



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa - hoitajien tiedot ja taidot keskiössä

Penttilä, Johanna  
Sahlstén, Kirsi

2019 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan  
kohtaaminen kotihoidossa -  
hoitajien tiedot ja taidot keskiössä**

Penttilä, Johanna  
Sahlstén, Kirsi  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2019

Penttilä, Johanna  
Sahlstén, Kirsi

**Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa -  
hoitajien tiedot ja taidot keskiössä**

Vuosi 2019

Sivumäärä 46

---

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa koulutusmalli mielenterveys- ja päihdehäiriöistä Hyvinkään kotihoidon käyttöön. Koulutusmallin tarkoituksena oli lisätä hoitohenkilökunnan tietoa mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja niiden vaikutuksista hoitosuhteeseen. Opinnäytetyön hyödynsääjäksi oli Hyvinkään kotihoidon työntekijät ja se on tehty Hyvinkään kotihoidon toimeksiannosta.

Teoreettinen viitekehyksen aineiston avulla pyrittiin löytämään vastaus siihen, mitkä ovat keskeisiä tekijöitä luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen muodostumisessa kotihoidon työntekijän ja mielenterveys- tai päihdehäiriöisen asiakkaan välille. Teoreettiseen viitekehykseen käytettiin suomen- ja englanninkielistä aineistoa. Aineistot olivat pro gradu -tutkielmia, näyttöön perustuvaa tietoa, tieteellisiä tutkimuksia, tieteellisiä julkaisuja ja ammattikirjallisuutta.

Teoreettisen viitekehyksen ja toimeksiantajan toiveiden pohjalta luotiin koulutusmalli, jonka sisältö käsitteli yleisimpiä mielenterveys- ja päihdehäiriöitä, hoitosuhteen luomiseen ja mielenterveys- tai päihdehäiriöisen asiakkaan kohtaamiseen liittyviä tekijöitä. Koulutusmallissa käsiteltiin myös, kuinka mielenterveys- tai päihdehäiriö vaikuttaa asiakkaan toimintakykyyn. Sisällössä huomioitiin myös työturvallisuuden näkökulma. Tarkoituksena oli, että kotihoidon työntekijät voivat jatkossa pitää sabluunan pohjalta koulutusta työyhteisössä. Koulutusmallia voidaan hyödyntää täydennyskoulutuksessa ja uusien työntekijöiden perehdytysmateriaalina. Työhön liittyen toteutettiin kaksi koulutusta Hyvinkään kotihoidon henkilökunnalle. Koulutuksissa kerättiin palautetta erillisellä palautelomakkeella. Toimeksiantaja levittää koulutussabluunan koko Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän alueella toimiviin kotihoidon yksiköihin.

Tarkoituksena oli tehdä koulutusmalliin muutoksia kahdesta koulutuksesta kerätyn palautteen perusteella. Palautteen määrän ja laadun perusteella ei muutoksia kuitenkaan toteutettu. Arviot koulutuksesta olivat varsin hyviä ja sanallista palautetta tuli vain kahdelta osallistujalta. Toinen näistä palautteista sisälsi toiveen käytännön esimerkeistä asiakkaan kohtaamiseen liittyen. Tästä muodostui jatkokehitysehdotuksemme ydin.

Jatkossa koulutukseen voisi teoreettisen tiedon lisäksi sisällyttää myös käytännön harjoitteita. Käytännön harjoitteiden avulla työntekijöiden on mahdollista harjoitella asiakkaan kohtaamista ja löytää omia vahvuuksiaan. Käytännön harjoituksia sisältävässä koulutuksessa voisi huomioida myös mahdollisten uhkatilanteiden näkökulman.

Asiasanat: kotihoito, mielenterveyshäiriö, päihdehäiriö, asiakkaan kohtaaminen

Penttilä, Johanna  
Sahlstén, Kirsi

**Encountering mental disorder and substance abuse patient in homecare - focus in the know-how of nurses**

Year 2019

Pages

46

---

The aim of this thesis was to produce a training template for Hyvinkää homecare about mental disorders and substance abuse. The main purpose of the training was to increase Hyvinkää homecare staff's knowledge about mental disorders and substance abuse in general and how they affect the care relationship. The main beneficiary is Hyvinkää homecare staff and this thesis was commissioned by Hyvinkää Homecare Unit.

The theoretical framework was used to find out what are the "key" factors in forming a confidential and secure care relationship between a staff member and a client that suffers from a mental disorder or substance abuse. Both Finnish and English studies were used in the theoretical framework. Studies were pro-graduate theses, empirical studies, professional literature, scientific studies and publications.

A training template was created based on the theoretical framework and expectations of the commissioner of the thesis. It contains information about ; mental disorders, substance abuse, creating a care relationship and encountering a client that has a mental disorder or substance abuse problem. The training template contains also information about the effect that mental disorder or substance abuse has on a person's ability to perform in everyday life. Also a work safety perspective was included in the training template. The purpose was that staff members of Hyvinkää Homecare Unit are able to train their co-workers using this training template. Training can be a part of induction to a new staff member or training to an existing staff member. Part of this thesis was to keep two training sessions for Hyvinkää Homecare Unit staff. Feedback was collected from participants on a feedback form. A training template is to be distributed to all homecare units in Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymä by the thesis commissioner.

The purpose was to make changes to the training template based on feedback from two trainings. The training template wasn't changed because of the quality and quantity of the feedback. Valuations were pretty good and only two participants gave verbal feedback. One of these verbal feedbacks requested more practical examples from encountering a client. That forms the "key" essential of our proposal for future development.

In future a training template could include practical exercises and theoretical information. Practical exercises would give homecare staff a chance to practice encountering a client and to find their strengths. A training template that contains practical exercises could also include the perspective of threatening situations.

Keywords: homecare, mental disorder, substance abuse, encountering

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus .....	7
3	Kotihoito, kotisairaanhoido ja kotipalvelu .....	7
3.1	Kotihoidon tarjoamat palvelut .....	7
3.2	Kotihoidon, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkuus .....	8
4	Mielenterveys- ja päihdehäiriöt .....	9
4.1	Mielialahäiriöt.....	9
4.2	Psykoosisairaudet.....	11
4.3	Päihdehäiriöt .....	14
4.4	Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vaikutus toimintakykyyn .....	18
5	Mielenterveys- ja päihdehoitotyön erityispiirteet .....	19
5.1	Hoitosuhde mielenterveys- ja päihdetyössä.....	19
5.2	Hoitosuhteen haasteet mielenterveys- ja päihdetyössä.....	21
5.3	Aggressio, väkivalta ja niiden uhka mielenterveys- ja päihdehoitotyössä.....	22
6	Terveydenhuoltoalan henkilöstön täydennyskoulutus .....	23
7	Koulutusmallin toteutus .....	24
7.1	Ideointi-, suunnittelu- ja tiedonkeruuvaihe .....	25
7.2	Koulutusten toteutus.....	25
7.3	Koulutusmallin arviointi .....	26
8	Pohdinta.....	28
8.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	30
8.2	Jatkokehitysehdotukset .....	30
	Lähteet .....	31
	Kuviot .....	35
	Taulukot .....	35
	Liitteet.....	36

## 1 Johdanto

Koko Suomessa säännöllisesti kotihoidon palveluita saavia asiakkaita oli marraskuussa 2017 yhteensä 73806. Edellisestä vuodesta määrä oli noussut 0,4 prosenttia. Kotihoidon asiakkaista 65 prosenttia oli naisia. Säännöllisiksi asiakkaiksi katsotaan tilastossa ne asiakkaat, joille on laskentakuukauden aikana toteutunut käynnejä voimassa olevan palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaan tai muuten säännöllisesti vähintään kerran viikossa. (Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017 2018.)

2000-luvulla vähintään 60 käyntiä kuukauden aikana saavien asiakkaiden määrä on kasvanut. Marraskuussa 2017 tämän asiakasryhmän osuus koko säännöllisen kotihoidon piirissä olevista asiakkaista oli 33,2 prosenttia. Kasvua edellisvuodesta oli noin 2 prosenttiyksikköä ja vuodesta 2010 8 prosenttiyksikköä. Vastaavasti kotihoidon asiakkaista noin 33 prosentin luona käytiin 1–9 kertaa kuukaudessa. (Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017 2018.)

Suomalaisista 5 % sairastaa vuosittain masennustilaa eli depressiota. Masennus voidaan luokitella keskeiseksi kansanterveydelliseksi ongelmaksi. Naisilla masennus on miehiä 1,5–2 kertaa yleisempää. (Depressio 2016.) Masennuksesta johtuvia uusia työkyvyttömyyseläkkeitä myönnetään vuosittain 3500 ja sairaspäivärahaa kausia 27 000. Itsemurhia, jotka liittyvät masennukseen tapahtuu noin 500 vuodessa. (Isometsä 2017, 253.) On arvioitu, että perusterveydenhuollon potilaista 10 % sairastaa depressiota. Tiedetään, että kuitenkin vain osa näistä potilaista hakee aktiivisesti hoitoa masennustilaansa. (Depressio 2016.)

Muut mielenterveyshäiriöt ovat masennusta harvinaisempia. On arvioitu, että erilaisia psykoottisia häiriöitä esiintyy kolmesta neljään prosenttia väestöstä (Hietala, Heinimaa & Suvisaari 2015). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön esiintyvyys väestössä oli Terveys ja toimintakyky Suomessa 2000 -tutkimuksen (2002) mukaan 0,24 %. Skitsofreniaa esiintyy 0,5–1,5 % väestöstä (Skitsofrenia 2015). Muut psykoottiset häiriöt ovat tätä harvinaisempia.

Alkoholin riskikäyttö on päihdehäiriöistä yleisin. Juomatapatutkimuksen mukaan vähintään 13 % väestöstä on alkoholin käytöstä johtuen kohonnut pitkäaikaisten terveyshaittojen riski (Näin Suomi juo 2018). Huumeiden kokeilu ja käyttö on yleistynyt suomalaisten keskuudessa 1990-luvulta lähtien. Kannabis on yleisin kokeiltu tai käytetty huumeina. Vuonna 2018 suomalaisista 24 % on kokeillut kannabista. Verrattuna esimerkiksi stimulantteihin kannabis on varsin yleinen huumeina. Stimulantteja oli vuonna 2018 kokeillut viisi prosenttia suomalaisista. Toiseksi yleisin huumeaineryhmä suomalaisten keskuudessa 2018 oli erilaiset muussa kuin lääkinnällisessä tarkoituksessa käytetyt kipu-, uni- ja rauhoittavat lääkkeet. Lääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen kokeilleiden osuus oli yli viisi prosenttia suomalaisista. (Karjalainen, Hakkarainen, Salasuo 2019, 1.)

## 2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tavoitteena on lisätä Hyvinkään kotihoidon henkilökunnan tietoa mielen-terveys- ja päihdehäiriöistä, niiden vaikutuksesta toimintakykyyn ja näistä kärsivän asiakkaan kohtaamisesta. Hyvinkään kotihoidon toiveesta tämän työn puitteissa tuotetaan koulutusmalli mielen-terveys- ja päihdehoitotyön osaamisesta kotihoidon käyttöön. Työhön kuuluu kaksi koulutusta, jotka pidetään 2. ja 10.4.2019. Tarkoituksena on, että koulutusmallin materiaalien perusteella kotihoidon henkilöstö pystyy pitämään sisäisiä koulutuksia mielen-terveys- ja päihdehoitotyön osaamisesta myös jatkossa. Lisäksi työssä on tarkoitus tuottaa tietoa mielen-terveys- ja päihdehäiriöistä, niiden vaikutuksesta toimintakykyyn ja hoitosuhteen luomisesta mielen-terveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan kanssa.

Toimeksiantaja toi esiin opinnäytetyötä aloitettaessa tarpeen löytää keino haastavan asiakas-kunnan hoidon järjestämiseen asiakkaiden ja hoitajien kannalta kestävällä tavalla. Heidän mukaansa Hyvinkään kotihoidosta löytyy paljon osaavaa henkilökuntaa, mutta kaikki eivät koe mielen-terveys- ja päihdeasiakkaita turvallisiksi tai mielekkäiksi hoidettaviksi. Osalle taas tämä erityisosaamisen ala on ennestään tuttu. Toimeksiantaja toivoi myös parempaa yhteistyötä mielen-terveys- ja päihdepoliklinikoiden kanssa asiakkaiden hyväksi. Nyt yhteistyö on hyvin vähäistä. (S. Häkkinen & K. Lehtonen-Pulli, henkilökohtainen tiedonanto 8.3 2018.)

Opinnäytetyö liittyy Hyvinkään kotihoidolle tehtävään palvelumuotoiluhankkeeseen. Opinnäytetyön aihe on muotoutunut palvelumuotoiluhankkeen edettyä käsittelemään mielen-terveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden erityisvaatimuksia ja hoitosuhteen luomista heidän kanssaan kotihoidossa. Palvelumuotoiluhankkeessa esitettiin Hyvinkään kotihoidolle erillistä mielen-terveys- ja päihdeongelmaisiin asiakkaisiin keskittyvää tiimiä, johon kerätään jo olemassa olevista resursseista ne, joilla on tätä erityisosaamista ja halukkuutta tähän työhön. Työsämme pyrimme löytämään vastauksen siihen, mitkä ovat keskeisiä tekijöitä luottamuksellisen ja turvallisen hoitosuhteen muodostumisessa kotihoidon työntekijän ja mielen-terveys- tai päihdehäiriöisen asiakkaan välille.

## 3 Kotihoito, kotisairaanhoido ja kotipalvelu

Kuntien vastuulla on järjestää asukkailleen sosiaali- ja terveyspalvelut. Kunnat voivat tuottaa palvelut joko itsenäisesti tai muodostamalla kuntayhtymiä. Palveluita voidaan ostaa myös yksityisiltä palveluntarjoajilta, järjestöiltä tai muilta kunnilta. (STM 2018.)

### 3.1 Kotihoidon tarjoamat palvelut

Kunnat päättävät itse kotihoidon palveluiden järjestämisestä ja näin eri kuntien palvelut voivat poiketa toisistaan. Kotipalvelu on määritelty sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) ja kotisairaanhoido terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kunnat voivat yhdistää nämä kaksi palvelua kotihoidoksi. (Kotihoito ja kotipalvelut 2018.)

Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 19 § kotipalvelun sisällöksi määritellään asumiseen, hoitoon ja huolenpitoon, toimintakyvyn ylläpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen, asiointiin sekä muihin jokapäiväiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Tukipalveluina kotipalvelun sisältyvänä annetaan ateria-, vaatehuolto- ja siivouspalveluita.

Terveystieteidenhuoltolain (1326/2010) 25 §:ssä määrätään kunnan velvollisuudeksi järjestää terveydenhuoltopalvelut kunnan alueen asukkaille. Kotisairaanhoidon on samassa pykälässä määriteltävä palvelu- ja hoitosuunnitelman mukaiseksi tai tilapäiseksi potilaan kotona, asuinpaikassa tai muussa siihen verrattavassa paikassa toteutettavaksi moniammatilliseksi terveyden ja sairauksien hoidon palveluksi. Saman pykälän mukaan myös hoitosuunnitelman mukaiset pitkäaikais-sairauden hoitoon tarvittavat hoitotarvikkeet sisältyvät hoitoon.

Kotipalvelu ja kotisairaanhoidon perustuvat asiakkaan toimintakyvyn arvioinnin perusteella laadittuun palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. Suunnitelman laatimiseen osallistuu asiakas ja kunnan edustaja. Kotipalveluiden myöntämisestä päättää kotipalvelun esimies. (Kotihoidon ja kotipalvelut 2018.) Kotisairaanhoidon kuuluvat erilaiset lääkärin määräämät hoitotoimenpiteet. Myös saattohoito ja kotisairaanhoidon soveltuva erikoissairaanhoidon hoito voivat olla kotisairaanhoidon hoitoa. (Kotisairaanhoidon ja kotisairaanhoidon 2018.)

### 3.2 Kotihoidon, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkuus

Henkilöt, joiden toimintakyky on iän, vammaisuuden, sairauden tai muun syyn vuoksi alentunut, ovat oikeutettuja kotipalvelun asiakkuuteen. Myös lapsiperheillä on oikeus kotipalveluun, jos se on välttämätöntä lapsen hyvinvoinnin turvaamiseksi. Esimerkiksi vamma, sairaus, uupumus tai muu erityinen perhetilanne voi olla peruste kotipalvelun myöntämiselle lapsiperheelle. (Kotihoidon ja kotipalvelut 2018.)

Hyvinkään kaupunki tarjoaa kotihoidon palveluita henkilöille, jotka eivät kykene selviytymään päivittäisistä toiminnoistaan fyysisen, psyykkisen tai sosiaalisen rajoittuneisuuden vuoksi. Kotisairaanhoidon palveluita tuotetaan henkilöille, jotka eivät kykene käyttämään terveydenhuollon avopalveluita tai vastaavia palveluita. Kotihoidon palveluita on mahdollisuus saada tarvittaessa seitsemänä päivänä viikossa vuorokauden ympäri. (Kotihoidon 2018.)

Hyvinkään kotihoidon painopiste on vanhusten hyvässä hoidossa. Myöntämisperusteet ovat lain määrittelemät eli fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen tai sosiaalisen toimintakyvyn merkittävä alentuminen niin, että asiakas tarvitsee apua sairaanhoidollisissa tai päivittäisissä toiminnoissa. Myös tilapäinen toimintakyvyn alentuminen on kotihoidon palveluiden myöntämisen peruste. Omaisiaan hoitavien henkilöiden sairastuminen tai lisäävän tarve huomioidaan myös myöntämisperusteissa. (Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän ikääntyneiden kotihoidon myöntämisperusteet ja soveltamisohjeet 2018.)



Hyvinkään kotihoidon asiakkaista 143 luokitellaan mielenterveys- ja päihdehoitotyön erikoisosaamista tarvitseviksi. Näistä asiakkaista suurimman ryhmän muodostavat masennuksesta kärsivät. Seuraavaksi yleisimmät häiriöt ovat alkoholin liikakäyttö ja skitsofrenia. Huomattavan monella on myös unihäiriötä. Jonkin verran esiintyy lääkkeiden väärinkäyttöä, mutta tietojen mukaan ei suoranaista laittomien huumausaineiden käyttöä. (Lehtonen-Pulli 2019a.)

#### 4 Mielenterveys- ja päihdehäiriöt

Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee mielenterveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö tunnistaa oman potentiaalinsa, pystyy kestämaan normaalin stressin, pystyy työskentelemään tuloksettaasti ja pystyy osallistumaan oman yhteisönsä toimintaan ja olemaan osa tätä yhteisöä. Mielenterveyden positiivinen ulottuvuus on osa Maailman terveysjärjestön terveyden määritelmää. (Mental health: state of well-being 2014.)

Ikääntyneiden mielenterveyttä edistävinä tekijöinä pidetään hyviä perhesuhteita, elämän arvostamista ja muutosten hyväksymistä. Positiivinen asenne, suvaitsevaisuus ja oppimishalukkuus ovat myös mielenterveyden edistämisen näkökulmasta tärkeitä tekijöitä. Tärkeitä ikääntyneiden mielenterveyttä ylläpitäviä tekijöitä ovat vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa ja aktiivisuus eri muodoissa. (Ikääntyneiden mielenterveys 2014.)

Toimenpiteitä, jotka edistävät ikääntyneiden mielenterveyttä ovat esimerkiksi myönteisten ihmissuhteiden vahvistaminen, fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja terveellisten elämäntapojen edistäminen. Tärkeää on myös tukea mahdollisuudessa oppimiseen ja luovaan toimintaan. Mielenterveyden edistämisen näkökulmasta on tärkeää havaita mahdolliset mielenterveysongelmat jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Ikääntyneiden mielenterveys 2014.)

##### 4.1 Mielialahäiriöt

Mielialahäiriö voidaan määritellä häiriöksi, jossa keskeisenä oireena on mielialan pidempiaikainen muutos. Mielialaan liittyvän muutoksen aika vaihtelee muutamista viikoista jopa vuosiin. Mielialahäiriöt voidaan luokitella keston, oireiden ja vaikeusasteen mukaan. Mielialahäiriöihin kuuluvat masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Huttunen 2018.)

Keskeisiä oireita masennustiloille ovat masentunut mieliala, uupumus, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen, kohtuuton itsekritiikki ja päättämättömyyden, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys ja keskittymiskyvyttömyyden tunne. Masennustilojen oireisiin liittyvät myös toistuvat itsetuhoon tai kuolemaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoisuus. Oireina voivat olla myös muutokset ruokahalussa tai painossa ja unihäiriöt. Diagnosoinnin kannalta oleellista on, että oireita on päivittäin kahden viikon ajan ja potilaalla on ainakin neljä edellä mainituista oireista. (Isometsä 2017,254-255.)

Masennustilat voidaan jakaa lievään, keskivaikeaan, vaikea-asteiseen ja psykoottiseen masennustilaan oireiden vaikeusasteen perusteella. Masennustilaan sairastuneella ihmisellä on alttius sairastua masennukseen uudelleen. Vakavammasta masennustilasta kärsineellä on 50 % riski sairastua uudelleen. Uudelleen sairastumisen riskiä voidaan vähentää oikeanlaisella hoidolla. Kohonnut itsemurhariski liittyy masennustiloihin. Masennustiloista kärsivistä viisi prosenttia päätyy itsemurhaan arvioiden mukaan. (Huttunen 2018.)

Masennusta hoidetaan lääkehoidolla. Masennuksen hoidossa käytettävät lääkkeet voidaan jakaa eri ryhmiin. Yleisimpiä masennuksen hoidossa käytettäviä lääkkeitä ovat trisykliset masennuslääkkeet, SSRI-lääkkeet ja SNRI-lääkkeet. (Huttunen 2017.) Lääkehoidon tavoitteena vähentää sairastuneen erilaisia mielialaoireita ja vähentää mahdollista ahdistuneisuutta. Sen tavoitteena on myös ehkäistä oireiden uusiutumista. (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2017, 852.) Lääkehoidon lisäksi masennuksen hoidossa keskeisiä hoitomuotoja voivat olla myös psykoterapiat. Lääkehoidon ja psykoterapian yhdistäminen on tärkeää, kun kyse on vaikeammasta masennustilasta. Hoidossa on otettava huomioon myös asiakkaan elämäntilanne ja tarvittaessa tarjotaan psykososiaalista tukea. Tärkeää on selvittää masennusta laukaisevia tekijöitä ja kuormittavia tekijöitä. (Depressio 2016.)

Vaikeassa tai psykoottistasoisessa masennuksessa voidaan käyttää hoitomuotona myös ECT- eli sähköhoitoa. Sitä käytetään, jos lääkehoidosta ei ole ollut apua tai esimerkiksi itsemurhavaaran takia tarvitaan nopeasti tehoavaa hoitoa. Sähköhoitoa voidaan käyttää myös ylläpitohoitona. (Depressio 2016.) Liikunnan on todettu lievittävän masennuksen oireita. Aerobisella liikunnalla on mielialaa kohottava vaikutus. Tutkimuksen mukaan vähäisellä liikunnalla on yhteys masennusoireisiin. (Liikunta ja depressio 2007.)

Kaksisuuntaisella mielialahäiriöllä tarkoitetaan pitkäkestoista mielenterveydenhäiriötä, johon liittyy erilaisia sairausjaksoja. Sairausjaksot voivat olla mania-, hypomania-, masennus- tai sekamuotoisia sairausjaksoja. Se on yleensä uusiutuva ja krooninen sairaus. Kaksisuuntaisen mielialahäiriön yleisyydestä ei ole tarkkaa tietoa. Esiintyvyydessä sukupuolten välillä ei ole myöskään eroa. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013.) Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan esiintyvyyttä on 0,24 % (Terveys ja toimintakyky Suomessa 2002). Yleisesti kaksisuuntaisen mielialahäiriön ensimmäinen sairausjakso on 15–30-vuotiaana, mutta se voi myös esiintyä lapsuudesta keski-ikäen. Kaksisuuntainen mielialahäiriö voidaan jakaa kahteen tyyppiin. 1. tyypin häiriöön liittyy ainakin yksi maniajakso, kun taas 2. tyypin häiriössä potilaalla on hypomaniajakso tai -jaksoja ja ainakin yksi masennusjakso. (Huttunen, Socada 2017, 172.)

Manialla eli maanisella jaksolla tarkoitetaan yhtäjaksoisesti joko kohonnuttua tai ärtynyttä mielialaa vähintään viikon ajan. Tyypillisiä piirteitä maanisella jaksolla ovat kohonnut mieliala, unentarpeen vähentyminen, lennokkaat ajatukset, lisääntynyt puheentuotto, itsetunnon kohoaminen, levottomuus ja harkitsemattomat teot. (Lönnqvist 2017, 71.) Maaniseen jaksoon

saattaa liittyä myös seksuaalinen halukkuus ja vastuuton käytös, jonka riskejä potilas ei tunnista. (Kaksisuuntainen mielialahäiriö 2013.)

Masennustilat ovat kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä oireiltaan samanlaisia kuin tavallisissakin masennustiloissa. Erona kuitenkin tavallisiin masennustiloihin on, että kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä ne ovat yleensä kestoiltaan lyhempiä ja niihin liittyy useammin psykoottisia oireita. Ne ovat yleensä pidempiä kestoiltaan kuin mania- ja hypomaniavaiheet. (Huttunen 2018.)

Tärkeää kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidon näkökulmasta on, että sairastunut hyväksyy alttiuden sairastua toistuviin masennus- ja maniajaksoihin. Oikeanlainen lääkitys on kuitenkin keskeisessä roolissa näiden sairasjaksojen vähentämisessä tai estämisessä. (Huttunen 2018.) Kaksisuuntaista mielialahäiriötä hoidetaan lääkehoidolla. Lääkeryhmiä, joita sairauden hoidossa käytetään ovat mielialantasaajat. Litium on esimerkiksi tehokas lääke mania- ja hypomaniavaiheiden hoidon näkökulmasta. Keskeinen lääke ryhmä kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa ovat myös psykoosilääkkeet. (Partonen, Lönnqvist & Syvälahti 2017, 856-857.)

Ikääntyneillä ihmisillä tavallisin mielialahäiriö on masennus. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan ikääntyneistä 65–74-vuotiaista naisista neljä ja puoli prosenttia ja miehistä 0,6 % sairastaa masennusta. Yli 75-vuotiaista naista 1,3 % ja miehistä 0,7 % on sairastanut masennusjakson 12 kuukauden aikana. (Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011, 2012.) Masennuksen taustalla ikääntyneillä ihmisillä on somaattiseen terveydentilaan liittyvät tekijät ja masennus saattaa liittyä esimerkiksi sydäninfarktin tai aivohalvauksen jälkitilaan tai Parkinsonin tautiin. Masennus voi liittyä myös muistisairauden alkuvaiheeseen. Ikääntyneillä masennuksen oireet eroavat nuorempien ihmisten masennuksen oireista. Tyypillisesti ikääntyneiden masennukseen liittyy vaikeita kognitiivisia häiriöitä. Ikääntyneiden masennuksista kroonistuu noin kymmenen prosenttia. Lääkehoito iäkkäiden masennuksen hoidossa on periaatteiltaan sama kuin nuorempien potilaiden masennuksen hoidossa. Sähköhoidon on todettu olevan iäkkäiden vaikeissa masennustiloissa tehokas hoitomuoto. (Koponen & Leinonen 2017, 693-697.)

## 4.2 Psykoosisairaudet

Psykoosit ovat vakavia mielenterveydenhäiriöitä, joiden yleisyys on kolmesta neljään prosenttiin väestöstä. Psykoosin puhkeamiseen ja alttiuteen sairastua psykoosiin liittyy perimän lisäksi biologiset ja sosiaaliset riskitekijät ja lapsuus- ja nuoruusiän kielteiset sosiaaliset kokemukset. (Hietala, Heinimaa & Suvisaari 2015.) Psykoosin puhkeamiseen voivat vaikuttaa myös somaattiset sairaudet ja päihteiden käyttö. Oireita, joita voi liittyä psykooseihin voivat olla kognitiivisten toimintojen oireet. Tällaisia oireita ovat esimerkiksi vaikeus keskittyä, ongelmat tarkkaavaisuudessa tai muistivaikeudet. (Moilanen 2013.) Psykoottisiin häiriöihin liittyy toimintakyvyn aleneminen ja todellisuudentajun heikkeneminen. Psykoosin oireet voidaan

jakaa positiivisiin ja negatiivisiin oireisiin. Positiivisia oireita ovat harhaluulot, aistiharhat, ajattelun ja puheen hajanaisuus. Negatiivisia oireita ovat tunne-elämän latistuminen, aloitekyvyn heikkeneminen ja puheen köyhtyminen. (Skitsofrenia 2015.)

Skitsofrenia on vakava mielenterveyshäiriö, johon yleensä sairastutaan nuorella aikuisiällä. Skitsofreniaa sairastaa suomalaisista 0,5–1,5 %. Sairaalahoidon piirissä on kuusi prosenttia sairastuneista ja vuosittain 13 % sairastuneista tarvitsee sairaalahoitoa. Sairaus puhkeaa tavallisesti aikaisemmin miehillä kuin naisilla. (Skitsofrenia 2015.)

Skitsofrenian hoito on pitkäaikainen prosessi. Sairaus on usein elinikäinen. Hoidon tavoitteena on parantaa psykososiaalista toimintakykyä, lievittää oireita ja estää uusia psykoosijaksoja. Hoidon näkökulmasta tärkeää on myös auttaa ja tukea sairastunutta ja hänen läheisiään sopeutumaan sairauteen. Tavoitteet ja menetelmät hoidolle ovat yksilöllisiä riippuen sairauden vaikeusasteesta ja tilasta. Lääkehoito on keskeistä ja tärkeää skitsofrenian hoidossa. Lääkehoidossa käytetään antipsykootteja ja riittävään vaikutukseen käytettävät määrät vaihtelevat yksilöllisesti. (Suvisaari, Isohanhi, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 170,178.)

Psykoedukaatiolla tarkoitetaan koulutuksellista terapiaa, jonka avulla sairastunut ja hänen läheisensä oppivat tuntemaan sairautta paremmin ja selviytymään arjessa paremmin. Siihen voi kuulua esimerkiksi ryhmässä toteutettavia oireen hallintakursseja. (Psykoedukaatio 2018.) Psykoedukaation on myös todettu olevan yksi tehokkaimmista psykososiaalisista hoitomuodoista psykoosien hoidossa. Sen vaikuttavuutta voidaan parantaa vielä yhdistämällä siihen perhetyö. On todettu, että psykoedukaation avulla voidaan lisätä potilaan lääkemyöntyvyyttä ja vähentää sairauden akuuttivaiheiden uusiutumista. (Suvisaari, Isohanhi, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017,193.)

Skitsofrenian pitkäaikaishoidon näkökulmasta on tärkeää ehkäistä uusia sairausjaksoja. Asiakkaiden tukeminen sosiaaliin suhteisiin, mielekkääseen arkeen ja päiväohjelmaan ovat myös tärkeitä asioita pitkäaikaishoidossa. Tärkeää on myös tukea asiakkaita osaksi yhteiskuntaa. Hoidon suunnittelussa on tärkeää huomioida asiakkaan yksilöllinen elämäntilanne. Jokaisen asiakkaan kohdalla psykososiaaliset kuntoutusmuodot määräytyvät elämän- ja perhetilanteen mukaan. Psykososiaalisia hoitomuotoja voivat olla esimerkiksi erilaiset terapiat, päivätoiminta, asumiskuntoutus, ammatillinen kuntoutus ja perheinterventiot. Skitsofreniaa sairastavan asiakkaan hoidossa on myös tärkeää huomioida elämäntapaohjauksen tarve. Elämäntapaohjauksen tavoitteena on ehkäistä sydän- ja verisuonisairauksia, auttaa tupakasta vieroittumisessa ja tukea painonhallinnassa. (Skitsofrenia 2015.)

Ikääntyneiden keskuudessa skitsofrenian esiintyvyys on tutkimusten mukaan keskimäärin yksi prosentti. Tavallisesti skitsofreniaan sairastutaan nuoruusiässä, mutta myöhään eli 45 ja 64 ikävuoden välillä alkavan skitsofrenian esiintyvyys on 0,6 %. Myöhään alkava skitsofrenia on yleisempää naisilla kuin miehillä. Masennus ja erilaiset ahdistusoireet ovat ikääntyneiden

skitsofreniapotilaiden elämänlaatua heikentävät seikat. Myöhään alkavassa skitsofreniassa korostuvat positiiviset oireet. Siihen liittyy vähemmän kognitiivisia häiriöitä, kuin nuorella iällä alkaneessa skitsofreniassa. Hoitomuodoiltaan ja vaativuudeltaan skitsofrenia on sama niin ikääntyneillä kuin nuoremmillakin. Erona on kuitenkin, että ikääntyneille skitsofreniaa sairastaville ensisijaisia lääkkeitä ovat uudet psykoosiläkkeet ja lääkeannokset ovat pienempiä. Ikääntyneen psykoottisen potilaan kohdalla on tärkeää myös kertoa lähiomaisille asiasta ja antaa myös heille tukea. Ikääntyneiden psykoosioireiden erotusdiagnostiikassa on otettava huomioon myös esimerkiksi muistisairauden, jonkin elimellisen sairauden tai deliriumin mahdollisuus. Erityisesti ikääntyneiden kohdalla myös harhaluuloisuushäiriön ja skitsofrenian erottaminen saattaa olla haastavaa. (Koponen & Leinonen 2017, 698-700.)

Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofreniaa harvinaisempi. Ennusteeltaan se on kuitenkin skitsofreniaa parempi sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta. (Huttunen 2018.) Ennusteeseen huonontavasti vaikuttavia tekijöitä ovat perinnöllisyys, varhainen alkamisaika, korostuneet psykoottiset oireet, häiriöjakson pitkittyminen ja alhainen toimintakyky ennen sairausjaksoa. Naisilla häiriö on yleisempi kuin miehillä. Skitsoaffektiivisessä häiriössä on samanaikaisesti psykoottisia oireita, jotka ovat skitsofrenialle ominaisia ja vakavia masennus- tai maniajaksoja. Skitsoaffektiivisessä häiriössä aisti- tai kuuloharjoja tulee esiintyä vähintään kahden viikon ajan ilman samanaikaisia, vakavia mielialaoireita. (Suvisaari, Isonhanhi, Kiesepä, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 211-212.) Skitsoaffektiivista häiriötä hoidetaan lääkehoidolla. Lääkeaineryhmiä, joita hoidossa käytetään ovat psykoosiläkkeet, mielialan tasaajat ja masennuslääkkeet. (Huttunen 2018.)

Harhaluuloisuushäiriöllä tarkoitetaan häiriötä, missä potilaalla on ollut vähintään kuukauden ajan erilaisia harhaluuloja. Erona skitsofreniaan harhaluulot eivät kuitenkaan ole eriskummallisia tai outoja. Harhaluuloisuushäiriössä myöskään toimintakyky ei ole välttämättä merkittävästi alentunut eikä käytös ole välttämättä eriskummallista tai poikkeavaa. Häiriö alkaa tavallisesti keski-ikässä tai sitä myöhemmin. Harhaluuloisuushäiriön taustalla voi olla jokin diagno-soimaton somaattinen sairaus, esimerkiksi neurologinen sairaus. (Huttunen 2018.)

Harhaluuloisuushäiriöiden yleisyys on ikääntyneillä 0,5–0,9 %. Harhaluuloisuushäiriön puhkeamista edistäviä tekijöitä ovat persoonallisuuden poikkeavuudet ja erilaiset sosiaaliset tekijät kuten yksinäisyys, eristäytyneisyys ja erilaiset ajankohtaiset kuormitustekijät. Erilaisia altistavia tekijöitä harhaluuloisuushäiriölle ovat myös erilaiset aisteihin liittyvät vajeet, kuten esimerkiksi huonokuuloisuus ja erilaiset psykiatriset häiriöt. (Koponen & Leinonen 2017, 699.)

Harhaluuloisuushäiriö voidaan luokitella erilaisiin tyyppeihin oireiden perusteella. Näitä ovat vainoharhainen harhaluuloisuus, mustasukkaisuusharhainen harhaluuloisuus, somaattisharhainen harhaluuloisuus, suuruusharhainen harhaluuloisuus ja indusoitunut harhaluuloisuus. Harhaluuloisuushäiriö on kestoltaan yleensä pitkä. Hoitona harhaluuloisuushäiriöön voi olla

lääkehoito. Lääkehoidossa voidaan käyttää masennus- tai psykoosilääkkeitä. Harhaluuloisuus häiriötä voidaan hoitaa myös erilaisten psykoterapioiden avulla. Siihen voidaan käyttää esimerkiksi kognitiivista psykoterapiaa. (Huttunen 2018.)

Lyhytkestoinen psykoosi tarkoittaa, että henkilöllä ilmenee psykoosioireita vähintään vuorokauden ajan, mutta kuitenkin alle kuukauden ajan. Psykoosioireita voivat olla hajanaisuus ajattelussa ja puheessa, erilaiset harhaluulot ja aistiharhat. (Huttunen 2018.) Sairastuneella henkilöllä voi myös esiintyä voimakasta ahdistusta ja mieliala voi vaihdella voimakkaasti. Myös sekavuutta saattaa esiintyä. (Suvisaari, Isohanhi, Kiesepää, Koponen, Hietala & Lönnqvist 2017, 217.)

Lyhytkestoista psykoosia laukaisevia tekijöitä saattavat olla voimakas stressi tai traumaattinen tapahtuma. Myös huumeiden käyttö ja niiden käytön lopettamisesta johtuva vierotusoireyhtymä saattavat aiheuttaa psykoottisen tilan. (Huttunen 2018.) Erityisesti nuorilla ihmisillä huumeiden käyttö ovat tavallisin syy päihdepsykooseille. Päihdepsykoosin oireet eroavat jonkin verran käytetystä aineesta riippuen. Kannabispsykoosissa tyypillisiä oireita ovat ärtyneisyys ja näköharhat, kun taas amfetamiinpsykoosissa oireita ovat esimerkiksi vaikutuselämykset, voimakkaat harhaluulot ja näkö- ja kuuloharhat. Vanhemmilla ihmisillä alkoholi on tavallisin syy päihdepsykoosille. Tavallisia oireita alkoholipsykoosissa ovat harhaluulot ja aistiharhat ilman sekavuustilaa. (Moilanen 2013.)

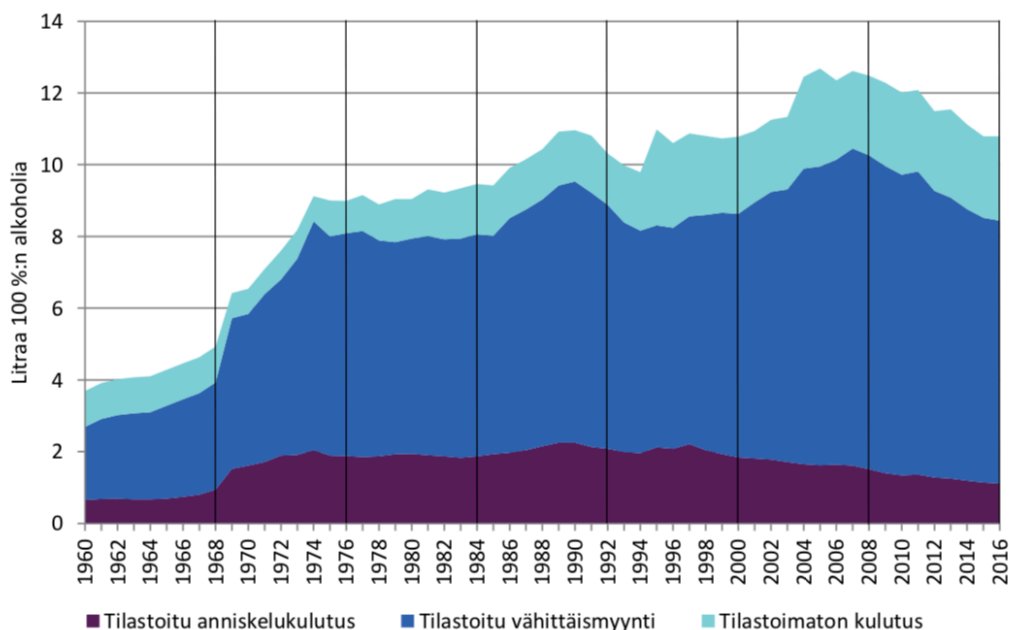
Hoitona lyhytkestoiseen psykoosiin käytetään lääkehoitoa. Tavallisimpia lääkkeitä ovat psykoosilääkkeet ja tarvittaessa bentsodiatsepiinit unettomuuden ja ahdistuneisuuden lievittämiseen. Lyhyt sairaalahoito saattaa olla myös joskus akuuttivaiheessa tarpeen. (Lönnqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 217.) Lääkehoidon lisäksi sairastuneelle henkilölle on tärkeää turvallisuuden tunne ja ymmärrys. Mikäli lyhytkestoinen psykoosi johtuu traumaattisesta tapahtumasta, on tapahtuman käsitteleminen ja läpikäyminen tärkeää. (Huttunen 2018.)

### 4.3 Päihdehäiriöt

Päihdehuoltolain (41/1986) 2§ mukaan päihteellä tarkoitetaan alkoholijuomaa tai muuta päihetymystarkoituksessa käytettyä ainetta. Huumausaineeksi taas määritellään huumausainelain (373/2008) 3§:ssä YK:n huumausaineyleissopimuksessa ja psykotrooppisia aineita koskevassa sopimuksessa listattuja aineita. Lisäksi huumausaineiksi tässä pykälässä määritellään tietyt sienet, kasvit ja YK:n uusien psykoaktiivisia aineita koskevien päätösten mukaiset aineet. Myös päihtymystarkoituksessa käytetyt lääkkeet luokitellaan huumausaineiksi. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 62.)

Alkoholi on yleisin Suomessa laajalti käytetty päihde (Partanen ym. 2015, 89). Sen käyttö Suomessa on lisääntynyt runsaasti viimeisen vuosisadan aikana. Lähes päivittäinen alkoholin

juominen on edelleen harvinaista Suomessa. Kuitenkin alkoholin juominen useampana päivänä viikossa on yleistynyt. Erityisesti juomistiheyden kasvua on havaittu 50–70-vuotiaiden keskuudessa. (Partanen ym. 2015, 89-90.) Vuodesta 2008 alkoholin kokonaiskulutus on Suomessa vähentynyt niin miesten kuin naistenkin keskuudessa. Kuitenkin kuten kuviosta 1 nähdään, kulutus on edelleen huomattavasti korkeammalla tasolla kuin vuonna 1968 jolloin alkoholinkulutus lähti jyrkkään nousuun. (Härkönen, Savonen, Virtala & Mäkelä 2017, 12.)



Kuvio 1: Tilastoitu alkoholin kulutus Suomessa (Härkönen, Savonen, Virtala & Mäkelä 2017, 12).

Alkoholin kulutus ei jakaudu tasaisesti väestössä. Eniten käyttävän kymmenen prosentin on arvioitu vuonna 2008 juovan puolet Suomessa käytettävästä alkoholista. (Östenberg, Mäkelä & Seppä 2013; Partanen ym. 2015, 89.) Miesten ja naisten välinen ero alkoholinkulutuksessa on kaventunut erityisesti yhdestä neljään alkoholiannosta kerralla käyttävässä ryhmässä. Tässä ryhmässä miesten ja naisten vuositasolla tarkasteltujen käyttökertojen ero ei ole suuri. Kun kerralla käytettävä määrä kasvaa viidestä seitsemään annokseen, on miesten osuus jo kaksinkertainen naisiin verrattuna. Yli kahdeksan annosta kerrallaan käyttävässä ryhmässä miesten osuus on jo kolminkertainen naisten osuuteen verrattuna. Myös ikäryhmien juomiskäyttäytymisessä on tapahtunut muutoksia. Naisissa 30–69-vuotiaiden ryhmässä yhdestä neljään kerta-annoksen juominen on yleistynyt. Nuorilla eli 15–29-vuotiailla yli viiden kerta-annoksen käyttökerrat ovat lisääntyneet. (Partanen ym. 2015, 89-90.)

Alkoholin käyttötottumusten lisäksi alkoholin riskirajat vaihtelevat sukupuolen ja iän mukaan. Työkäisillä riskit luokitellaan kolmeen eri ryhmään: vähäisen riskin taso, kohtalaisen riskin taso ja korkean riskin taso. Yli 65-vuotiaille on esitetty vain yksi riskiraja. Taulukossa 1 on

esitetty alkoholin riskirajat. (Seppä 2015.)

	Matala riski	Kohtalainen riski	Korkea riski
Työikäiset naiset	0–1 annosta / päivä	7 annosta / viikko	12 annosta / viikko
Työikäiset miehet	0–2 annosta / päivä	14 annosta / viikko	23 annosta / viikko
Yli 65 vuotiaat	0–2 annosta / päivä tai 7 annosta /viikko		

Taulukko 1: Alkoholin käytön riskirajat (Seppä 2015).

Varsinaisesta alkoholin riskikäytöstä puhutaan, kun ylitetään suurkulutuksen rajat. Suurkulutukset rajat näkyvät taulukossa 2. Alkoholin haitallisella käytöllä tarkoitetaan tilannetta, jossa alkoholin käytöstä aiheutuu selkeitä fyysisiä tai psyykkisiä haittoja mutta kyse ei vielä ole alkoholiriippuvuudesta. Alkoholiriippuvuuteen liittyy juomisen pakonomaisuus, vaikeus hallita juomista ja juomisen jatkaminen haitoista huolimatta. Alkoholiriippuvuus on ICD-10 -tautiluokituksessa määritelty sairaus. (Partanen ym. 2015, 91.)

	Kulutus kerralla	Kulutus viikossa
Työikäiset naiset	5 annosta	16 annosta
Työikäiset miehet	7 annosta	24 annosta

Taulukko 2: Alkoholin suurkulutuksen rajat (Partanen ym. 2015, 91).

Alkoholin käyttö altistaa erilaisille somaattisille sairauksille. Alkoholin käyttö suurentaa riskiä sairastua maksasairauksiin, haimasairauksiin, infektiosairauksiin, keskushermoston verenkiertohäiriöihin ja muihin keskushermoston vaurioihin. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partanen 2017.) Keskivaikeat ja vaikeat alkoholin vieroitusoireet vaativat valvotun hoitoympäristön asiakkaan psyykkisen ja fyysisen voinnin, lääkeshoidon, perussairauksien ja tilan tarkkailun vuoksi (Partanen ym. 2015, 307).

Huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäyttö voidaan jakaa ajoittaiseen ja säännölliseen käyttöön. Käyttöä voidaan myös tarkastella ongelmakäytön ja riippuvuuden näkökulmista. Näiden raja on liukuva. (Partanen ym. 2015, 94.) Useimmat päihdehoitoon huumeiden ongelmakäytön takia hakeutuvista käyttävät ensisijaisena ongelmapäihteenään opioideja. Heidän osuutensa kaikista päihdehoitoon hakeutuneista huumeiden käyttäjistä 75 prosenttia. Reilulla puolella



päihdehoitoon huumeiden käytön vuoksi hakeutuvista on kannabiksen ja stimulanttien ongelmakäyttöä ja vähän alle puolella rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin ongelmakäyttöä. (Forssell 2014, Partanen ym. 2015, 94 mukaan.) Huumeiden ja alkoholin käytön lisäksi on erilaisia sekakäytön muotoja. Sekakäytöllä tarkoitetaan erilaisten kemiallisten aineiden käyttöä yhtä aikaa niin, että siitä syntyy päihdyttävä vaikutus. Monipäihdekäyttö on usein synonyymi sekakäytölle. Toisaalta sillä voidaan tarkoittaa erilaisten päihteiden jaksoittain tai tilannekohtaisesti vaihtelevaa käyttöä. Monipäihderiippuvuudella taas tarkoitetaan useamman päihteen yhtäaikaista tai kausittaista käyttöä. (Partanen ym. 2015, 95.)

Usein ajatellaan huumeiden olevan nuoren väestönosan ongelma. Kuitenkaan huumeiden käytöllä ei ole ikärajaa ja väestön ikääntyminen näkyy myös ikääntyvien huumeiden käyttäjien määrässä. (Koechl, Unger & Fischer 2012, 540; Beynon 2008, 8.) Ennusteiden mukaan yli 65-vuotiaiden huumeiden käyttäjien määrä Euroopassa yli kaksinkertaistuu vuodesta 2001 vuoteen 2020 mennessä. Ikääntyvien ihmisten huumeiden käyttö on laajalti tunnistamatonta toisin kuin saman ikäryhmän alkoholin käyttö. Tätä selittää osaltaan se, että huumeiden käyttäjät jatkavat käyttöä myös ikääntyessään. Huumeiden käyttäjien ikääntyminen tuo monenlaisia haasteita ihmisen biologisten prosessien muuttuessa ikääntymisen myötä ja samalla huumeiden ongelmakäytön vaikutusta ikääntymisen aiheuttamiin muutoksiin ei tunneta. (Beynon 2008, 8-9.) Yli 65-vuotiaiden huumeidenkäyttö kuitenkin liitetään moniin terveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin ja eristäytyneisyyteen. Usein huumeriippuvuuden aiheuttamat ongelmat voidaan sekoittaa dementian tai masennuksen aiheuttamiin oireisiin. On tärkeää huomata, että huumeiden käyttäjillä tulee olla samat oikeudet kuin muilla väestön eri ryhmillä. Ikääntyneiden yleisesti heikentynyt kyky hakea apua ongelmiinsa ja laittomien päihteiden käyttäjien kokemaa häpeää ongelmastaan voi estää avun omatoimisen hakemisen. (Koechl, Unger & Fischer 2012, 540, 543.)

Ikääntyneillä päihdehäiriöistä tavallisin on alkoholin ongelmakäyttö. Syitä ikääntyneiden alkoholin ongelmakäytölle voivat olla jo nuorena alkanut alkoholiriippuvuus tai se voi liittyä mentyksiin esimerkiksi leskeytymiseen. Haitat nuorempiin ihmisiin verrattuna ovat korostuneita, koska ikääntyneet ovat tavallisesti kooltaan pienempiä ja elintoiminnot ovat heikentyneitä. Elintoimintojen heikentymisellä on myös yhteys alkoholin päihdyttävään vaikutukseen. Ikääntyneen päihteiden käyttö lisää myös päivittäisen toimintakyvyn heikkenemistä ja kaatuiltaipumusta. Hoidon näkökulmasta tärkeää ikääntyneiden alkoholiriippuvuuden hoidossa on kokonaisterveyden tilan selvitys. Ikääntyneiden alkoholiriippuvuutta hoidetaan alkuvaiheessa ravitsemustilan ja nestetasapainon korjaamisella, muiden sairauksien hoidolla ja tarvittaessa diatsepaamikyllästyshoidolla. Kuntouttamisen kannalta merkityksellistä on sosiaalisen verkoston aktivoiminen. (Koponen & Leinonen 2017, 702-703.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmat esiintyvät usein yhdessä. Päihteidenkäyttö voi laukaista mielenterveysongelmia ja toisaalta mielenterveysongelmien oireita voidaan yrittää lievittää

käyttämällä pähteitä. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden pitkäaikainen hoito on integroitua. Hoidon integroinnin voi tehdä asiakas itse tai hoitava organisaatio. Häiriöiden hoito erillään voi olla asiakkaalle sitä vaikeampaa mitä vaikeammista häiriöistä on kyse. (Partanen ym. 2015, 345, 347, 353.)

Päihdehäiriöiden hoidossa on tärkeää selvittää asiakkaan päihteidenkäyttötottumukset. Onnistunut päihdeneuvonta perustuu hoitajan käsitykseen asiakkaan nykyisestä päihteidenkäytöstä, päihdehistoriasta ja päihteidenkäytön hänelle aiheuttamista riskeistä. Mini-interventio on päihdehoitotyön tunnetuin menetelmä. Siinä pyritään tunnistamaan päihteiden riskikulutus ja antamaan tietoa sekä haitoista että motivoida käytön vähentämiseen tai lopettamiseen. On tärkeää tunnistaa asiakkaan valmius muutokseen ja tukea sitä. Päihteistä johtuvia tapaturmia voidaan ehkäistä parhaiten suuntaamalla ehkäisevää työtä erityisesti humalahakuiseen päihteidenkäyttöön. (Partanen ym. 2015, 240, 246, 250, 158-159.)

#### 4.4 Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vaikutus toimintakykyyn

Toimintakyky voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen, kognitiiviseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysistä kykyä selviytyä arjesta. Siihen luetaan liikkuminen ja erilaiset aistitoiminnot. Psyykinen toimintakyky puolestaan tarkoittaa voimavaroja, joiden avulla ihminen pystyy selviytymään haasteista ja erilaisista kriiseistä arjessa. Kognitiivinen toimintakyky pitää sisällään tiedonkäsittelyyn liittyviä osa-alueita. Siihen kuuluu esimerkiksi muisti, toiminnanohjaus, hahmottaminen, tarkkaavaisuus ja orientaatio. Sosiaaliseen ulottuvuuteen kuuluvat ihmissuhteet ja osallisuus. (Toimintakyvyn ulottuvuudet 2019.)

Psykoosisairautta sairastavalla ihmisellä on muuta väestöä suurempi ennen aikaisen kuoleman riski. 20-vuotiaana skitsofreniaan sairastuneella on laskennallisesti 25 vuotta lyhyempi elinajan ennuste kuin muulla väestöllä. Erityisesti skitsofreniaa sairastavilla on todettu elämän laadun heikentymistä. Tähän suurin yksittäinen vaikuttaja on tutkimuksen mukaan masennusoireet. Masennuksen aktiivisella hoidolla voidaankin vaikuttaa psykoosisairauksia sairastavan elämänlaatua kohottavasti. Myös fyysiset sairaudet ja toimintakyvyn aleneminen ovat psykoosisairauksia sairastavalla yleisempää kuin muulla väestöllä. Osaa sairastuvuudesta voi selittää epäterveelliset elämäntavat. Tutkimuksen mukaan näyttää kuitenkin siltä, ettei psykoosisairautta sairastavan somaattiseen terveyteen kiinnitetä riittävästi huomiota. (Viertiö, Perälä, Saarni, Partti, Saarni, Suokas, Tuulio-Henriksson, Lönqvist & Suvisaari 2012.)

Masennustilat vaikuttavat lähes poikkeuksetta psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemiseen. Vaikutus on yhteydessä masennustilan voimakkuuteen ja oirekuvaan. Masennusta sairastavista työikäisistä kolmannes on jossain vaiheessa työelämää sairaslomalla masennuksen vuoksi. Masennustilat ovat Suomessa yleisin psykiatrinen työkyvyttömyyden syy ja yksi

tavallisimmista työkyvyttömyyden syistä. (Lönqvist, Henriksson, Marttunen & Partonen 2017, 279-280.)

Ihmisen kognitiivisen päättelykyvyn tunnusmerkkinä pidetään kykyä nähdä syy-seuraus-suhteita. Alkoholin-, huumeiden- ja monipäihdeongelmaisten kyky päätellä syy-seuraus-suhteita on huomattavasti alentunut päihteiden aivojen hermoverkkoa tuhoavan vaikutuksen takia. Päihin tilanne on monipäihdeongelmaisilla. Alkoholia pelkästään käyttävillä tilanne on päihteiden ongelmakäyttäjistä paras, mutta heidänkin päättelykykynsä on selvästi verrokkiryhmää alempi. Tämä vaikuttaa osaltaan erityisesti monipäihdeongelmaisten kykyyn ja haluun noudattaa sosiaalisia normeja. Myös mahdollisuus arvioida muiden ihmisten motiiveja heikentyy ja altistaa päihdeongelmaiset hyväksikäytölle. (Kornreich, Delle-Vigne, Campanella, Noël, Pappageorgiou, Brown, Verbanck & Ermer 2012, 665-670.)

Päihteidenkäyttö voimistaa vanhenemisen negatiivisia vaikutuksia toimintakykyyn. Ikääntyessä muistitoiminnot, motoriikka, tasapainoaisti ja aistitoiminnot heikkenevät. Päihteiden käyttö heikentää näitä toimintoja lisää. Lisäksi sairaudet ja lääkkeiden käyttö lisääntyvät ikääntymisen myötä ja tämä altistaa lääkkeiden ja alkoholin tahattomalle sekakäytölle. Ikääntyvillä alkoholin käyttö voi muuttaa eri lääkkeiden pitoisuuksia elimistössä, kun ikääntymisen myötä rasvan osuus kasvaa ja veden osuus vähenee elimistössä. Tämä näkyy eräiden lääkkeiden ja alkoholin jakautumistilavuuden pienenemisenä. Jakautumistilavuuden pienentyessä alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset voimistuvat. Ikääntyessä maksan ja munuaisten toiminta hidastuu mikä hidastaa useiden lääkkeiden poistumista elimistöstä. Yhteisvaikutusten lisäksi päihteidenkäyttö voi aiheuttaa lääkehoidon unohtumista tai keskeytymistä kokonaan. (Partanen ym. 2015, 284-285.)

## 5 Mielenterveys- ja päihdehoitotyön erityispiirteet

Mielenterveys- ja päihdehäiriöisten asiakkaiden kanssa työskennellessä on huomioitava häiriöiden asiakkaiden herättämät häpeän ja leimautumisen tunteet. Monesti asiakkaat ovat tottuneet peittelemään oireita, muuntelemaan totuutta ja heidän voi olla vaikea luottaa muihin ihmisiin. Näiden tunteiden ja luottamisen vaikeuden takana voi olla traumaattisia kokemuksia, syyllistämistä, hylätyksi tulemisen kokemuksia. Psykoottisuuteen ja laittomiin päihteisiin liittyvät piirteet voivat tehdä toisiin ihmisiin luottamisesta tai läheisten ihmissuhteiden ylläpitämisestä vaikeaa. (Holmberg 2016, 92.) Lemola havaitsi Pro gradu -tutkielmassaan (2008, 47) mielenterveyskuntoutujien kuvanneen kunnallisten kotipalveluiden olevan tärkeä kotiin tuotukimuoto. He kuvasivat myös kuntoutumisen päässeen alkuun ja edenneen juuri hyvän hoitosuhteen muodostuttua hoitajan kanssa.

### 5.1 Hoitosuhde mielenterveys- ja päihdetyössä

Asiakkaan kokemus hoitosuhteen auttavasta vaikutuksesta voi puuttua ja tuntemattomaan ihmiseen luottaminen olla vaikeaa. Hoitajan on oltava erityisen huolellinen luottamuksellisen

suhteen luomisessa ja ylläpitämisessä. (Holmberg 2016, 92.) Hoitajan kunnioittaessa päihteitä käyttävän asiakkaan ainutlaatuisuutta ihmisenä, on asiakkaan mahdollisuus olla oma itsensä. Tämä mahdollistaa luottamuksellisen hoitosuhteen muodostumisen. (Partanen ym. 2015, 164.) Luottamuksen syntymiseen vaikuttavat niin hoitajan kuin potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja kokemukset. Luottamuksen syntymiseen voivat vaikuttaa myös potilaan sairautteen liittyvät tekijät kuten epäluuloisuus. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 159.) Heti yhteistyösuhteen alussa puheeksi otetut hoidon puitteet, tiedonkulku, hoitosuhteen säännöt ja toimintatavat auttavat luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa. Hoitajan avoin ja rehellinen toiminta herättää luottamusta, jonka säilymisen edellytyksenä on vaitiolovelvollisuudesta, luvatuista asioista ja tehdyistä sopimuksista kiinni pitäminen. Jos luvatuista asioista ei pysty pitämään kiinni, on pystyttävä perustelemaan, miksi näin on käynyt. (Holmberg 2016, 92.)

Monet mielenterveyskuntoutujat kokevat tulevansa väärinymmärretyiksi. He kokevat myös itsensä haavoittuviksi, yksinäisiksi, eristetyiksi ja epävarmoiksi. (Lemola 2008, 48.) Empaattinen suhtautuminen asiakkaaseen edesauttaa asiakkaan kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kokemusta. Asiakkaan henkilökohtaisen kokemuksen ymmärtäminen on tärkeää hoitosuhteen toimivuuden kannalta. Empatia vaatii hoitajalta aitoa kiinnostusta ja asiakkaan kuuntelemista. (Holmberg 2016, 93.) Hoitaja voi empaattisella suhtautumisellaan edistää yhteistyötä potilaan kanssa. Empaattisesti suhtautuvan hoitajan tulee ammattitaitoisesti erottaa omat ajatukset hoidettavan ajatuksista ja näin edistää asiakkaan asian kuulemistä. Tämä ei tarkoita, että hoitaja ei voisi osoittaa inhimillisiä tunteitaan asiakasta kohtaan ammatillisesti. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 160.)

Dialogisen hoitosuhteen voi ajatella rakentuvan eri vaiheissa, jotka ovat ihmisarvo, ymmärrys potilaan tarpeista toiminnan organisoiminen perustana, potilas subjektina ja vastuullisena toimijana ja potilas kokemuksensa asiantuntijana tasavertaisena kumppanina hoidossa ja kuntoutuksessa. Asiakkaan oma osallistuminen on tärkeä riippumatta hänen kyvystään aktiiviseen osallisuuteen. Hoitajan on myös hyvä muistaa, että päihteiden käyttö voi olla osa asiakkaan toimintaympäristöä ja -kulttuuria. (Partanen ym. 2015, 164.) Hoitajan toiminta vaikuttaa aina asiakkaaseen. Näin hoitaja-asiakassuhde ei voi koskaan olla täysin tasavertainen. Onkin tärkeää, että hoitaja tietoisesti välttää liian holhoavan hoitosuhteen muodostumista. On myös muistettava, että asiakas voi sairaudestaan huolimatta asettaa itselleen tavoitteita ja vaikuttaa tulevaisuutensa suunnitteluun. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 157.)

Mielenterveyden- ja päihdehäiriöistä kärsivän asiakkaan selviytymisen ja elämänlaadun näkökulmasta toivolla on keskeinen merkitys. Luottamus ja voimavarojen vahvistaminen luovat toivoa hoitosuhteessa. Toivon ylläpitämisellä on merkitystä asiakkaan pelkojen vähenemiseen, uskoon toipumisen mahdollisuuksista ja parhaiden ratkaisujen löytymiseen. Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, omasta jaksamisesta huolehtiminen, mielenterveys- ja päihdetyön

osaaminen ja työryhmässä jaettu toivo auttavat asiakkaan toivon ylläpitämisessä. (Holmberg 2016, 96-97)

Mielenterveystyössä esiintyy runsaasti eettisiä ongelmia. Mielenterveyden ongelmat tekevät helposti ihmisestä haavoittuvaisen ja siksi eettinen pohdinta mielenterveystyössä on erittäin tärkeää. Mielenterveyshäiriöillä on vaikutuksia ihmisen ajatteluun ja kykyyn tehdä terveyttään koskevia päätöksiä. Ihmisen sairautentunnottomuus saattaa vääristää käsitystä omasta avuntarpeesta. Puutteet luottamuksellisessa hoitosuhteessa saattavat aiheuttaa myös eettisiä haasteita. Hoitovan henkilökunnan on tärkeää tiedostaa rajat hoitajan ja asiakkaan päätösvallassa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 264-265.)

## 5.2 Hoitosuhteen haasteet mielenterveys- ja päihdetyössä

Hoitajan eettinen toiminta edellyttää asiakkaan psyykkisten itsesuojelumekanismien tunnistamista. Mielenterveys- ja päihdeasiakkailla näiden puolustusmekanismien käyttö voi olla jäykkää ja kaavamaisista. Se voi johtua siitä, että asiakas kokee todellisuuden liian loukkaavana tai vaikeana ymmärtää. (Holmberg 2016, 100.) Samalla työntekijältä vaaditaan intensiivistä läsnäoloa ja kiinnostusta asiakkaan asioihin. Vuorovaikutustaidoilla on suuri merkitys ja ammattitaitoisesta kohtaamisesta jää asiakkaalle mielikuva kuulluksi ja tasavertaisesti kohdatuksi tulemisesta. (Sundell 2014, 54.)

Transferenssilla tarkoitetaan ilmiötä, jossa potilas siirtää tiedostamatta omia tunteitaan tai mielikuviaan hoitajaan. Tunteet ja mielikuvat voivat heijastua potilaan varhaisista ihmissuhteista. Hoitosuhteessa potilaan ja hoitajan välillä voi ilmetä sekä positiivisia, että negatiivisia transferenssitunteita. Positiivisia transferenssitunteita ovat esimerkiksi turvallisuuden tunne ja ihailu. Negatiivisia tunteita taas ovat esimerkiksi viha ja paha olo. Transferenssitunteet ovat hoitosuhteen tuloksellisuuden ja tiedon saannin näkökulmasta tärkeitä. (Holmberg 2016.) Transferenssi voi olla myös yksi vastarinnan muoto hoitosuhteessa. Asiakkaan historia ja muutospaineet ovat vastarinnan taustalla. Vastarintaa ilmenee hoitosuhteen kaikissa vaiheissa, sen voimakkuus ja ilmenemismuodot vain vaihtelevat. Asiakas voi ilmaista vastarintaa erilaisilla ilmeillä, eleillä, asennolla tai esimerkiksi välttelemällä tiettyjä puheenaiheita. Myös täysin hiljaa pysyminen ja keskustelusta kieltäytyminen on yksi vastarinnan muoto. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 168-169.)

Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä voivat hoitaja ja asiakas olla kaukana toisistaan niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti. Tällöin puhutaan hoitosuhteen distanssista. Hoitajan on myös tunnistettava distanssi, joka on hoitosuhteessa kullekin asiakkaalle tarpeellinen. Distanssin säätelyä voidaan käyttää ohjaamaan asiakkaan kasvu- ja kehitysprosesseja. Hoitaja voi osoittaa myös sanoin mikä on sopiva fyysinen etäisyys, jotta henkilökohtainen reviiiri säilyisi. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2013, 169.) Mielenterveys- ja päihdehoitotyön yksi tärkeä osa on asiakkaiden ja heidän läheistensä empaattisessa ja vastavuoroisessa

vuorovaikutuksessa kuunteleminen. Myötätunnon osoittaminen ja asiakkaan tilanteeseen eläytyminen koskettavat myös hoitajaa. Hoitajat altistuvat työssään jatkuvasti muiden elämässä olleiden traumaattisten tapahtumien aiheuttamille tunteille. Vaarana on myötätuntouupumus tai sijaistraumatisoituminen. Hoitaja joutuukin osana mielenterveys- ja päihdehoitotyötä käsittelemään asiakkaiden elämäntapahtumien aiheuttamia vaikutuksia itsessään. Tämä on haastava ja stressaava osa työtä. (Holmberg 2016, 205-206.)

Potentiaalisesti kiihtyneen tai aggressiivisen asiakkaan kohdalla tulee hoitajan mahdollisuuksiensa mukaan ennakoida tilanteiden eskaloitumista tarkkailemalla asiakasta mahdollisen uhan ennakkomerkkien varalta. Ystävällisen ja kohteliaan ensivaikutelman antaminen edesauttaa tilanteiden rauhoittamista. Myös sanattomaan viestintään tulee kiinnittää huomiota. Asiakkaan kiihtyessä tai käyttäytyessä aggressiivisesti pyritään hänelle luomaan vaikutelma siitä, että hänen tilanteeseensa ja tarpeisiinsa suhtaudutaan vakavasti. Kiihtynyttä asiakasta kuunnellaan ja tarvittaessa hänelle esitetään tarkentavia kysymyksiä. Kuitenkin asiakkaalle kerrotaan tilanteeseen liittyvät tosiasiat rauhallisesti hänen ymmärtämällään tavalla. Asiakkaan kannalta ei-toivotut tosiasiat pyritään ilmaisemaan hienovaraisesti. Asiakkaan on vaikea olla aggressiivinen ystävälliselle ja myötätuntoiselle hoitajalle. (Sundell 2014, 113-114.)

### 5.3 Aggressio, väkivalta ja niiden uhka mielenterveys- ja päihdehoitotyössä

Työturvallisuuslaki (2002/738) 8 § velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijöiden terveydestä ja turvallisuudesta työtä tehtäessä. Tämä sisältää niin työhön, työolosuhteisiin, työntekijän henkilökohtaisiin edellytyksiin kuin työympäristöön liittyvien tekijöiden huomioimisen. Työnantajan huolehtimisvastuuta rajaa työnantajan ennakoinnin ja vaikutusmahdollisuuksien ulkopuolella olevat epätavalliset ja ennalta arvaamattomat olosuhteet. Myös poikkeukselliset tapahtumat, joiden seurauksilta ei ole voitu välttyä kaikista varotoimista ja ennakoimisesta riippumatta. Työturvallisuuslaki määrittelee periaatteet, joiden mukaan työnantajan on suunniteltava, mitoitettava ja toteutettava työolosuhteiden parantamiseksi tarvittavat toimenpiteet. Näihin periaatteisiin kuuluvat vaara- ja haittatilanteiden synnyn estäminen, vaara- ja haittatilanteiden poistaminen tai korvaaminen vähemmän haitallisilla, yleisten työsuojelutoimenpiteiden toteuttaminen ennen yksilöllisiä toimenpiteitä ja tekniikan ja muiden käytävissä olevien toimenpiteiden kehittymisen huomioiminen. Lisäksi työturvallisuuslain 14§ velvoittaa työnantajan varmistamaan, että työntekijä on riittävän hyvin koulutettu ja tietoinen työhön liittyvistä haitta- ja vaaratekijöistä.

Tietyissä tapauksissa jo tieto työpaikkaväkivallan mahdollisuudesta voi aiheuttaa työntekijälle oireita. Työntekijät reagoivat eri tavoin uhkaaviin ja läheltä piti -tilanteisiin. Tilanteet voivat aiheuttaa tunneristiriitoja ominaisuuksista työntekijänä ja ihmisenä. Myös työtehtävän onnistumisen arviointi voi vaikeutua. Työturvallisuutensa puolesta pelkäävä hoitaja ei pysty työskentelemään tehokkaasti mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Hoitajan kokema ja käsittelemätön tunneristiriita voi pitkittyessään johtaa muun muassa uupumukseen, ylireagointiin,

tarpeettomaan itsesuojelun lisääntymiseen ja tarpeettomiin ristiriitoihin työpaikalla. (Holmberg 2016, 220-221.)

Työnantajan tulee varmistaa, että asiakastyötä tekeillä työntekijöillä on riittävästi tietoa työhönsä liittyvän väkivaltariskin hallinnasta. Heillä tulee myös olla riittävästi perustietoa uhkatilanteiden syntyyn liittyvistä tekijöistä, väkivaltariskeihin varautumiseen liittyvistä työturvallisuusasioista, työpaikan sisäisistä sovitusta toimintamalleista ja käytänteistä väkivaltariskien hallintaan liittyen. Työturvallisuuden huomioiminen uuden työntekijän perehdyttämisvaiheessa on tärkeää. On myös tärkeää antaa hänelle todenmukainen kuvan työhön liittyvistä riskeistä, jotta hän voi huomioida ne ja suhtautua niihin riittävän vakavasti. Riskien lisäksi uudelle työntekijälle tulee kertoa työpaikan käytännöistä riskien hallinnassa. (Sundell 2014, 29.)

Lähtökohtaisesti mielenterveyshäiriötä sairastava ihminen ei ole vaaraksi ympäristölleen. Väkivallan ilmenemiseen vaikuttavat niin hoidettavan kuin hoitajankin henkilökohtaiset yksilölliset tekijät. Tilanteeseen voivat vaikuttaa vuorovaikutus hoitajan ja hoidettavan kesken, tilanne, ympäristö ja hoidettavan ihmisen aiemmat kokemukset vastaavista tilanteista. Päihteiden käyttö voi lisätä väkivaltaista käytöstä tai mahdollisuutta joutua väkivallan uhriksi. Kuitenkaan ei voida ajatella, että päihtynyt ihminen on automaattisesti väkivaltainen. Päihteet laskevat riskinottokynnystä ja heikentävät ongelmanratkaisutaitoja. Myös impulssikontrolli heikkenee päihtyneenä. Henkilön impulsiivisuus, helposti hermostuva luonne ja aikaisempi väkivaltatausta niin tekijänä kuin kohteena voivat ennustaa väkivaltaista käytöstä päihtyneenä. (Holmberg 2016, 222-223.)

Työntekijä voi vuorovaikutustaidoillaan ja ammattitaidollaan ennaltaehkäistä uhkaavia tilanteita. Sosiaalinen tilannetaju yhdessä hyvien vuorovaikutustaitojen kanssa ovat tehokkaita keinoja uhkaavien tilanteiden ehkäisyssä. Jos tilanne pääsee kärjistymään, tarvitaan lisäksi tietoa ja osaamista uhkaavien tilanteiden rauhoittamisesta. Vuorovaikutus voidaan nähdä eräänlaisena neuvotteluna, jossa ei välttämättä tarvita sanoja vaan se voi tapahtua eleiden ja ilmeiden välityksellä. Asiakastyössä tärkeää on saada asiakkaalle mielikuva kuulluksi tulemisesta ja tarpeisiin vastaamisesta. (Sundell 2014, 55.)

## 6 Terveysthuoltoalan henkilöstön täydennyskoulutus

Terveysthuoltolaki (2010/1326) määrittelee 5 §:ssä kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän velvollisuudeksi huolehtia, että terveysthuoltohenkilöstö osallistuu riittävästi täydennyskoulutuksiin. Tähän henkilöstöön lasketaan myös ne terveysthuollon henkilöstöön kuuluvat, jotka työskentelevät kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käyttämissä yksityisissä terveysthuoltoalan yrityksissä. Varsinaisista sisällöistä ja koulutuksen kattavuuden seurannasta voidaan lain mukaan säätää sosiaali- ja terveystministeriön asetuksella.

Terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan laillistettua ammattihenkilöä, luvan saanutta ammattihenkilöä ja nimikesuojattua ammattihenkilöä (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559, 2 §). Laillistettuja ammattihenkilöitä ovat esimerkiksi sairaanhoitaja, terveydenhoitaja, fysioterapeutti ja toimintaterapeutti. Nimikesuojattuja ammattihenkilöitä ovat muun muassa lähihoitaja ja jalkaterapeutti. (Ammattioikeudet 2017.)

Sosiaali- ja terveysministeriön on laatinut oppaan terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksista ja määritellyt siinä täydennyskoulutuksen periaatteita ja antanut suosituksia koulutuksien toteuttamiseksi. Periaatteisiin kuuluu organisaation sitoutuminen koko henkilökunnan kehittämiseen. Myös hyvän hoidon ja palvelun varmistamisen, väestön terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisemisen ja terveystalouden tuottamisen ja turvaamisen asettaminen ensisijaiseksi tavoitteeksi täydennyskoulutuksissa kuuluvat suosituksen periaatteisiin. Koulutusten tulee olla tarvelähtöisiä ja suunnitelmallisia ja täydennyskoulutuksen tulee sisältää tarkoituksenmukainen koulutuksen arviointimenettely. Koulutusta tulee järjestää alueellisesti ja seudullisesti yhteistyössä hoitoketjuihin ja toiminnallisiin kokonaisuuksiin pohjautuen. Suunnittelu suositellaan tehtäväksi yhdessä osallistujien kanssa. (Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus 2004, 32-33.)

Täydennyskoulutuksen tavoitteena on ylläpitää ja kehittää ammattitaitoa. Jo ammatin suorittaneille tarjottava ammatillinen lisäkoulutus on täydennys-, jatko- ja uudelleen koulutusta. Ammatillinen täydennyskoulutus pitää työntekijän tiedot ja taidot ammattitehtävien vaatimalla tasolla. (Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus 2004, 20.) Kasvaminen hyväksi ammattitaitoiseksi osaajaksi vaatii opiskeltavien asioiden muuttumista omakohtaisiksi pelkän koulutuksen suorittamisen sijaan. Koulutuksen rakenteilla on pyrittävä rikkomaan kilpailullisen kulttuurin luomaa tapaa suorittaa opintoja. Tähän voidaan pyrkiä esimerkiksi sillä, ettei suorittamista palkita eikä siihen ohjata. (Laine 2009, 40.) Vastavuoroinen, toisia ymmärtämään pyrkivä oppimistapa vaatii vastaanottavaa asennetta ja osittaista omista ennakoista luopumista. Jotta aitoa keskustelua voi syntyä, tarvitaan mahdollisuus uskaltaa olla oma itsensä tilanteessa. Tämä vaatii myös virallisista rooleista luopumista, sillä vastavuoroinen suhde syntyy ihmisten, ei roolien välille. Oppimisen omakohtaistuminen vaatii kouluttajalta vastuun tarjoamisesta opiskelijalle, liiasta kontrollista luopumista ja suorittavasta oppimisesta pois ohjaamista. (Laine 2009, 59-62.)

## 7 Koulutusmallin toteutus

Opinnäytetyön varsinaiseen toiminnalliseen osuuteen tuli toive toimeksiantajan puolelta. Henkilökunnalta pyydettiin toiveita koulutuksen sisällöstä. Toiveita tuli vain yhdeltä henkilöltä, mutta niiden perusteella pystyttiin räätälöimään koulutus juuri kotihoidon tarpeisiin. Suunnittelussa huomioitiin myös aiemmin kotihoidon työntekijöiden kanssa käyty keskustelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen liittyvistä haasteista.



## 7.1 Ideointi-, suunnittelu- ja tiedonkeruuvaihe

Ideointiprosessi alkaa, kun kehittämistarve on selvinnyt. Prosessin aikana on tarkoitus löytää ratkaisukeino kehittämistarpeeseen. (Jämsä & Manninen 2000, 35.) Jurkkala toteaa Pro Gradu -tutkielmassaan (2010, 15.) että tulisi ehkä hyväksyä tosiasia, ettei koulutuksella saada valmiita asiantuntijoita vaan koulutuksella voidaan antaa eväät asiantuntijuudessa kasvamiseen. Lehtonen-Pullin (2019b) mukaan Hyvinkään kotihoidolla on erityinen tarve koulutukseen, jossa keskitytään mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan kohtaamiseen ja esitellään yleisimmät mielenterveys- ja päihdehäiriöt, niiden oireet ja hoito.

Luonnosteluvaiheessa on tärkeää huomioida, mitkä kaikki tekijät vaikuttavat suunnitteluun ja sisältöön. Tämä vaihe käynnistyy, kun on päätetty mitä aiotaan suunnitella ja tuottaa. Luonnosteluvaihetta seuraa kehittälyvaihe. Kehittälyvaiheessa huomioidaan valitut periaatteet, ratkaisuvaihtoehdot, yhteistyötahot, rajaukset ja periaatteet. (Jämsä & Manninen 2000,43,54.) Koulutuksen rakentamisessa pyrittiin toteuttamaan mahdollisimman hyvin toimeksiantajan ilmaisemat koulutuksen sisällölliset tarpeet. Kotihoidon työn rakenteesta johdun aikarajoitus koulutukselle oli tiukka. Sovimme minimissään 45 minuutin ja maksimissaan 60 minuutin koulutuksesta. Pyrimme käyttämään teoretietoa mahdollisimman monipuolisesti ja tarkoituksenmukaisesti hyväksi koulutusta laadittaessa. Sisältötoiveet rajasivat sisällön osin kouluttajan toteuttamaksi luentomaiseksi kokonaisuudeksi, johon pyrimme järjestämään mahdollisimman paljon tilaa koulutukseen osallistujien kysymyksille ja omille kokemuksille. Koulutusmallimme toteutuksessa luonnostelu- ja kehittälyvaihe nivoutuivat voimakkaasti yhteen. Hyödynsimme myös koulutusmallia suunniteltaessa teoretiedon lisäksi omaa aikaisempaa kokemustamme mielenterveys- ja päihdetyöstä sekä asiakkaan kohtaamisesta.

## 7.2 Koulutusten toteutus

Koulutuksen toteutuksessa aihepiirien painotuksiin vaikutti niiden yleisyys ja toisaalta aihepiirin tärkeys kotihoidon työntekijöiden osaamisen kehittämisen kannalta. Yleisimpien mielenterveyshäiriöiden esittelyyn varattiin 10 minuuttia, jossa käydään lyhyesti läpi kuusi eri mielenterveyshäiriötä, niiden yleisimmät oireet ja hoitoa lyhyesti. Päihdehäiriöiden esittelyssä päihdehäiriöt jaettiin karkeasti alkoholin käyttöön ja huumeiden käyttöön sisältäen lääkkeiden väärinkäytön. Päihdehäiriöistä esittelyyn varattiin aikaa 5 minuuttia, jonka aikana käytiin läpi niiden yleisyys, vaikutukset terveyteen ja hoito hyvin siltä osin kuin se kotihoitoa koskettaa. Keskustelulle varattiin aikaa, jotta koulutukseen osallistuvat saivat kertoa omia kokemuksiaan, jakaa ajatuksiaan ja kysyä kysymyksiä kouluttajilta. Koulutuksen lopuksi kerättiin alussa jaetut palautelomakkeet.

Koulutuksen eri osa-alueet pohjautuvat tämän työn teoreettiseen viitekehykseen. Toimeksiantajan toiveet loivat raamit koulutuksen toteutukselle. Koulutuksen kokonaiskestoksi sovittiin 45 minuuttia ja ensimmäiseen koulutukseen oli toimeksiantajan puolelta varattu kaiken

kaikkiaan aikaa yksi tunti. Koulutuksen rungoksi laadittiin tuntisuunnitelma, jossa eri osa-alueiden järjestys ja aikataulu käy ilmi. Tuntisuunnitelma näkyy liitteestä 1. Lisäksi luotiin koulutusmalli, jossa käydään lyhyesti läpi kunkin osa-alueen tärkein sisältö ja jonka avulla koulutuksen pitäminen jatkossa on mahdollista eri organisaatioissa. Koulutusmalli toimitetaan toimeksiantajalle sähköisessä muodossa, jolloin se on helposti levitettävissä myös muihin yksiköihin. Työntekijöiden täydennyskoulutuksen lisäksi koulutusmallia on myös mahdollista hyödyntää uusien työntekijöiden perehdytyksessä.

### 7.3 Koulutusmallin arviointi

Arvioinnissa tärkeitä huomioon otettavia asioita ovat työn idea. Työn ideaan voidaan sisällyttää teoreettinen viitekehys, ongelman kuvaus ja asetetut tavoitteet. Palautteen kerääminen kohderyhmältä on tärkeää, jotta työn arviointi ei olisi ainoastaan subjektiivinen ja se on tärkeä osa arviointia oman arvioinnin tukena. Aiheen kiinnostavuus ja merkityksellisyys kohderyhmälle on hyvä muistaa osana arviointia. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154-157.)

Koulutusmallin arvio perustuu koulutukseen osallistuvilta erikseen luodulla lomakkeella kerätävään palautteeseen. Lomake on tämän työn liitteenä. Yksikön esimieheltä pyydetään kirjallinen palaute työstä ja koulutussabluunasta. Palautteen perusteella koulutusmalliin tehdään tarvittavia muutoksia.

Palautelomakkeessa tiedusteltiin, kuinka hyödylliseksi koulutukseen osallistuva koki koulutuksen eri osa-alueet ja koulutuksen kokonaisuudessaan. Palautelomake on liitteessä kaksi. Lisäksi pyydettiin kertomaan mitä asioita koulutukseen osallistuja olisi koulutuksessa halunnut olevan lisää tai mitä kehitysehdotuksia hänellä koulutusta kohtaan olisi. Tämä kohta kyselylomakkeesta on erittäin tärkeä koulutuksen kehittämisen kannalta. Oletettavaa kuitenkin oli, että juuri tähän kohtaan tulee vähiten vastauksia.

Yhteensä kahdeksan koulutukseen osallistujaa palautti lomakkeen. Näistä kahdessa oli numeeristen arviointien lisäksi sanallinen palaute. Saamamme palaute on koottu taulukkoon kuusi liitteeseen kolme. Siitä käy ilmi kunkin kysymyksen kohdalta eri arvioiden lukumäärät. Palautelomakkeessa oli yhteensä viisi numeerisesti arvioitavaa kohtaa. Arvioinneissa asteikko oli valittu niin, että numero yksi tarkoitti vastaajan olevan väittämän kanssa eri mieltä ja numero viisi taas vastaajan olevan väittämän kanssa samaa mieltä. Kuviosta kaksi näkee, että vastaukset painottuvat kaikissa väittämissä neutraalin ja samaa mieltä olevien kesken.

Koulutukseen osallistuneet arvioivat koulutuksen olevan hyödyllistä työtään ajatellen. Mielen-terveyshäiriöiden esittelyyn keskittyvän osion osallistujat arvioivat hyödylliseksi tai melko hyödylliseksi omaa työtään ajatellen. Vastauksissa tässä osiossa painottui arvio neljä.

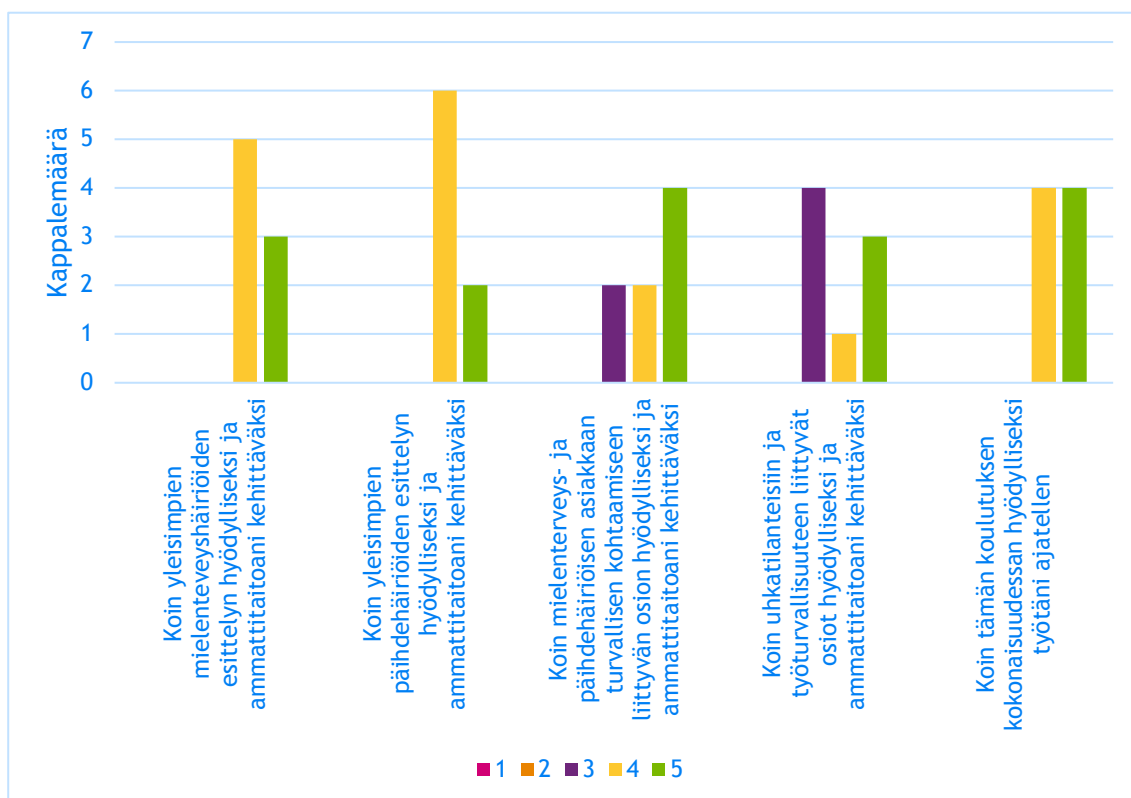
Päihdehäiriöihin keskittyvä koulutuksen osio arviointiin pääasiassa melko hyödylliseksi omaa työtään ajatellen. Tämän kysymyksen kohdalla arvosana neljä painottui kaikkein voimakkaimmin. Koulutukseen osallistuneista kuusi arvioi tämän kohdan arvosanalla neljä.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan kohtaamiseen ja työturvallisuuteen liittyvät osiot jakoivat eniten mielipiteitä. Ne arviointiin kuitenkin niin, että voidaan ajatella osallistuneiden kokeneet ne tarpeellisiksi osiksi koulutusta.

Mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan kohtaamiseen liittyvä osion arvioinnissa oli jo enemmän hajontaa. Arviot jakautuivat niin, että arvosanat kolme ja neljä saivat kaksi arviota ja arvosana viisi neljä arviota. Vastaukset painottuivat niin, että osallistujat arvioivat osion hyödylliseksi työtään ajatellen.

Työturvallisuuden keskittyvä osio jakoi eniten mielipiteitä. Osio sai neljä arviota arvosanalle kolme, yhden arvosanalle neljä ja neljä arviota arvosanalle viisi. Tässä kysymyksessä korostuivat arviot kolme ja viisi.

Sanallisessa palautteessa pyydettiin kertomaan, mitä osallistujat olisivat toivoneet koulutuksessa olevan enemmän tai mitä kehitystoiveita heillä olisi koulutukseen liittyen. Sanallisia palautteita tuli vain kaksi. Ne ovat luettavissa liitteessä kaksi.



Kuvio 2: Osallistujien antama palaute koulutuksen sisällöstä

Koska palautelomakkeessa ei kysytty vastaajan aiempaan koulutukseen tai kokemukseen liittyviä kysymyksiä, ei taustan vaikutusta vastauksiin pystytty arvioimaan. Voidaan vain arvailla esimerkiksi hyvien vuorovaikutustaitojen vaikutusta turvallisen kohtaamisen ammatillista kehittymistä ja hyödyllisyyttä kartoittavan kysymyksen vastauksiin. Toisaalta on mahdollista, että tämän kysymyksen kohdalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisessa koetut haasteet eivät tällä koulutuksella kohentuneet vastaajan odottamalla tavalla. Samoin voidaan vain arvailla uhkatilanteisiin keskittyneen kysymyksen saamien arvioiden jakauman syitä ilman riittäviä sanallisia vastauksia. Toisaalta uhkatilanteisiin ja kohtaamiseen liittyvät kysymykset voisivat tarvita omat koulutukset, joissa käytännön harjoitteet tukisivat teoreettisempaa lähestymistapaa.

Pyysimme toimeksiantajan edustajalta kirjallista palautetta sähköpostitse. Palaute on luetussa liitteessä neljä. Palaute oli positiivinen ja kuvasti koulutusmallin tarpeellisuutta vastaajan näkökulmasta. Palautteesta käy ilmi myös opinnäytetyön työelämälähtöisyys ja vahva yhteistyö toimeksiantajan kanssa. Vastaja nosti palautteessaan positiivisena asiana esiin koulutusmallin vuorovaikutteisuuden ja siihen sisällytetyn mahdollisuuden kysymysten esittämiseen.

## 8 Pohdinta

Työn toteutustapa, johon kuuluvat tavoitteiden saavuttaminen ja aineiston kerääminen, on tärkeä kohde arvioinnin näkökulmasta. Arvioinnissa on hyvä huomioida myös toteutustapa ja käytännön järjestelyiden onnistuminen. (Vilka & Airaksinen 2003, 157-158.) Työskentelimme opinnäytetyöprosessin aikana suunnitelmallisesti ja tavoitteellisesti. Työn edistymisen varmistamiseksi olimme laatineet aikataulut, joita onnistuimme mielestämme noudattamaan. Yhdessä sovitut tavoitteet autoivat aikataulussa pysymistä. Kommunikointimme ja yhteydenpitoimme työn aikana oli tiivistä. Teoreettista viitekehystä työstimme sekä yhdessä että erikseen. Tiedonhankinnassa käytimme mahdollisimman tuoreita lähteitä, tutkittua ja näyttöön perustuvaa tietoa. Haasteena teoreettisen viitekehyyksen tiedonhaun näkökulmasta oli, että suoria tutkimuksia mielenterveys- ja päihdehäiriöisistä asiakkaista kotihoidossa ei ollut.

Opinnäytetyömme oli aikataulullisesti haastava. Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2018. Aluksi opinnäytetyömme teoreettinen viitekehys oli selkeä mutta varsinainen toiminnallinen osa oli vielä avoin. Helmikuussa 2019 saimme Hyvinkään kotihoidolta tarkemman tiedon heidän tarpeesta opinnäytetyömme toiminnalliseksi osioksi. Koulutukset sovittiin pidettäväksi huhtikuussa 2019. Koulutussabluunan lopullisen version lähetimme toimeksiantajalle huhtikuussa 2019.

Aineiston valinnassa kiinnitimme huomiota siihen, että valittu aineisto antoi taustatietoa kehitystehtäväämme. Valitsimme suomen- tai englanninkielistä aineistoa, jotka ovat laadultaan väitöskirjoja, pro gradu -töitä, tieteellisiä julkaisuja ja tutkimuksia. Käytimme myös Käypä

hoito -suosituksia ja muuta ammattikirjallisuutta. Aineiston valinnassa pyrimme käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä, jotka julkaistu vuoden 2008 jälkeen. Aineistona käytimme maksuttomia lähteitä.

Opinnäytetyöprosessiimme sisältyi yksilöohjauksia opinnäytetyön ohjaajan kanssa, pienryhmäohjauksia. Osallistuimme myös tiedonhaun ja kirjoittamisen pajoihin. Kävimme seuraamassa opinnäytetyöseminaaria ja opponoimme yhden opinnäytetyön.

Toimeksiantajamme kanssa pidimme yhteyttä mahdollisuuksien mukaan. Otimme huomioon toimeksiantajamme toiveet ja tarpeet. Pyrimme saamaan mahdollisimman paljon tietoa heidän tilanteestaan ja kehittämistavoitteistaan. Koulutussabluunan toteutukseen liittyviä toiveita tuli vain yhdeltä henkilöltä mutta pystyimme niiden pohjalta toteuttamaan koulutussabluunan kotihoidon tarpeet huomioiden. Ehdotuksia koulutuksen sisällöstä pyysimme sähköpostitse kotihoidon henkilökunnalta. Mahdollisesti ehdotusten määrä olisi voinut olla suurempi erilaisella tiedonkeruumenetelmällä esimerkiksi haastattelemalla henkilökuntaa. Tämä olisi kuitenkin ollut aikataulullisesti vaikea toteuttaa kotihoidon työn luonteen ja rakenteen vuoksi.

Koulutusmallin käytännön testaamiseen tarkoitetuista kahdesta koulutuksesta vain toinen toteutui. Toisen peruuntumiseen johti kotihoidon henkilökunnan sairastumiset ja siitä johtuva töiden uudelleen organisointi koulutuspäivänä. Aikataulullisista syistä korvaavaa koulutusta ei pystytty järjestämään tämän opinnäytetyön puitteissa.

Palautteen keräämisen haasteeksi muodostui palautteen vähäinen määrä. Peruuntuneen koulutuksen vuoksi pystyimme pyytämään palautetta vain ensimmäiseen koulutukseen osallistuneilta. Vain noin puolet ensimmäisen koulutuksen osallistujista palauttivat lomakkeen. Koulutuksista kerätyn palautteen perusteella koulutussabluunaan ei tehty suuria muutoksia. Koulutuksen jälkeen tuli esiin ajatus koulutuksen videoinnin hyödyllisyydestä. Toisaalta jokaisen kouluttajan persoona ja kokemus tuo oman lisäarvon koulutuksen sisältöön.

Opinnäytetyössämme pyrimme tuomaan esiin perusteita mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan oikeudesta kotihoidon palveluihin. Samalla toimme esiin mielenterveys- ja päihdehäiriöiden vaikutuksia hoitosuhteen luomiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Toimivan koulutusmallin luominen teoreettisen viitekehyksen ja toimeksiantajan toiveiden pohjalta vaati innovatiivista ja kehittävää työtettä. Palautteen perusteella onnistuimme tavoitteessamme luoda kotihoidon tarpeisiin sopiva täydennyskoulutussabluuna.

Koulutusmalli tarkoitettiin alun perin Hyvinkään kotihoidon täydennyskoulutuskäyttöön. Ensimmäisen pidetyn koulutuksen jälkeen toimeksiantajan kanssa sovittiin koulutusmallin käytöstä Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän viiden muun kunnan kotihoidon täydennyskoulutuksissa.

## 8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus kuuluvat hyvään tieteelliseen käytäntöön. Plagiointia on toiminta, jossa toisen tekstiä esitetään omalla tekstinään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 23). Työssämme emme ole plagioineet toisten tekstejä. Olemme käyttäneet lähdeviitauksia asianmukaisesti.

Tutkimuksen tuloksia ei tule myöskään tulkita kritiikittömästi eikä tuloksia saa kaunistella. Myöskään raportoinnin harhaanjohtavuus tai puutteellisuus eivät kuulu hyvään tieteelliseen käytäntöön. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 26.) Työssämme emme ole käsitelleet tuloksia eli saamaamme palautetta koulutuksesta kritiikittömästi. Olemme esittäneet työstä saamamme palautteet ja tulokset rehellisesti ja kaunistelematta. Tämä työ sisältää yhteenvedon numeerisista palautteista ja avointen kysymysten vastaukset sellaisenaan.

Tiedonhankinta, tutkimus ja raportointimenetelmät ovat tieteellisesti ja eettisesti luotettavia. Myöskään tutkimusaihe tai tutkimusongelma ei saa loukata ketään. Tutkimuksen tulee perustua vapaaehtoisuuteen ja hyvään yhteistyöhön. Tutkimukseen osallistuvien oikeuksia on kunnioitettava ja tutkimuksesta on annettava riittävästi tietoa. Tutkittavilla on oltava myös mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimuksen tekemiseen tarvitaan tutkimuslupa, johon normaalisti tarvitaan eettistä toimikuntaa. (Leino-Kilpi 2004, Kukkolan & Pullin 2018 mukaan). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu lähtökohtana ihmisarvon kunnioittaminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 24).

Koulutuksista kerättävää palautetta varten haettiin tutkimuslupa Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän johtajalta. Koulutussabluunan koulutuksista ei pidetä mitään osallistujalistausta ja osallistuminen on työntäjän suosittamaa, mutta ei pakollista. Koulutuksia järjestettiin kaksi kertaa, jotta mahdollisimman monella työntekijällä olisi niihin mahdollista osallistua. Palautelomake pyydetään täyttämään ja sen palauttaminen on vapaaehtoista. Palautteessa ei myöskään pyydetä mitään tunnustetietoja eikä siinä kysytä mitään taustaan tai asemaan liittyviä kysymyksiä. Näin pyritään varmistamaan palautteen antajan anonymiteetti ja sitä kautta lisäämään halukkuutta rehelliseen ja aitoon palautteeseen.

## 8.2 Jatkokehitysehdotukset

Yhdessä vapaan sanan palautteessa toivottiin enemmän konkreettisia esimerkkejä mielenterveys- ja päihdehäiriöisten asiakkaiden kohtaamiseen. Tämä on hyvin laaja osa-alue, johon sopisi hyvin käytännön harjoitteita sisältävä oma koulutus. Koulutuksessa voisi käyttää esimerkiksi draaman keinoja eri tilanteiden harjoitteluun ja omien vahvuuksien löytämiseen. Samanlaisen koulutuksen voisi järjestää uhkatilanteisiin liittyen mahdollisesti hyödyntäen jo olemassa olevia uhkatilanteisiin liittyviä koulutusmalleja. Tämän koulutuksen raamit eivät valitettavasti sallineet tämän kaltaisten harjoitteiden tekemistä.

## Lähteet

## Painetut

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. Painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 1. painos. Helsinki: Edita.

Huttunen, M., Socada, L. 2017. Psykykenlääkkeet ja niiden käyttö. 1. painos. Helsinki: Kustannus oy Duodecim

Isometsä, E. 2017. Depressiiviset häiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 253-293

Jämsä, K. & Manninen, E. 2000. Osaamisen tuotteistaminen. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino Oy

Koponen, H. & Leinonen, E. 2017. Vanhuspsykiatria. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 688-703

Kornreich, C., Delle-Vigne, D., Campanella, S., Noël, X., Papageorgiou, C., Brown, O., Verbanck, P. & Ermer, E. 2012. Conditional Reasoning Difficulties in Polysubstance-Dependent Patients. Teoksessa Psychology of Addictive Behaviors 2012. Vol 26, No 3, 665-671.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2013. Mielenterveyshoitotyö. 3. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Laine, T., 2010. Periaatekolmikko toimintaa ohjaamassa. Teoksessa Laine, T. & Malinen, A. (toim.) Elävä peiliala. Aikuista pedagogiikkaa oppimassa. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Leino-Kilpi, H., Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. 8-9. Painos. Helsinki: Sanoma Pro

Lönnqvist, J., 2017. Mielenterveyden häiriöiden diagnostiikka ja luokittelu. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 61-91

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro

Partonen, T., Lönnqvist, J. & Syvälahti, E. Biologiset hoidot. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus oy Duodecim, 842-873

Sundel, L., 2014. Työkaverina pelko. Väikivaltariskien ennakointi ja hallinta. Jyväskylä: PS-kustannus

Suvisaari, J., Isohanhi, M., Kiesepää, T., Koponen, H., Hietala, J. & Lönnqvist, J. 2017. Skitsofrenia ja muut psykoosit. Teoksessa Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 141-227

Vilka, H., Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. JYväskylä: Gummerus kirjapaino Oy

## Sähköiset

Aarnio, H. 2010a. Oppijakeskeiset oppimisprosessit. Teoksessa Helakorpi, S., Aarnio, H. & Majuri, M. Ammattipedagogiikka uuteen oppimiskulttuuriin. HAMK Hämeen ammatillisen

opettajakorkeakoulun julkaisuja 1/2010, 179-204. Viitattu 6.4.2019.

[https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96136/AmmattipedagogiikkaUuteenOppimiskulttuuriin\\_e-kirja.pdf](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96136/AmmattipedagogiikkaUuteenOppimiskulttuuriin_e-kirja.pdf)

Aarnio, H. 2010b. Oppimisen ohjaaminen. Teoksessa Helakorpi, S., Aarnio, H. & Majuri, M. Ammattipedagogiikka uuteen oppimiskulttuuriin. HAMK Hämeen ammatillisen opettajakorkeakoulun julkaisuja 1/2010, 155-178. Viitattu 6.4.2019. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96136/AmmattipedagogiikkaUuteenOppimiskulttuuriin\\_e-kirja.pdf](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/96136/AmmattipedagogiikkaUuteenOppimiskulttuuriin_e-kirja.pdf)

Ammattioikeudet. 2017. Valvira. Viitattu 6.4.2019. <https://www.valvira.fi/terveydenhuolto/ammattioikeudet>

Beynon, C. 2008. Drug use and ageing: older people do take drugs! Age and Ageing 38/2009, 8-10. Viitattu 24.1.2019. <https://academic.oup.com/ageing/article/38/1/8/41284>

Depressio. 2016. Käypähoito. Viitattu 12.1 2019.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023>

Hietala, J., Heinimaa, M., Suvisaari, J. 2015. Tutkimus muuttanut käsitystämme psykooseista. Duodecim 2015;131 2117-24. Viitattu 27.1 2019.

<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12541>

Huttunen, M. 2018. Harhaluuloisuushäiriö. Duodecim. Viitattu 2.3 2019.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00373](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00373)

Huttunen, M. 2018. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. Duodecim. Viitattu 10.3 2019.

[https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00378](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378)

Huttunen, M. 2018. Lyhytkestoinen psykoosi. Duodecim. Viitattu 9.3 2019.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00387](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00387)

Huttunen, M. 2017. Masennustilojen hoidossa käytettävät lääkkeet. Duodecim. Viitattu 20.2 2019.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam00039](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam00039)

Huttunen, M. 2018. Mielialahäiriö. Duodecim. Viitattu 19.11 2018. [https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00393](https://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00393)

Huttunen, M. Skitsoaffektiivinen häiriö. Duodecim. Viitattu 18.2 2019.

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00487](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00487)

Härkönen, J., Savonen, J., Virtala, E. & Mäkelä, P. 2017. Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968-2016. Raportti 3/2017. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.4.2019.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134585/URN\\_ISBN\\_978-952-302-873-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134585/URN_ISBN_978-952-302-873-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ikääntyneiden mielenterveys. 2014. THL. Viitattu 20.11 2018. <https://thl.fi/fi/web/mielen-terveys/mielenterveyden-edistaminen/ikaantyneiden-mielenterveys>

Jurkkala, E. 2010. Sairaanhoidajan asiantuntijuuden kehittymien perioperatiivisessa hoitotyössä. Tampereen yliopisto, Kasvatustieteiden laitos, Pro Gradu -tutkielma. Viitattu 17.3.2019.

<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81978/gradu04600.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Kaksisuuntainen mielialahäiriö. 2013. Käypähoito. Viitattu 11.1 2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50076>



- Karjalainen, K., Hakkarainen, P. & Salasuo, P. 2019. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018. Tilastoraportti 2/2019. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.4.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137660/Suomalaisten\\_huumeiden\\_kaytto\\_ja\\_huumeasenteet\\_2018\\_tilastoraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137660/Suomalaisten_huumeiden_kaytto_ja_huumeasenteet_2018_tilastoraportti.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Koechl, B., Unger, A. & Fischer, G. 2012. Age-related aspects of addiction. Gerontology 58/2012, 540-544. Viitattu 24.1.2019. <https://www.karger.com/Article/Abstract/339095>
- Kotisairaanhoido ja kotisairaalahoido. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.11.2018. <https://stm.fi/kotisairaanhoido-kotisairaalahoido/>
- Kotihoito. 2018. Hyvinkään kaupunki. Viitattu 18.11.2018. <https://www.hyvinkaa.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/ikaantyyvien-palvelut/tukea-kotiin/kotihoito/>
- Kotihoito ja kotipalvelu. 2018. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 18.11.2018. <https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut/>
- Koskinen, S. Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL. 2011. Viitattu 4.3.2019. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Lemola, L. 2008. Yhdessä eteenpäin. Kotona asuvien psykoosisairauden kanssa elävien mielen-terveyskuntoutujien ja heidän läheistensä kokemukset tuen saannista. Tampereen yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 3.3.2019. [http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78797/gradu02372.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2tZMKfi3fsar2\\_3S1\\_9nQ9ozjZcoKUs0UnAXgUXwBzsh-PLWauPCqFi-4](http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78797/gradu02372.pdf?sequence=1&isAllowed=y&fbclid=IwAR2tZMKfi3fsar2_3S1_9nQ9ozjZcoKUs0UnAXgUXwBzsh-PLWauPCqFi-4)
- Mental health: state of well-being. 2014. World Health Organization. Viitattu 20.11.2018.: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
- Seppä, K. 2015. Juomisen riskirajat. Viitattu 12.1.2019. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-riskirajat>
- Moilanen, K. 2013. Psykoosin arviointi. 2013;129(8):886-92. Viitattu 2.4.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/8/duo10930>
- Näin Suomi juo. 2018. Terveys- ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 19.4.2019 <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/nain-suomi-juo>
- Psykoedukaatio. 2018. Mielenterveystalo. Viitattu 10.3 2019. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/psykoosi/Pages/oi-reenhallinta.aspx>
- Skitsofrenia. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriayhdistys Ry:n asettama työryhmä. Helsinki:suomalainen lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 26.1 2019. <http://www.kaypahoito.fi>
- Säännölliset kotihoitoon asiakkaat marraskuussa 2017. 2018. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 18.11.2018. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/ikaantyyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-asiakkaat/>
- Terveys- ja toimintakyky Suomessa. 2002. Kansanterveyslaitos. Viitattu 18.4 2019. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74124/Opp200403.pdf>
- Terveys ja toimintakyky Suomessa. 2002. Kansanterveyslaitos. Viitattu 18.4 2019.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78355/b3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Toimintakyvyn ulottuvuudet. 2019. THL. Viitattu 9.3 2019.  
<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/mita-toimintakyky-on/toimintakyvyn-ulottuvuudet>

Tuulio-Henriksson, A. 2014. Kognitiiviset toiminnot vaikeissa psykoottisissa häiriössä. *Duodecim* 130(3), 233-240. Viitattu 3.12.2018. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo11478.pdf>

Viertö, S., Perälä, J., Saarni, S. I., Partti, K., Saarni, S., Suokas, J., Tuulio-Henriksson, A., Löngqvist, J. & Suvisaari, J. 2012. Psykoosisairauksiin liittyvä fyysinen sairastuvuus ja toimintakyvyn rajoitukset. *Lääkärilehti* 11/1012, 863-869.

Östenberg, E., Mäkelä, P. & Seppä, K. 2013. Alkoholinkäyttö Suomessa. Viitattu 12.1.2019.  
<https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholinkaytto-suomessa>

Lait ja asetukset

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä 1994/559

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014

Terveydenhuoltolaki 1326/2010

Työturvallisuuslaki 2002/738

Julkaisemattomat

Keski-Uudenmaan sote-kuntayhtymän ikääntyneiden kotihoidon myöntämisperusteet ja soveltamisohjeet. 2018.

Kukkola, E. & Pulli, M. Tutkimusetiikka. Luento. Viitattu 12.5 2018.

Häkkinen, S. & Lehtonen-Pulli, K. 2018. Sairaanhoidtaja ja kotihoidon hoitotyön esimies. *Hyvinvään kotihoito*. Haastattelu 8.3.2018.

Lehtonen-Pulli, K. 2019a. Materiaalia. Vastaanottaja Sahlstén K. Lähetetty 6.2.2019.

Lehtonen-Pulli, K. 2019b. VS: Koulutustoiveet / Miepä-koulutukset [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Sahlstén, K. Lähetetty 5.3.2019.

## Kuviot

Kuvio 1: Tilastoitu alkoholin kulutus Suomessa (Härkönen, Savonen, Virtala & Mäkelä 2017, 12). ..... 15

Kuvio 2: Osallistujien antama palaute koulutuksen sisällöstä..... 27

## Taulukot

Taulukko 1: Alkoholinkäytön riskirajat (Seppä 2015). ..... 16

Taulukko 2: Alkoholin suurukulutuksen rajat (Partanen ym. 2015, 91). ..... 16

Taulukko 3: Tuntisuunnitelma ..... 37

Taulukko 4: Yleisimmät mielenterveyden häiriöt, niiden oireet ja hoito ..... 40

Taulukko 5: Päihteiden väärinkäyttö, vaikutus terveyteen ja hoito ..... 41

Taulukko 6: Koulutuksen palautteen yhteenveto. .... 45

## Liitteet

Liite 1: MiePä-koulutussabluunan kouluttajan ohje .....	37
Liite 2: Palautelomake .....	44
Liite 3: Palautteiden yhteenveto .....	45
Liite 4: Toimeksiantajan palaute .....	46

## Liite 1: MiePä-koulutussabluunan kouluttajan ohje

Koulutuksen nimi: Mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan kohtaaminen kotihoidossa

Kokonaisaika: 45 -60 minuuttia

Tavoitteet: Lisätä osallistujien tietämystä mielenterveys- ja päihdehäiriöistä ja niiden vaikutuksesta hoitosuhteeseen.

Vaihe	Sisältö	Käytettävä aika
Aloitus ja esittely	Kouluttajien esittäytyminen ja tervetuloivotukset. Palauslomakkeiden jako.	5 min
Yleisimmät mielenterveysongelmat	Esitellään yleisimmät mielenterveysongelmat, yleisellä tasolla niiden oireet ja hoito.	10 min
Päihdeongelmat	Esitellään päihdeongelmat, niiden vaikutus hoitosuhteeseen ja hoito yleisellä tasolla.	5 min
Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan turvallinen kohtaaminen	Mt- ja päihdeongelmien haasteet hoitosuhteessa, kohtaaminen, empatia ja työturvallisuus	10 min
Keskustelua	Rohkaistaan vapaaseen keskusteluun koulutuksen aiheesta ja omista kokemuksista	10 min
Kiitos ja päätös	Kerätään palaute ja lopetetaan tilaisuus	5 min

Taulukko 3: Tuntisuunnitelma

1. Aloitus ja esittely

Kerro itsestäsi ja toivota tervetulleeksi tilaisuuteen. Kerro koulutuksen sisältö ja kulku. Jaa palautelomakkeet ja ohjeista palautteen antaminen.

2. Yleisimmät mielenterveysongelmat

Arviolta 16-30 % yli 65 vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyshäiriöstä.

Häiriö	Yleisyys koko väestössä / ikääntyneillä	Yleisimmät oireet	Hoito
Masennus	12 kuukauden aikana on ollut masennusjakso viidellä prosentilla suomalaisista työkäisistä. Ikääntyneistä 65-74-vuotiaista naisista 4,5 % ja miehistä 0,6 % ja yli 75-vuotiaista naista 1,3 % ja miehistä 0,7 % on sairastanut masennusjakson 12 kuukauden aikana.	Masentunut mieliala, uupumus, kiinnostuksen ja mielihyvän menettäminen, kokuksen itsekritiikki ja päättämättömyyden, psykomotorinen hidastuneisuus tai kiihtyneisyys ja keskittymiskyvyttömyyden tunne	Lääkehoito kuten SSRI, SNRI ja trisykliset mielialalääkkeet, terapia, ECT, liikunta, hyvä uni-rytmi, säännöllinen elämän rytmi
Kaksisuuntainen mielialahäiriö		Maaniset ja masennusjaksot vaihtelevat. Masennusjakson oireet kuten masennuksessa. Maanisella jaksolla oireina ovat kohonnut mieliala, unentarpeen väheneminen, lennokkaat ajatukset, lisääntynyt puheentuotto itsetunnon kohoaminen, levottomuus ja harkitsemattomat teot.	Lääkehoitona mahdollisia mielialan tasajaksot eli lito, valproaati ja karbamatsipiini, masennusvaiheen lääkitys mm ketiapiini, lamotrigiini. Muuten masennusvaiheen hoito kuten masennuksen hoito muutenkin. Myös psykososiaaliset hoitomuodot kuten eri terapiat ovat mahdollisia.

<p>Skitsofrenia</p>	<p>Skitsofreniaa sairastaa suomalaisista 0,5 - 1,5 %. Sairastuneista kuusi prosenttia on sairaalahoidon piirissä ja vuosittain 13 % tarvitsee sairaalahoitoa. Ikääntyneistä yhdellä prosentilla esiintyy skitsofreniaa.</p>	<p>Positiivisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot ja ajattelun ja puheen hajanaisuus. Negatiivisia oireita ovat tunne-elämän latis tuminen, aloitekyvyn heikkeneminen ja puheen köyhtyminen.</p>	<p>Lääkehoito antipsykoottisilla lääkkeillä on keskeistä, psykoedukaatio, psykososiaaliset hoitomuodot</p>
<p>Skitsoaffektiivinen häiriö</p>	<p>Skitsoaffektiivinen häiriö on skitsofreniaa harvinaisempi, elämänaikainen esiintyvyys suomalaisilla on 0,32 %.</p>	<p>Skitsoaffektiivisessä häiriössä on samanaikaisesti psykoottisia oireita, jotka ovat skitsofrenialle ominaisia ja vakavia masennus- tai manijaksoja vähintään kahden viikon ajan yhtä aikaa. Mielialahäiriöiden tulee olla vakavia.</p>	<p>Lääkehoidossa käytetään psykoosilääkkeitä, mielialan tassaajia, masennuslääkkeitä.</p>
<p>Harhaluuloisuushäiriö</p>	<p>Häiriötä esiintyy ikääntyneistä 0,5 - 0,9 %. Voi alkaa keski-ässä kapealaisena häiriönä.</p>	<p>Häiriö luokitellaan eri tyypeihin: vainoharhainen harhaluuloisuus, mustasukkaisuusharhainen harhaluuloisuus, somaattisharhainen harhaluuloisuus, suuruusharhainen harhaluuloisuus ja indusoitunut</p>	<p>Lääkehoitona masennus- ja psykoosilääkkeet. Lisäksi kognitiivinen psykoterapia.</p>

		harhaluuloisuus. Kes- toltaan yleensä pitkä.	
Lyhytkestoinen psy- koosi	Elämänaikainen esiintyvyys suoma- laisilla on 0,05 %.	Oireet kuten skitso- freniassa. Psy- koosioireita esiintyy vähintään vuorokau- den ajan. Laukaise- vana tekijänä voi olla esimerkiksi voi- makas stressi tai päihteet.	Lääkehoito kuten bentsodiatsepiinit ja turvallisen ympäris- tön luominen. Myös mahdollisen trauman käsittely on tarpeen hoidon aikana.

Taulukko 4: Yleisimmät mielenterveyden häiriöt, niiden oireet ja hoito

## 3. Päihdehäiriöt

Päihde	Alkoholi
Yleisyys vä- estössä ja ikäänty- neissä	Alkoholihäiriön kuluneiden 12 kuukauden aikana on ollut yli 30 vuotiaista miehistä 3,2 %, 65–74-vuotiaista miehistä 1,4 % ja yli 75-vuotiaista miehistä 0,7 %. Naiset vastaavasti yli 30 vuotiailla 1,1 %, 65–74-vuotiailla 0,2 % ja yli 75-vuotiailla 0% on ollut alkoholihäiriö viimeisen 12kk aikana.
Vaikutus terveyteen	Ikääntyvillä alkoholin käyttö voi muuttaa eri lääkkeiden pitoisuuksia elimistössä, kun ikääntymisen myötä rasvan osuus kasvaa ja veden osuus vähenee elimistössä.  Päihteidenkäyttö voimistaa vanhenemisen negatiivisia vaikutuksia toimintakykyyn. Ikääntyessä muistitoiminnot, motoriikka, tasapainoaisti ja aistitoiminnot heikkenevät. Päihteiden käyttö heikentää näitä toimintoja lisää. Lisäksi sairaudet ja lääkkeiden käyttö on lisääntyvät ikääntymisen myötä ja tämä altistaa lääkkeiden ja alkoholin tahattomalle sekakäytölle. Ikääntyneen päihteiden käyttö lisää myös päivittäisen toimintakyvyn heikkenemistä ja kaatui-lutaipumusta.
Hoito	Ikääntyneiden alkoholiriippuvuutta hoidetaan alkuvaiheessa ravitsemustilan ja nestetasapainon korjaamisella, muiden sairauksien hoidolla ja tarvittaessa diatsepaamikyllästyshoidolla. Kuntouttamisen kannalta merkityksellistä on sosiaalisen verkoston aktivoiminen. Hoidossa mini-interventiot ovat tärkeitä.
Päihde	Huumeet ja lääkkeiden väärinkäyttö



Yleisyys vä- estössä ja ikäänty- neissä	Yleisyyttä ei tarkasti tunneta
Vaikutuk- set tervey- teen	Huumeiden käyttäjien ikääntyminen tuo monenlaisia haasteita ihmisen biologisten prosessien muuttuessa ikääntymisen myötä ja samalla huumeiden ongelmakäytön vaikutusta ikääntymisen aiheuttamiin muutoksiin ei tunneta.  Usein huumeriippuvuuden aiheuttamat ongelmat voidaan sekoittaa demen-tian tai masennuksen aiheuttamiin oireisiin.
Hoito	Mini-interventio on päihdehoitotyön tunnetuin menetelmä. Siinä pyritään tunnistamaan päihteiden riskikulutus ja antamaan tietoa sekä haitoista että motivoida käytön vähentämiseen tai lopettamiseen. On tärkeää tunnistaa asiakkaan valmius muutokseen ja tukea sitä. Päihteistä johtuvia tapaturmia voidaan ehkäistä parhaiten suuntaamalla ehkäisevää työtä erityisesti humalaha-kuiseen päihteidenkäyttöön.

Taulukko 5: Päihteiden väärinkäyttö, vaikutus terveyteen ja hoito

#### 4. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan turvallinen kohtaaminen

Mielenterveys- ja päihdehäiriöisten asiakkaiden kanssa työskennellessä on huomioitava häiriöiden asiakkaissa herättämät häpeän ja leimautumisen tunteet. Monesti asiakkaat ovat tottuneet peittelemään oireita, muuntelemaan totuutta ja heidän voi olla vaikea luottaa muihin ihmisiin. Näiden tunteiden ja luottamisen vaikeuden takana voi olla traumaattisia kokemuksia, syyllistämistä, hylätyksi tulemisen kokemuksia. Kunnalliset kotipalvelut ovat tärkeä kotiin tuotu tukimuoto. Kuntoutuminen usein pääsee alkuun ja etenee juuri hyvän hoitosuhteen muodostuttua hoitajan kanssa.

Hoitajan on oltava erityisen huolellinen luottamuksellisen suhteen luomisessa ja ylläpitämisessä. Heti yhteistyösuhteen alussa puheeksi otetut hoidon puitteet, tiedonkulku, hoitosuhteen säännöt ja toimintatavat auttavat luottamuksellisen hoitosuhteen luomisessa. Hoitajan avoin ja rehellinen toiminta herättää luottamusta, jonka säilymisen edellytyksenä on vaitiolovelvollisuudesta, luvatuista asioista ja tehdyistä sopimuksista kiinni pitäminen. Monet mielenterveyskuntoutujat kokevat tulevansa väärinymmärretyiksi. He kokevat myös itsensä haavoittuviksi, yksinäisiksi, eristetyiksi ja epävarmoiksi. Empaattinen suhtautuminen asiakkaaseen edesauttaa asiakkaan kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisen kokemusta. Empatia vaatii hoitajalta aitoa kiinnostusta ja asiakkaan kuultelemista.

Asiakkaan oma osallistuminen on tärkeä riippumatta hänen kyvystään aktiiviseen osallisuuteen. Hoitajan on myös hyvä muistaa, että päihdeiden käyttö voi olla osa asiakkaan toimintaympäristöä ja -kulttuuria. On hyvä huomioida, että hoitajan toiminta vaikuttaa aina asiakkaaseen. On myös muistettava, että asiakas voi sairaudestaan huolimatta asettaa itselleen tavoitteita ja vaikuttaa tulevaisuutensa suunnitteluun.

Mielenterveyden- ja päihdehäiriöistä kärsivän asiakkaan selviytymisen ja elämänlaadun näkökulmasta toivolla on keskeinen merkitys. Luottamus ja voimavarojen vahvistaminen luovat toivoa hoitosuhteessa. Toivon ylläpitämisellä on merkitystä asiakkaan pelkojen vähentämiseen, uskoon toipumisen mahdollisuuksista ja parhaiden ratkaisujen löytymiseen. Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, omasta jaksamisesta huolehtiminen, mielenterveys- ja päihdetyön osaaminen ja työryhmässä jaettu toivo auttavat asiakkaan toivon ylläpitämisessä.

Hoitajan eettinen toiminta edellyttää asiakkaan psyykkisten itsesuojelumekanismien tunnistamista. Mielenterveys- ja päihdeasiakkailta näiden puolustusmekanismien käyttö voi olla jäykkää ja kaavamaisista. Mielenterveys- ja päihdehoitotyössä voivat hoitaja ja asiakas olla kaukana toisistaan niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisesti. Hoitajan on myös tunnistettava etäisyys, joka on hoitosuhteessa kullekin asiakkaalle tarpeellinen. Etäisyyden säätelyä voidaan käyttää ohjaamaan asiakkaan kasvu- ja kehitysprosesseja. Hoitaja voi osoittaa myös sanoin mikä on sopiva fyysinen etäisyys, jotta henkilökohtainen reviiri säilyisi.

Potentiaalisesti kiihtyneen tai aggressiivisen asiakkaan kohdalla tulee hoitajan mahdollisuuksiensa mukaan ennakoida tilanteiden eskaloitumista tarkkailemalla asiakasta mahdollisen uhan ennakkomerkkien varalta. Ystävällisen ja kohteliaan ensivaikutelman antaminen edesauttaa tilanteiden rauhoittamista. Myös sanattomaan viestintään tulee kiinnittää huomiota. Asiakkaan kiihtyessä tai käyttäytyessä aggressiivisesti pyritään hänelle luomaan vaikutelma siitä, että hänen tilanteeseensa ja tarpeisiinsa suhtaudutaan vakavasti. Kiihtynyttä asiakasta kuunnellaan ja tarvittaessa hänelle esitetään tarkentavia kysymyksiä. Kuitenkin asiakkaalle kerrotaan tilanteeseen liittyvät tosiasiat rauhallisesti hänen ymmärtämällään tavalla. Asiakkaan kannalta ei toivottujen tosiasiat pyritään ilmaisemaan hienovaraisesti. Asiakkaan on vaikea olla aggressiivinen ystävälliselle ja myötätuntoiselle hoitajalle.

Ihminen, joka sairastaa mielenterveyden häiriötä, on harvoin vaaraksi ympäristölleen. Väkivallan ilmenemiseen vaikuttavat niin hoidettavan kuin hoitajankin henkilökohtaiset yksilölliset tekijät. Tilanteeseen voivat vaikuttaa vuorovaikutus hoitajan ja hoidettavan kesken, tilanne, ympäristö ja hoidettavan ihmisen aiemmat kokemukset vastaavista

tilanteista. Päihteiden käyttö voi lisätä väkivaltaista käytöstä tai mahdollisuutta joutua väkivallan uhriksi. Kuitenkaan ei voida ajatella, että päihtynyt ihminen on automaattisesti väkivaltainen. Päihteet laskevat riskinottokynnystä ja heikentävät ongelmanratkaisutaitoja. Myös impulssikontrolli heikkenee päihtyneenä. Henkilön impulsiivisuus, helposti hermostuva luonne ja aikaisempi väkivaltatausta niin tekijänä kuin kohteena voivat ennustaa väkivaltaista käytöstä päihtyneenä.

Työntekijä voi vuorovaikutustaidoillaan ja ammattitaidollaan ennaltaehkäistä uhkaavia tilanteita. Sosiaalinen tilannetaju yhdessä hyvien vuorovaikutustaitojen kanssa ovat tehokkaita keinoja uhkaavien tilanteiden ehkäisyssä. Jos tilanne pääsee kärjistymään, tarvitaan lisäksi tietoa ja osaamista uhkaavien tilanteiden rahoittamisesta. Vuorovaikutus voidaan nähdä eräänlaisena neuvotteluna, jossa ei välttämättä tarvita sanoja vaan se voi tapahtua eleiden ja ilmeiden välityksellä. Asiakastyössä tärkeää on saada asiakkaalle mielikuva kuulluksi tulemisesta ja tarpeisiin vastaamisesta.

Tietyissä tapauksissa jo tieto työpaikkaväkivallan mahdollisuudesta voi aiheuttaa työntekijälle oireita. Työntekijät reagoivat eri tavoin uhkaaviin ja läheltä piti -tilanteisiin. Tilanteet voivat aiheuttaa tunneristiriitoja ominaisuuksista työntekijänä ja ihmisenä. Myös työtehtävän onnistumisen arviointi voi vaikeutua. Työturvallisuutensa puolesta pelkäävä hoitaja ei pysty työskentelemään tehokkaasti mielenterveys- ja päihdehoitotyössä. Hoitajan kokema ja käsittelemätön tunneristiriita voi pitkittyessään johtaa muun muassa uupumukseen, ylireagointiin, tarpeettomaan itsesuojelun lisääntymiseen ja tarpeettomiin ristiriitoihin työpaikalla.

#### 5. Keskustelua

Rohkaistaan kertomaan omia kokemuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaista ja heidän kohtaamisestaan. Keskustellaan tiimien käytännöistä ja nostetaan esiin hyviä toimintamalleja.

#### 6. Kiitos ja tilaisuuden päätös

Kiitä osallistumisesta ja lausu lyhyet päätössanat. Kerää palautelomakkeet osallistujilta.

## Liite 2: Palautelomake

### Miepä-koulutuksen palautelomake

Vastaa alla oleviin väittämiin. Arvioi asteikolla 1-5 kuinka hyödylliseksi ja ammattitaitoasi kehittäväksi olet koulutuksen kokenut. Asteikolla 1 on eri mieltä ja 5 on samaa mieltä. Sivun alareunassa on osio vapaalle sanalle koulutuksen kehittämistä varten.

Koin yleisimpien mielenterveyshäiriöiden esittelyn hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi.

1                      2                      3                      4                      5

Koin yleisimpien päihdehäiriöiden esittelyn hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi.

1                      2                      3                      4                      5

Koin mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan turvalliseen kohtaamiseen liittyvän osion hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi.

1                      2                      3                      4                      5

Koin uhkatilanteisiin ja työturvallisuuteen liittyvät osiot hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi.

1                      2                      3                      4                      5

Koin tämän koulutuksen kokonaisuudessaan hyödylliseksi työtäni ajatellen.

1                      2                      3                      4                      5

Vapaa sana: mitä toivoisit koulutuksessa olevan enemmän tai mitä kehitystoiveita sinulla koulutukseen olisi?

## Liite 3: Palautteiden yhteenveto

Kysymys / Arviointi (kpl)	1	2	3	4	5
Koin yleisimpien mielenterveyshäiriöiden esittelyn hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi				5	3
Koin yleisimpien päihdehäiriöiden esittelyn hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi				6	2
Koin mielenterveys- ja päihdehäiriöisen asiakkaan turvallisen kohtaamiseen liittyvän osion hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi			2	2	4
Koin uhkatilanteisiin ja työturvallisuuteen liittyvät osiot hyödylliseksi ja ammattitaitoani kehittäväksi			4	1	3
Koin tämän koulutuksen kokonaisuudessaan hyödylliseksi työtäni ajatellen				4	4

Taulukko 6: Koulutuksen palautteen yhteenveto.

Vapaan sanan vastaukset:

”Kohtaamiseen konkreettisia esimerkkejä.”

”Koulutus oli hyvä, laaja-alainen selkeä kokonaisuus. Ikääntyvien kohderyhmä oli myös hyvin huomioitu. Koulutus toimii hoitajille hyvänä täydennyskoulutuksena.”

#### Liite 4: Toimeksiantajan palaute

” Teitte hyvin työelämälähtöisen ja työyhteisön osaamisen vahvistamistarpeista lähtevän kehittämishankkeen ( = koulutuksen järjestäminen). Toitte hyvin koulutuksessa esille asiantuntemuksenne / substanssiosaamisenne aiheesta. Koulutuksen sisältö oli ajankohtaista ja se sisälsi uutta tietoa. Koulutus oli saatu tiiviiseen muotoon ja siitä oli kehitetty työelämän toiveiden mukaisesti vakioitu koulutusmalli (sabluna), jota voimme hyödyntää myös jatkossa oheismateriaaleineen. Opiskelijoiden ja työelämän välinen yhteistyö oli aktiivista opiskelijoiden suunnalta ja opiskelijoilla oli aito tahtotila vahvistaa työyhteisön osaamista. Koulutuksen toteutustapa oli vuorovaikutuksellinen ja koulutuksessa annettiin myös mahdollisuus esittää kysymyksiä.”