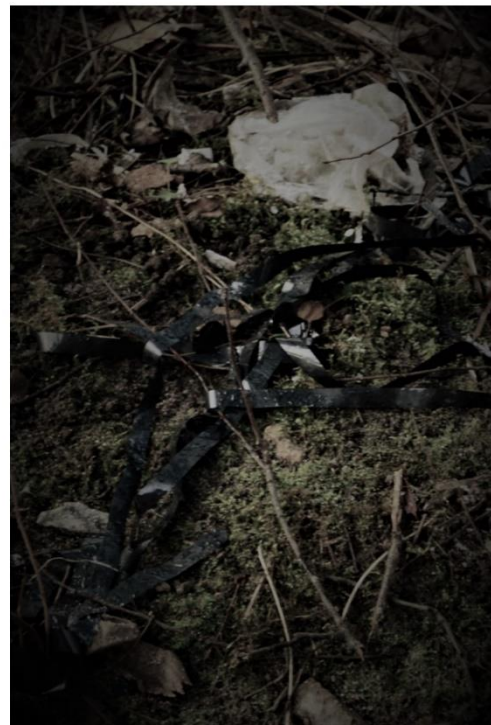
SAMAT OIREET SEKÄ LAPSILLA ETTÄ AIKUISILLA

**RIIPPUVUUTTA AIHEUTTAA
PITKÄKESTOINEN, TOISTUVA JA
SUURIANNOKSINEN KÄYTTÖ**

Pitkäaikaiskäytön jälkeen **lopetettava asteittain, ei äkillisesti!** -> jopa hengenvaaralliset vieroitusoireet

Kun asukas lopettaa bentsojen käytön, on **tuki ja rohkaisu tärkeää** -> Jos tuki puuttuu, riski sortumiselle kasvaa ja voi aiheuttaa jopa sen, että annoskoot kasvavat entisestään

Bentsodiatsepiinien vaikutuksen voi kumota
FLUMATSENIILILLÄ



Stimulantit yleisesti

Stimulantit ovat keskushermostoa aktivoivia ja piristäviä aineita, jotka vapauttavat dopamiinia ja noradrenaliinia sekä estävät niiden takaisinottoa

Stimulantit aiheuttavat sekä henkistä, että fyysistä riippuvuutta, mutta vieroitusoireet eivät ole hengenvaarallisia äkillisenkään lopettamisen yhteydessä

Stimulanttien käyttöön liittyviä oireita:

Sydämen tykytys

Verenpaineen nousu

Hikoilu

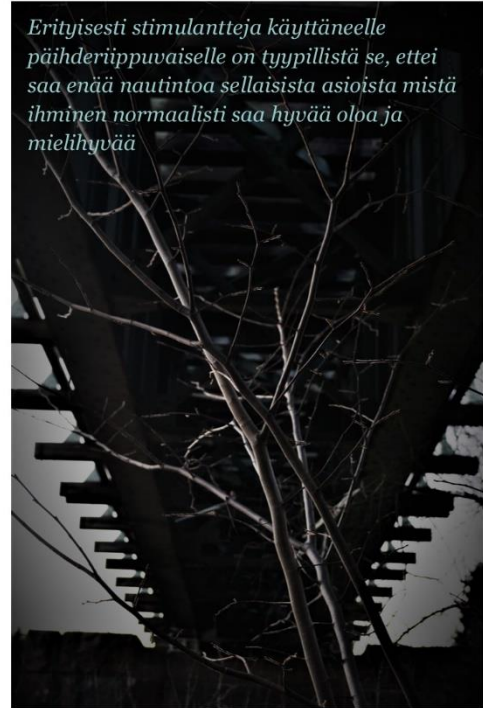
Unettomuus

Ahdistus

Hyvän olon tunne

Lyhytaikainenkin käyttö voi johtaa **amfetamiinipsykoosiin**, jonka oireet muistuttavat paranoidista skitsofreniaa

Erityisesti stimulantteja käyttäneelle päihderiippuvaiselle on tyyppillistä se, ettei saa enää nautintoa sellaisista asioista mistä ihminen normaalisti saa hyvää oloa ja mielihyvää



Amfetamiini

Amfetamiinia esiintyy mm. jauheena, tabletteina, kapseleina, liuksena sekä kiteinä

Amfetamiinin välittömiä vaikutuksia ovat hyvän olon ja energisyyden tunne

Keskushermoston lisäksi amfetamiini vaikuttaa myös keuhkoihin, sydämeen ja muihin elimiin

Sen käyttö vähentää ruokahalua, kasvattaa sydämen lyöntitiheyttä, nopeuttaa hengitystä sekä nostaa verenpainetta

Amfetamiinille kehittyy toleranssi, ja käyttäjä tarvitsee yhtä suuremman annoksen saavuttaakseen samat vaikutukset

Erittäin suuriin annoksiin liittyy riski amfetamiinimyrykselle, joka voi oireilla sydämen rytmihäiriöinä, kouristuksina sekä koordinaatiokyvyn menetyksenä ja johtaa hoitamattomana jopa kuolemaan!

Annoksien kasvaessa voi ilmetä mm. levottomuutta ja puheliaisuutta sekä käyttäjä voi tuntea itsensä voimakkaaksi ja ylivertaiseksi ja käyttäytyä aggressiivisesti tai vihamielisesti

Annoksien kasvaessa esiintyy mm. hikoilua, päänsärkyä, kuumeilua, huimausta sekä näköhäiriöitä

Metamfetamiini

Metamfetamiini on amfetamiinin sukulaisaine

Metamfetamiinia on saatavilla valkoisena jauheena, tabletteina sekä kiteinä

Sitä käytetään nuuskaamalla, suonensisäisesti, suun kautta nautittuna tai polttamalla

Sen käyttö johtaa nopeasti riippuvuuteen erityisesti suonensisäisesti käytettynä ja poltettuna

Metamfetamiinin käytön yhteydessä ilmenee amfetamiinin käytölle tyypillisiä fyysisiä oireita, kuten sydämen tykytyksiä, unettomuutta, energisyyden tunnetta ja levottomuutta, mutta sen teho on suurempi kuin amfetamiinilla

Metamfetamiinin käytön yhteydessä voi ilmetä myös sekavuutta, impulsiivista käyttäytymistä, hallitsematonta väkivaltaisuutta sekä harhaluuloisuutta ja harha-aistimuksia

-> Käyttöä epäiltäessä suhtauduttava asukkaaseen erityisellä varauksella arvaamattoman käytöksen vuoksi

Metamfetamiinin pitkäaikaisessa käytössä on todettu muutoksia mm. välittäjäaineyhteisissä ja hermostollisissa rakenteissa

-> Riippuvuuden yhteydessä käyttäjät ovat kuvanneet muistivaikeuksia ja ongelmia kielellisissä- ja ongelmanratkaisujen suorituksissa

Ekstaasi ja MDMA

Ekstaasi, eli kemialliselta nimeltään MDMA on keskushermostoa aktivoiva aine

Ekstaasia esiintyy katukaupassa erivärisinä- ja muotoisina tabletteina tai kapseleina, mutta useimmiten valkoisina tabletteina

Ekstaasitablettien MDMA-pitoisuudet vaihtelevat suuresti. Tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että joissakin tapauksissa vain puolet ekstaasina myydyistä tableteista sisälsi todellisuudessa MDMA:ta

Ekstaasin lisäaineina voi olla mm. LSD:tä, kofeiinia, amfetamiinia tai esimerkiksi nukutuksessa käytettäviä aineita

MDMA:n vaikutus alkaa noin 30-60 minuutin kuluessa aineen nauttimisesta

Vaikutukset jaetaan positiivisiin ja negatiivisiin vaikutuksiin:

- Positiivisia vaikutuksia ovat mm. lisääntynyt sosiaalisuus ja empatiakyky sekä yleinen hyvän olon tunne.
- Negatiivisia sen sijaan ruokahaluttomuus, huimaus, pahoinvointi, lihaskrampit ja vaikeus säädellä kehon lämpötilaa

Runsaan käytön yhteydessä voi ilmetä kognitiivisten kykyjen heikentymistä, masennusta ja impulsiivisuuden lisääntymistä

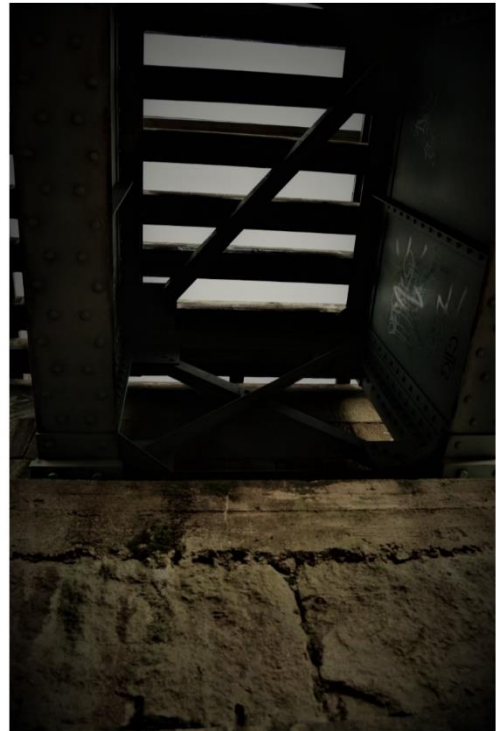
MDMA:n riippuvuusriski on pieni, vaikka annoskoko joutuu jonkin verran kasvattamaan samojen vaikutusten saavuttamiseksi

Ekstaasin käyttöön liittyviä riskejä

Yksi akuuteista riskeistä on kehon lämpöhalvaus, sillä ekstaasi nostattaa kehon lämpötilaa ja verenpainetta -> Yhdistettynä fyysiseen rasitukseen = nestehukka & vaarallinen ylikuumeneminen

Ekstaasitablettien epäpuhtaus sekä sekakäyttö lisäävät riskejä

Serotoniinisyndrooman riski -> Muiden stimulanttien käyttö samanaikaisesti & erityisen korkea riski kun ekstaasia käytetään yhdessä mielialälääkkeiden kanssa!



Alfa-PVP

Alfa-PVP eli Alfa-Pyrrolidiinivalerofenoni on synteettinen huumausaine, joka on luonnossa esiintyvän khat-pensaan psykoaktiivisen ainesosan kationin johdos

Sitä esiintyy tabletti- ja jauhemuodossa, ja sitä käytetään yleisimmin nuuskaamalla, suonensisäisesti tai suun kautta nautittuna

Sen vaikutusaika on lyhytkestoinen, joskus vain 15 minuuttia -> Tarve uudelle annokselle viimeistään 2 tunnin kuluttua

Käytön yhteydessä voi ilmetä psykostimulanteille tyyppisiä oireita sekä erityisesti voimakasta ja ennalta arvaamatonta aggressiivista ja psykoottista käytöstä

Alfa-PVP yhdistetty useisiin myrkytyksiin sekä kuolemantapauksiin Euroopassa vuoden 2011 jälkeen

Uudelleenannostelu riskialtista impulsiivisuuden lisääntymisen vuoksi -> voi johtaa yhä uusiin annoksiin ja sen kautta altistaa jopa hengenvaarallisille haittavaikutuksille

Alfa-PVP:tä myydään usein MDMA:na, ekstaasina tai metamfetamiinina ja sitä voi olla muiden aineitten jatkeaineena -> **Käyttäjä ei tiedä käyttäneensä Alfa-PVP:tä**

MDPV eli Metyleenidioksiiprovaleroni

Psykoaktiivisiin yhdisteisiin kuuluva kationijohdannainen, jota käytetty alun perin lääkkeenä

MDPV luokiteltiin Suomessa kansallisesti kiireellisenä huumausaineeksi vuonna 2010

MDPV esiintyy kellertävän valkoisena jauheena

Vaikutusaika lyhytkestoinen, noin 3-6 tuntia

Käyttö aiheuttanut jopa äkkikuolemia, joihin liittynyt sydämen rytmihäiriö tai lämpöhalvaus

Sitä voidaan käyttää monella tapaa:

- Nuuskaamalla
- Polttamalla
- Suun kautta nautittuna
- Suonen sisäisesti

Vaikutuksiltaan samankaltainen kuin kokaïni ja amfetamiini:

- Sydämen tykytyksiä
- Verenpaineen nousua
- Unettomuutta
- Verisuonten supistumista

Muuntohuumeet

Huumausainelaisissa huumausaineiksi luokittelemattomia, mutta vaikutuksiltaan tai kemialliselta rakenteeltaan huumausaineita muistuttavia aineita kutsutaan yleisesti muuntohuumeiksi

Luokitus puuttuu yleensä siksi, että aine uusi tai käyttö päihtymystarkoituksessa havaittu vasta vähän aikaa sitten

Muuntohuumeita tavataan lähes kaikissa mahdollisissa muodoissa; tabletteina, jauheena, kasvirohheisiin sekoitettuna, tahvana, nesteinä ja lappuina

Muuntohuumeet luokitellaan niiden kemiallisen rakenteen mukaan. Suurin osa muuntohuumeista kuuluvat:

- Fenetyyliamiineihin
- Kationeihin
- Tryptamiineihin
- Piperatsiineihin
- Opioideihin
- Kannabinoideihin

Useaa eri vaikuttavaa ainetta sisältävien muuntohuumeiden käyttöannoksia on mahdotonta arvioida

-> Niiden käyttäminen erityisen vaarallista!

Fenetyyliamiinit, katinonit, tryptamiinit sekä piperatsiinit ovat vaikutuksiltaan keskushermostoa stimuloivia tai hallusinogeenisiä

Opioideihin kuuluvat muuntohuumeet ovat keskushermostoa lamaavia, ja voivat aiheuttaa äkillisen hengityslaman

Opioideihin kuuluvat fentanyylijohtannaiset voivat olla vaikutuksiltaan jopa 1000 kertaisia morfiinia vahvempia

-> Turvallinen annostelu käytännössä mahdotonta!

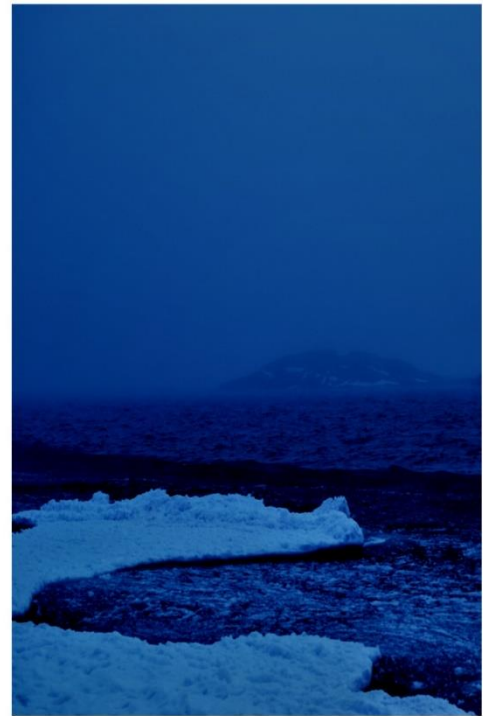
-> Vasta-aineena yliannostustapauksissa naloksoni

Tällä hetkellä suurin muuntohuumeiden ryhmä on synteettiset kannabioidit

-> Vaikutukset samankaltaisia kuin kannabiksen vaikuttavalla aineella THC:llä

-> Monet kannabioidit voimakkaampia kuin cannabis

-> Psykoosin riski käyttäjillä kasvaa



Salakavalat vieroitusoireet.

Bentsodiatsepiinit	Lievät	Hikoilu, ärtyneisyys, ääni- ja valoherkkyys, pelokkuus, sydämentykytykset
	Keskivaikeat	Tunne, että seinät ja lattia kallistuvat, liikkeen tunne, näköharhat, ruumiinkuvan vääristymät
	Vaikeat	Epileptiset kohtaukset

Alkoholi	Lievät	Vapina, hikoilu, pahoinvointi, päänsärky, unettomuus, levottomuus, ahdistus, sydämentykytykset, korkea verenpaine
	Keskivaikeat	
	Vaikeat	Epileptinen kohtaus. Delirium tremens, jonka oireita ovat harhausuus, sekavuus, ajan- ja paikantajuun katoaminen, hallusinaatiot, unettomuus, harhaluulot, sydämentykytykset ja verenpaineen nousu

Stimulantit*	Lievät	Häiriintynyt uni, väsymys, voimakas nälkä
	Keskivaikeat	Masentuneisuus, ärtyneisyys
	Vaikeat	Väkivaltaisuus

*Stimulantteja on useita erilaisia ja niiden vieroitusoireiden vahvuus ja laatu eroavat jonkin verran toisistaan

Myrkytykset ja yliannostukset.

Epäiltäessä huume- tai lääkeyrkytystä, on oltava aina yhteydessä ensiapuun

Tajuttoman asukkaan kohdalla on soitettava hätänumeroon ja käännettävä henkilö kylkiasentoon hengityksen varmistamiseksi

Tärkeimpien elintoimintojen turvaaminen tärkeää

Olisi hyvä pyrkiä selvittämään myrkytyksen tai yliannostuksen aiheuttanut aine mahdollisuuksien mukaisesti

Myrkytysoireita:

- Hypertermia
- Kouristelu
- Takykardia
- Aggressiivisuus ja sekavuus
- Alentunut tajunnan taso
- Hengityslama

Serotoniinisyndrooma

Muiden stimulanttien samanaikainen käyttö yhdessä MDMA:n tai ekstaasin kanssa

Uhka kasvaa merkittävästi kun yhdessä ekstaasin kanssa käytetään mielialalääkkeitä

Erytisen vaarallista yhteiskäyttö Aurorix (moklobemidi) -lääkevalmisteen kanssa

Yhteiskäyttö voi aiheuttaa jopa kuoleman

Aurorix kuuluu MAO-salpaajiin, joka estää aivoissa serotoniinin takaisinoton

Toiminta myrkytys- tai yliannostustilanteessa:

1. Jos asukas tajuton/tajunta huomattavasti alentunut tai ei hengitä normaalisti SOITA 112
2. Käännä tajuton asukas kylkiasentoon, varmista hengitystiet
3. Mittaa verenpaine ja lämpö, laske hengitystaajuus mikäli mahdollista
4. Pyri selvittämään myrkytyksen/ yliannostuksen aiheuttama aine/aineet
5. Lääkeyrkytyksissä anna asukkaalle lääkeliitä, mikäli saatavilla
6. Vaikka välitöntä hengenhätää ei olisi, on hyvä olla yhteydessä ensiapuun
7. Asukasta ei tule jättää yksin tai ilman valvontaa vaikka olisi vain epäily myrkytyksen tai yliannostuksen mahdollisuudesta tai oireet olisivat lieviä
8. Mahdolliset jäljellä olevat aineet ja käyttövälineet tulee ottaa haltuun. Käyttövälineet tulee hävittää asianmukaisesti ja jäljellä olevat aineet toimittaa poliisille

-> Yhteiskäytössä amfetamiinin ja serotoniinin määrä nousee korkealle

-> Ekstaasi tuo synapsirakoon vapauttamaansa dopamiinia ja serotoniinia

-> Samalla Aurorix estää serotoniineja ja amfetamiineja hajottavan MAO-entsyymin toimintaa

-> Ekstaasi ja Aurorix tukkivat yhdessä synapsiraosta ulos johtavan tien, mikä poistaa elimistöltä viimeisenkin mahdollisuuden runsaan serotoniinin poistamiseksi

Riippuvuuden hoito ja tuki asukkaan kuntoutumisessa

Jakautuu vieroitus-, lääke- ja psykososiaaliseen hoitoon

Paras lopputulos saadaan, kun asukas itse asettaa omat tavoitteensa ohjaajan avustuksella

Hoidon tehokkuutta pitää seurata esimerkiksi mittaamalla haittojen vähenemistä tai asukkaan omatoimisuuden kasvua

Kuntoutuminen tapahtuu vaiheittain, ja on täysin yksilöllistä, että millaisella aikataululla edetään

Tärkeintä on se, että asukas on itse motivoitunut, eli muutoksen aika on oikea

Muutos noudattaa ns. muutoksen vaihemallia, joka jakautuu eri vaiheisiin, ja joka on hyvä huomioida myös hoitosuunnitelmaa laatiessa

Vaihemallin avulla asukasta valmistellaan ja opastetaan tulevaan muutokseen.

Päihdekuntoutuksessa on tärkeää vaiheistaa muutosta, jotta muutokset eivät tuntuisi liian suurilta, mikä laskee muutosmotivaatiota

Muutoksen vaihemalli:

Esiharkintavaihe:

Asukkaassa tulee herätellä huolta ja ajatuksia omasta tilanteestaan, jotta hän alkaisi itse pohtimaan päihteiden käyttämiseen liittyviä haittoja ja riskejä

Harkintavaihe:

Asukkaan tulisi tarkastella ongelmiaan muutosmyönteisesti yhdessä ohjaajan kanssa. Huumeongelmaiset tarvitsevat tähän useimmiten enemmän aikaa, kuin alkoholi-ongelmaiset. Asukkaan tulisi itse ymmärtää se, mitä hänen elämässään tällä hetkellä tapahtuu, ja mitä hän haluaisi siinä tapahtuvan. Harkintavaiheen aikana tulisi käsitellä myös muita asukkaan ongelma-alueita, ja pohtia yhdessä keinoja niistä selviytymiseen

Toimintavaihe:

Asukas opettelee ja pohtii myös muita elämän osa-alueitaan, ja asukasta tulee tukea mm. sosiaalisten taitojen harjoittelussa. Asioiden pohdinta voi tuntua epämiellyttävältä, mutta kuuluu tärkeänä osana kokonaisvaltaiseen kuntoutumiseen ja toimintamallien muuttamiseen

Muutoksen missä tahansa vaiheessa on hyvä käyttää työkaluna ns. motivoivaa haastattelutapaa. Sen avulla ohjaaja herättelee asukkaan omaa muutosmotivaatiota ja auttaa konkretisoimaan muutoksen tarpeen ja siihen vaikuttavat ja tarvittavat tekijät

Motivoiva haastattelussa on viisi keskeistä menetelmää; Avointen kysymysten esittäminen, asukkaan puheen reflektointi, yhteenvetöjen tekeminen asukkaan puheesta sekä asukkaan omien muutosvalmiuksien tukeminen ja niiden vahvistaminen

Motivoivan haastattelun menetelmät edistävät myös hyvän hoitosuhteen syntymistä, mikä edesauttaa hoidon hyviä lopputuloksia

Motivoivan haastattelun myötä syntyy yhdessä asukkaan kanssa laadittu muutossuunnitelma, johon voi sisältyä mm. Esteet muutokselle, tärkeät henkilöt muutoksen kannalta tai konkreettiset teot esimerkkeineen, joilla asukas pääsee haluttuun tavoitteeseensa

Ylläpitovaihe:

Tässä vaiheessa asukkaan on tarkoitus ylläpitää saavutettua muutosta. Asukkaan itsetuntoa tulee tukea, ja on hyvä opetella uusia taitoja tai asioita, jotka ylläpitävät muutosmotivaatiota ja luovat kokemuksia onnistumisista

Henkilökohtaisen kasvun vaihe:

Viimeisessä vaiheessa asukas keskittyy omien, henkilökohtaisten ongelmien työstämiseen. Mahdollisten tulevien retkahdusten tai lipsumisien jälkeen autetaan asukasta palaamaan muutokseen mahdollisimman pian, ja vähentämään retkahduksesta koituneita haittoja

Retkahdukset

On tavallista, että päihdekuntoutumisen aikana tulee retkahduksia tai lipsahduksia, jolloin asukas sortuu käyttämään päihteitä siitä huolimatta, että on päättänyt jo sitoutua päihteettömyyteen

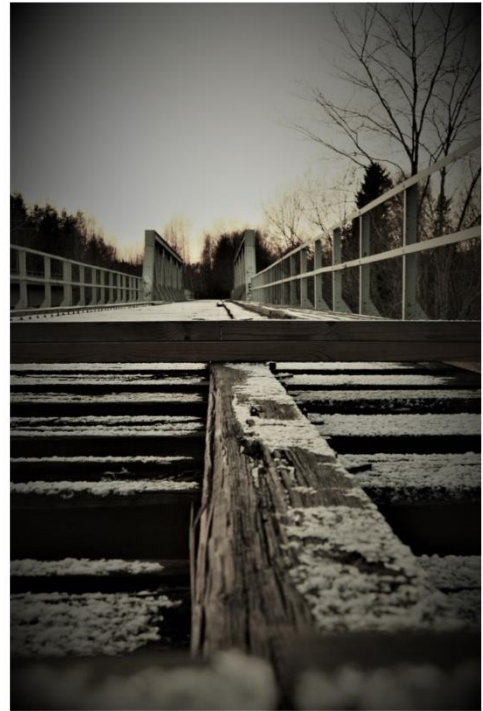
Asukasta tulee ohjata palaamaan päihteettömyyteen mahdollisimman pian retkahduksesta aiheutuvien haittojen vähentämiseksi

Asukas saattaa tuntea retkahduksesta häpeää, suuttumusta ja katumusta ja ilmaista tunteitaan eri tavoin

Tunteita on hyvä käsitellä yhdessä ohjaajan kanssa ja keskustella siitä, mikä johti retkahdukseen ja kuinka se voitaisiin jatkossa vastaavissa tilanteissa välttää

Myös hoitohenkilökunta saattaa tuntea pettymystä ja suuttumusta asukkaan retkahduksesta ja on hyvä tuoda tämä myös asukkaan tietoon

Tulee kuitenkin muistaa antaa retkahdus anteeksi ja ohjata asukas sen ylitse motivoimalla ja kannustaan jatkamaan päihteettömyyttä



Alkoholiriippuvuuden hoidon erityispiirteet

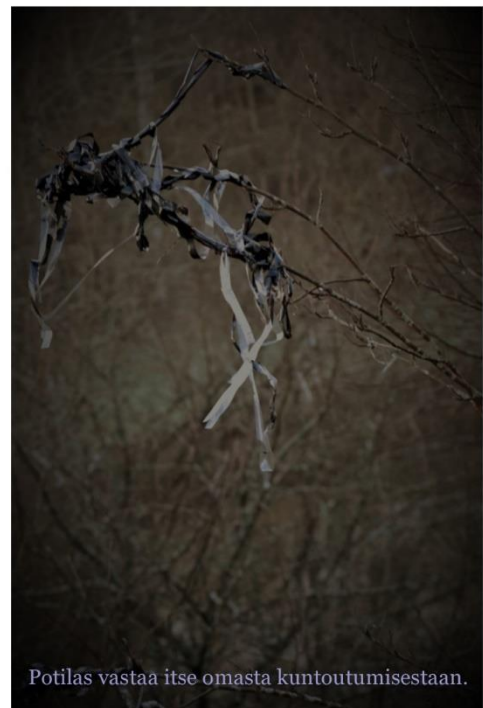
Paras teho saadaan, kun yhdistetään psykososiaalinen hoito lääkehoitoon.

Lääkehoidossa käytetään disulfiraamia eli Antabusta ja opioidinsalpaajia, kuten naltreksoni ja nalmefeeni.

Antabus aiheuttaa voimakasta pahoinvointia samanaikaisesti alkoholin kanssa nautittuna. Maksa rasittuu reaktiosta ja vakavatkin komplikaatiot ovat mahdollisia.

Opioidinsalpaajat vähentävät alkoholin juomisen mielekkyyttä vaikuttamalla elimistön herkkyYTEEN sisäsyntyisille opioideille.

Vieroitushoito tai katkaisuhoido on tarkoitettu fyysisten vieroitusoireiden lievittämiseen ja hoitoon, psyykkisen riippuvuuden hoito on sen lisäksi tarpeellista



Potilas vastaa itse omasta kuntoutumisestaan.

Huume- ja lääkeriippuvuuden hoidon erityispiirteet

Huumeriippuvuuden hoidon perustana ovat psykososiaaliset hoidot, joihin voidaan yhdistää myös lääkehoitoa.

Nämä tukevat toinen toisiaan, ja ne toteutetaan samanaikaisesti

Opioidien väärinkäyttäjille tai heroiiniriippuvaisille voidaan määrätä metadonia tai buprenorfiinia sisältäviä lääkkeitä

Korvaushoito tulee kyseeseen vain, jos muita hoitoja on jo kokeiltu tai riippuvuus on sillä asteella ettei vieroittautumista voida aloittaa muuten kuin korvaushoidolla

Korvaushoidon tarkoituksena on pitää lääkkeiden vaikutus tasaisena ympäri vuorokauden, ilman vahvaa hyvänolon tunnetta, jollainen on huumeiden käytöstä tullut

Vieroitushoidon tavoitteena on päihteettömyys tai päihteiden käytöstä aiheutuvien haittojen vähentäminen

Tiettyjen valmisteiden kohdalla on porrastettava lopettaminen erityisen tarkasti, jotta vakavilta ja hengenvaarallisilta vieroitusoireilta vältyttäisiin

Esimerkiksi bentsodiatsepiinien kanssa porrastaminen on tärkeää ja siinä edetään kuntoutujan tahdissa tarvittaessa hyvinkin hitaasti

Sinä olet tärkeä.

Muista huolehtia itsestäsi ja omasta jaksamisestasi

Toisinaan oikein toimiminen ei ole helppoa, mikä lisää työn kuormittavuutta

Välillä on hyvä arvioida omaa työskentelyä, siihen liittyviä tapoja, tavoitteita, suhtautumista, asenteita ja kollegiaalisuutta

Opettele ja etsi itsellesi parhaat palautumiskeinot

Tunnista uupumuksen merkit ajoissa!

Mikäli sinusta tuntuu, ettet palaudu työstäsi pidemmillä vapailla tai lomalla, on hyvä arvioida työssäjaksamistasi yhdessä työyhteisön, esimiehen tai työterveyslääkärin kanssa



*Kaikkein
tärkein
työväline
päihdetyössä
on ohjaaja itse*

Työyhteisö osana hyvää hoitoa

- On tärkeää, että jokainen noudattaa yhteisiä, yhdessä laadittuja sääntöjä. Jokaisen vastuulla on puuttua tilanteisiin, joissa huomaa sääntöjä rikottavan tai laiminlyötävän
- Ongelmallisista tilanteista ja epäkohdista on hyvä keskustella niin, että jokainen osapuoli otetaan keskustelussa huomioon
- Avoimuus ja avoin keskusteleminen ovat tärkeitä työyhteisön toimivuuden kannalta
- Ongelmat tulee kohdata, sillä kasaantuessaan ne aiheuttavat vastakkainasettelua työyhteisön kesken
- On hyvä kunnioittaa omaa sekä muiden työntekijöiden osaamista ja hyödyntää sitä hoitotyössä
- Osoitetaan arvostusta toisia ja heidän osaamistaan kohtaan olemalla kiinnostuneita, kysymällä neuvoa
- Jokainen työyhteisön jäsen on itse vastuussa omasta työstään ja tekemistään valinnoista
- Jokaisen tulisi myöntää tekemänsä virheet, sekä kantaa niistä vastuu korjaamalla ne
- Luottamuksellisuus, innovatiivisuus, omistautuneisuus työhön sekä työn hyvä ja yhtenevä laatu ovat hyvän hoidon ja taitavan työntekijän tunnusmerkkejä
- Hyvässäkin työyhteisössä tapahtuu virheitä, ristiriitoja ja erehdyksiä, mutta ne kuuluvat työhön ja niiden kautta opitaan ja kehitetään työssä
- Huono työilmapiiri laskee työyhteisön jäsenen työmotivaatiota ja sitoutumista työhön heikkenee, mikä näkyy suoraan hoitotyön laadun ja tulosten heikentymisenä



Riippuvuus on osa elämää.