



# Aktiivisen päihteidenkäytön vaikutukset mielenterveyteen- ja sen tukeminen -Opas terveydenalan ammattilaisille

Lotta Salonen, Riina Suomela



Laurea-ammattikorkeakoulu

**Aktiivisen päihteidenkäytön vaikutukset mielenterveyteen- ja  
sen tukeminen -Opas terveydenalan ammattilaisille**

Lotta Salonen, Riina Suomela  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2020

Lotta Salonen, Riina Suomela

**Aktiivisen päihteidenkäytön vaikutukset mielenterveyteen- ja sen tukeminen -Opas terveydenalan ammattilaisille**

Vuosi

2020

Sivumäärä

41

---

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa Suveralle opas, joka käsittelee aktiivista päihteidenkäyttöä ja sen vaikutuksia mielenterveyteen. Suvera käyttää opasta työntekijöidensä perehdytyksessä ja järjestämässään koulutuksissa eri terveydenhuollon ammattilaisille. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietämystä päihderiippuvuudesta, päihteiden ongelmakäytöstä ja sen vaikutuksista mielenterveyteen. Tavoitteena oli myös tarjota terveydenhuollon ammattilaisille valmiuksia tukea päihteidenkäyttäjien mielenterveyttä. Opas tarkastelee päihteiden ongelmakäyttöä, vaikutuksia mielenterveyteen ja mielenterveyden tukemista. Lisäksi oppaassa esitetään keinoja terveydenhuollon ammattilaisille kohdata päihteidenkäyttäjää.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Suveran ja Laurea ammattikorkeakoulun kanssa osana päihde- ja mielenhyvinvoinnin hankkeen kanssa. Työelämäkumppanina toimii Suvera, joka on suomalainen terveys- ja hyvinvointialan yritys. Suveran erikoisalaa ovat mielenterveys- ja päihdepalvelut. Suvera tarjoaa palveluitaan yksityisesti, kunnille ja yrityksille.

Opinnäytetyön teoriaosuus on painottunut mielenterveyteen, päihteisiin- ja päihderiippuvuuteen sekä päihteidenkäyttäjien kohtaamiseen. Teoriaosuus perustettiin keskeisiin käsitteisiin, joita olivat päihteet, riippuvuus, sekakäyttö, mielenterveys ja opas. Mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät useat terveydenhuollon palveluita käyttävät, joten oppaassa on keskitytty erityisesti päihteidenkäyttäjän mielenterveyden tukemiseen. Opinnäytetyössä on käytetty alan kirjallisuutta ja muita luotettavia lähteitä, kuten artikkeleita, väitöskirjoja ja tutkimuksia.

Toiminnallisesta osuudesta eli oppaasta tuli neljä sivuinen teos, jossa painotettiin mielenterveyden tukemista päihteidenkäyttäjällä ja hoitotyön menetelmiä kohdata päihteidenkäyttäjää. Oppaan sisältö koostui opinnäytetyön teoriaosuudesta. Opinnäytetyön arviointi perustuu sähköiseen yhteydenpitoon työelämäkumppanin edustajan kanssa sekä kirjallisena saatuun palautteeseen.

Asiasanat: Mielenterveys, opas, päihteet, riippuvuus, sekakäyttö

Lotta Salonen, Riina Suomela

**Effects of active substance abuse on mental health and support of positive mental health -  
A guide for health care professionals**

Year

2020

Pages

41

---

The purpose of this functional thesis was to draw up a guide for Suvera (psychiatric and substance abuse centre) about on how to handle active usage of intoxicating substances, and how the usage affects mental health. Suvera utilises this guide as an introduction in educational events for healthcare professionals. The objective of the thesis was to provide healthcare professionals more information about drug addiction, drug abuse and their effects on mental health. The secondary objective was to provide healthcare professionals readiness to support the mental health of patients who use intoxicating substances. The guide surveys drug abuse, its effect on mental health and how to support the mental health of those who use intoxicating substances. Additionally, the guide provides means on how to encounter substance abusers.

The thesis was conducted in collaboration with Suvera and Laurea University of Applied Sciences, as a part of “substances and mental healthcare -project”. Suvera operates as the a link to professional working life. Suvera is a Finnish company providing health and welfare services. Suvera specializes in mental health and services for substance abusers. Suvera offers services in private sector, to municipalities and companies.

The theoretical part of the thesis has emphasis on mental health, substances and drug abuse and how to encounter substance users. The study was based on the following concepts: intoxicating substances, addiction, poly-drug use, mental health and a guide to those concepts. Various patients using healthcare services suffer from mental health problems and drug abuse, therefore the guide focuses especially on the support of mental health of substance users. References contain literature from healthcare field and other trustworthy sources such as articles, doctoral thesis and studies.

The functional part, the guide, has four-pages emphasizing the support of mental health of substance abusers, and ways to encounter users. The contents of the guide consisted of the theoretical part of the thesis. The evaluation was based on e-mail exchange with a representative from Suvera and written feedback from Suvera.

Keywords: Mental health, guide, substances, addiction, poly-drug use

## Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Mielenterveyden määritelmä .....	8
2.1	Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät .....	9
2.2	Mielenterveyden horjuminen .....	10
3	Päihderiippuvuus .....	11
3.1	Päihdehäiriöt Suomessa .....	11
3.2	Riippuvuuden biokemiallinen näkökulma .....	12
3.2.1	Suomessa käytettävät päihteet.....	12
3.2.2	Alkoholi .....	12
3.2.3	Huumeet & reseptilääkkeet.....	13
3.2.4	Vaikutusmekanismit.....	13
4	Päihteiden vaikutus mielen hyvinvointiin.....	13
4.1	Sosiaalinen näkökulma & syrjäytyminen .....	14
4.2	Fyysinen näkökulma .....	15
4.3	Psyykinen näkökulma.....	16
5	Päihteidenkäyttäjän kohtaaminen hoitotyössä ja hoitajien asenteet .....	17
5.1	Hoitosuhde sairaanhoitajan ja päihteenkäyttäjän välillä .....	19
5.2	Puolustusmekanismit ja tunteensiirto.....	20
5.3	Haastavat tilanteet hoitotyössä .....	21
5.3.1	Aggressiivisuus .....	22
5.3.2	Suisidaalisuus.....	23
5.4	Menetelmiä päihteenkäyttäjän hoitajana .....	24
5.4.1	Mini-interventio.....	25
5.4.2	Motivoiva haastattelu ja muutosprosessi.....	26
5.4.3	Apukortit.....	27
6	Päihdehoito Suomessa .....	28
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet .....	29
8	Työelämäkumppanin esittely.....	30
8.1	Opinnäytetyöprosessi .....	30
8.2	Toiminnallinen opinnäytetyö ja tiedonhankinta .....	31
8.3	Oppaan suunnittelu ja toteutus .....	32
8.4	Työelämäyhteistyö ja palaute .....	34
8.5	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	34
8.6	Oppaan kehitysmahdollisuudet ja jatkotutkimusaiheet .....	36
	Lähteet.....	37

## 1 Johdanto

”Alkoholin kokonaiskulutus ja alkoholihaitat ovat olleet laskussa vuodesta 2008 alkaen mutta suotuisa kehitys pysähtyi vuonna 2018. Myös huumeiden käyttöön liittyvät haitat ovat lisääntyneet” toteaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos eli THL julkaisemassaan uutisessa (2020). Uutinen pohjautuu THL:n julkaisemaan päihdetilastojen vuosikirjaan 2019. Päihdetilastojen vuosikirja sisältävät keskeiset tiedot alkoholi- ja huumeoloista. Lisäksi vuosikirjassa käsitellään tietoja alkoholin käytöstä muissa maissa. (Säkkinen & Yrttiaho 2020, 4.) Vuosikirjassa käy ilmi, että vuonna 2018 alkoholista johtuvat kuolemat ovat lisääntyneet 6,5 prosenttia verrattuna vuoteen 2017 ja huumemyrkytyksiin johtavat kuolemat ovat lisääntyneet 12,5 prosenttia vuoteen 2017 verrattuna. Tutkimuksesta myös käy ilmi, että kuolemat ovat lisääntyneet erityisesti nuorten ihmisten keskuudessa. (THL 2020.)

THL:n teettämän tilastoraportin mukaan myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon tarve on lisääntynyt vuodesta 2017 verrattuna vuoteen 2018. Vuodeosastohoidossa olleiden potilaiden määrä on kasvanut vuoteen 2018 mennessä 1,6 prosenttia ja hoitajaksojen määrä kasvanut 1,7 prosenttia. Raportista voidaan lisäksi lukea, että avohoitopotilaiden määrä on kasvanut 0,3 prosenttia. (THL 2019.) Näistä raporteista voidaan siis tulkita, että päihteidenkäyttäjien määrä- ja psykiatrisen hoidon tarve ovat nousussa Suomessa.

Saksalaisen Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology lehden teettämässä tutkimuksessa tutkijat Karjalainen, Kuussaari & Niemelä (2019) tutkivat päihteidenkäyttäjien samanaikaisia mielenterveysongelmia ja niiden esiintymistä vuosina 2007, 2011 ja 2015. Tutkimuksessa saatiin selville, että 56-60 prosentilla päihdeasiakkaista ilmenee samanaikaisia mielenterveysongelmia. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että suonensisäisten huumeidenkäyttäjien määrä on lisääntynyt. Mielenterveysongelmista- ja päihdeongelmasta kärsivien potilasryhmä on usein vaikeahoitoinen, joten tämän potilasryhmän hoidon suunnitteluun- ja toteutukseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Lisäksi hoidon saatavuudessa on alueellisia- ja paikkakuntakohtaisia eroja.

Päihteiden ongelmakäyttöön liittyy paljon ennakkoluuloja ja se nähdään usein vain tietyn ryhmän ongelmana. Todellisuudessa lähes jokainen tuntee henkilön, joka käyttää päihteitä väärin tai on jopa riippuvainen. Terveydenhuollon ammattihenkilötkin voivat kokea itselleen haasteelliseksi lähestyä päihteidenkäyttäjää esimerkiksi päivystysosastolla.

Opinnäytetyön kohderyhmä on terveydenhuollon ammattilaiset. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Suveran kanssa ja aihe opinnäytetyöhön tuli Suveralta ja heidän tarpeestaan saada koulutusmateriaalia terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksiin. Opinnäytetyöstä tehtiin teoriaosuuteen perustuen opas. Opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa opas terveydenhuollon ammattihenkilöille päihteidenkäyttäjän mielenterveyden tukemiseen. Oppaan tavoitteena on

lisätä hoitohenkilökunnan tietoa päihteidenkäyttäjien mielenterveyden tukemisesta. Lisäksi tavoitteena oli tuoda hoitohenkilökunnalle erilaisia tapoja- ja keinoja kohdata päihteidenkäyttäjää sekä kuinka ohjata tätä päihde- ja mielenterveyshoitoon.

## 2 Mielenterveyden määritelmä

Mielenterveyden määritelmä voi olla hankala ymmärtää käsitteenä kokonaisuudessaan. Käsitteenä se on laaja ja siihen vaikuttavia tekijöitä on paljon. Maailman terveysjärjestön eli WHO:n mielenterveyden toimintasuunnitelman mukaan hyvä mielenterveys mahdollistaa ihmisten toteuttaa itseään, selviytyä normaalista arjesta ja elämän vastoinkäymisistä sekä kykyä työskennellä tuottavasti ja olla osallisena eri yhteisöissä. (Chan 2013, 5.)

Yleisesti mielenterveyttä käsitteenä on alettu käyttämään vuodesta 1950 lähtien. Historiasamme on keskitytty paljon mielen eri sairauksiin. Raja terveen ja sairaan mielen välillä voi kuitenkin olla häilyvä. Terveen mielen kuvailussa on käytetty usein termejä esimerkiksi normaali, toimintakykyinen ja tasapainoinen. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2019, 10.) Normaalin käsite ei kuitenkaan ole yksiselitteinen. Psykkisen normaaliuden käsite voi vaihdella arjen, paikan, kulttuurin, normien ja arvojen mukaan. Normaalin voi erottaa epänormaalista tilastollisesti tai eettisesti eli mikä on kulttuurissa toivottavaa tai arvokasta. Se, mikä on normaalia jossakin kulttuurissa voi olla epänormaalista tai kielteisesti ajateltua toisessa kulttuurissa. Tämän vuoksi tulisi mielenterveyttä tarkastellessa siis huomioida se, että mistä suunnasta sitä tarkastellaan. Lisäksi mielenterveystyössä tulisi huomioida monikulttuurisuuden ja kansainvälistymisen lisääntyminen yhteiskunnassa. (Vuori-Kemilä 2007, 11-12.)

Biolääketieteellisestä näkökulmasta ihminen on terve, jos fysiologiset toiminnot ovat normaalit. Ongelmana näkökulmassa on, että ihmistä tarkastellaan vain lääketieteen avulla ja sairauden näkökulmasta. Toiminnallisen näkökulman mukaan terveyteen kuuluu fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky. (Kannas & Välimaa 2016, 22-23.) Viime vuosikymmeninä mielenterveyttä on alettu tarkastelemaan kokonaisvaltaisemmin eli holistisesti. Holistisen tarkastelutavan mukaan mielenterveys on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja luo pohjan toimintakyvylle ja ihmisen hyvinvointiin. Mielenterveyteen sisällytetään psyykinen, fyysinen, henkinen ja sosiaalinen ulottuvuus. Sitä ei siis tulisi vähätellä esimerkiksi fyysisen terveyden rinnalla. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 10.)

Lääketieteellisesti mielenterveyttä tutkitaan psykiatrian avulla. Usein psykiatriassa mielenterveys on ymmärretty negatiivis-painotteisesti, koska se on yhdistetty eri mielen sairauksiin toisin kuin terveyteen. Mielenterveyden on ajateltu olevan lähinnä miensairauksien- ja häiriöiden puuttumista. Viime vuosikymmenten aikana kehitys on kuitenkin ollut runsasta. Psykiatriasta diagnostiikkaa on täsmennetty ja yhdenmukaistettu. Diagnostiikassa huomioidaan myös toisia



kulttuureja edustavat asiakkaat. Mielen terveyden ongelmia ei nimetä enää niinkään sairauksiksi, vaan eriasteisiksi häiriöiksi. Häiriöiden ajatellaan olevan enemmän dynaamisia ja elämäntilanteisiin liittyviä. Sairauskäsitettä käytetään kuitenkin vielä, kun puhutaan vakavista mielen terveyshäiriöistä esimerkiksi skitsofreniasta. (Vuori-Kemilä 2007, 8-9.)

## 2.1 Mielen terveyteen vaikuttavat tekijät

Mielen eri prosessit ovat aivotoiminnasta peräisin. Aivotoimintaan vaikuttavat geenit, kehitykselliset, sosiaaliset ja vuorovaikutus sekä eri elämäkokemus tekijät. Aivotoimintoihin voidaan kuitenkin vaikuttaa oppimisen kautta, jonka avulla voidaan muokata hermosolujen verkostoja ja synapsirakenteita. Aivojen limbisen järjestelmän on eri tunteiden ja mielialojen takana. Limbisen järjestelmän toimii hermosolujärjestelmien avulla ja lähettää tietoa muualle aivoihin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 14-18.)

Mielen terveys sisältää positiivisen mielen terveyden ja erilaiset mielen terveyden sairaudet- ja häiriöt. Perusta mielen terveydelle luodaan jo lapsuudessa. Psykkiseen kehitykseen vaikuttavat perheen lisäksi eri yhteisöt esimerkiksi; päiväkotit, koulu, ystävät ja harrastukset. Tarkasteltaessa mielen terveyttä kokonaisuudessaan vaikuttavat siihen lisäksi muun muassa: fyysinen terveys, biologiset tekijät, kasvuolosuhteet, sosiaalinen tuki, taloudellinen toimeentulo, asuin ympäristö, yhteiskunta, arvot sekä kulttuuriset tekijät. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 10.)

Positiiviseen mielen terveyteen voidaan nähdä kuuluvan erilaiset voimavarat, kuten ihmisen yksilöllinen toimintakyky, työkyky, itsearvostus, selviytymistäidot, henkinen kestävyys ja kyky ylläpitää ihmissuhteita. Lisäksi siihen kuuluu kyky tuntea mielihyvää ja kokemus elämän mielekkyydestä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 10-11.) Positiivisen käsityksen mukaan mielen terveys ei riipu vain yksilön omista ominaisuuksista tai perimästä, vaan siihen vaikuttavat näiden lisäksi yhteiskunnalliset, elämäntilanteelliset ja kulttuuriset tekijät (Vuori-Kemilä 2007, 10.)

Elämäntilanteidenhallinta-käsitteenä liittyy vahvasti mielen terveyteen. Elämäntilanteidenhallinnalla tarkoitetaan ihmisen yleisiä strategioita, joiden avulla ihminen selviytyy erilaisissa elämän ristiriitaisissa tilanteissa. Elämäntilanteidenhallinta nähdään koostuvan tyytyväisyydestä elämään ja koherenssin eli koetun eheyden tunteesta. Sosiologi Aaron Antonovskyn esittämän koherenssi teorian mukaan yksilöt näkevät maailman- ja ympäristön erilaisten tapojen mukaan. Antonovsky on kuitenkin erotellut teoriasaan kolme eri tekijää, jotka tuovat tunnetta koherenssista: hallittavuus, mielekkyys ja ymmärrettävyys. Ymmärrettävyyden avulla kyetään ymmärtämään loogisia asiayhteyksiä ympäristöstä- ja sen tapahtumista. Hallittavuus tunne tuo yksilölle uskoa siitä, että yksilö voi itse vaikuttaa itsensä- tai muiden ihmisten avulla omaan elämäänsä ja sen tapahtumiin. Mielekkyydellä viitataan yksilön pyrkimykseen tuntea mielekkyyttä omasta elämästään. (Vuori-Kemilä 2007, 12-13.)

## 2.2 Mielenterveyden horjuminen

Ihminen on jatkuvasti vuorovaikutteisessa suhteessa ruumiinsa kanssa. Psykkiset kokemukset, kuten ahdistus ja pelko voivat ilmetä fysiologisina oireina esimerkiksi sydämen tykytyksinä, hikoiluna tai jännittyneisyytenä. Perimä voi myös vaikuttaa mielenterveyteen. Alttius muun muassa skitsofreniaan tai kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön tiedetään olevan perinnöllistä. Lisäksi temperamenttierojen nähdään olevan perinnöllisiä. Temperamentilla on yhteys käyttäytymistäipumuksiin- ja tunnesäätelyyn. (Vuori-Kemilä 2007, 12.)

Mielenterveyden funktionaalisen mallin mukaan voidaan jakaa osatekijät mielenterveyttä edistäviin ja ongelmille altistaville tekijöille. Sen mukaan osatekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja se antaa mahdollisuuden erityispiirteiden huomioimiseen. Altistaviin tekijöihin kuuluvat mielenterveyttä edistävät tekijät tai mielenterveysongelmille altistavat riskitekijät. Näitä voivat olla esimerkiksi fyysiset, biologiset, psykologiset ja sosiaaliset ympäristötekijät. Laukaisevia tekijöitä, jotka heikentävät positiivista mielenterveyttä voivat olla esimerkiksi elämäntilanteet, joista aiheutuu paljon stressiä, kuten vakava sairastuminen, avioero tai työttömyys. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 11-12.) Olennainen osa- ja syy mielenterveyden horjumiselle voi myös löytyä erilaisista elämänkriiseistä, historiasta ja traumaattisista tapahtumista, jotka voivat vaikuttaa ihmisen kehitykseen (Vuori-Kemilä 2007, 9.)

Mielenterveysongelmien taustalla on nykyäsityksen mukaan mielenterveyttä suojaavien ja häiriöille altistavien tekijöiden yhteissumma. Tätä voidaan tarkastella haavoittuvuus-stressimallin avulla. Eli miten ihminen kokee elämässä tapahtuvat erilaiset kriisit ja tapahtumat. Yksilöllisten tekijöiden lisäksi tähän vaikuttavat aiemmat elämäkokemukset ja niistä selviäminen. Psykkinen haavoittuvuus on usein synnynnäistä, perittyä tai alttiutta reagoida stressiin erilaisilla psyykkisillä oireilla. Häiriölle altistavat tekijät eli haavoittavat tekijät ja stressin yhteisvaikutus ovat paremmin siedettävissä, kun mielenterveyttä suojaavia tekijöitä on runsaasti. Suojaaviin tekijöihin voidaan luokitella esimerkiksi ongelmanratkaisutaidot, kyky suoriutua arkipäiväisistä haasteista sekä hyvät ihmissuhteet elämässä. Suojaavat tekijät tasapainottavat mielenterveyttä ja ehkäisevät mielenterveyden ongelmia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 12.)

Psykiatri John Bowlbyn 1950-luvulla kehittämän kiintymyssuhdeteorian nähdään myös vaikuttavan ihmisen elämään. Kiintymyssuhdeteorian mukaan pienellä vauvalla on alkuun rajallinen kyky sietää voimakkaita tunteita ja niiden käsittelyyn vauva tarvitsee aikuista lohduttamaan ja tyyntyttämään. Vauvalla ei ole kykyä hoitaa omaa psyykettään eikä psyykkistä itsesäätelykykyä, joka kannattelsi psyykettä. Vanhemmat tuovat vauvalle turvaa ja suojaavat psyykkisesti tätä. Vauvan ja tämän ensisijaisen hoitajan välille muodostuva tunneside vaikuttaa lapsen kehitykseen myöhemmin. Mikäli tämä ensisijainen kiintymyssuhde ei ole turvallinen vaan traumaattinen, puutteellinen tai kaltoinkohdeltu vahingoittaa se lapsen keskushermoston

kehitystä. Lapsena muodostettu kiintymyssuhdemalli voi siis vaikuttaa koko ihmisen elämään ja suhtautumistapaan muihin ihmisiin. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 22-25.)

### 3 Päihderiippuvuus

Päihderiippuvuus voidaan määritellä siten, että jokin päihdyttäväaine luo ihmiselle pakonomaisen tarpeen tai himon päihdyttävää ainetta kohtaan. Keskeisempiä ongelmia käyttäjällä ovat usein käytön aloitus, määrät tai lopettaminen. Käyttö voi jatkua ongelmista huolimatta, vaikka henkilö tunnustasi ongelmat ja käytöstä koituvat kielteiset vaikutukset. Vaikeassa riippuvuudessa voidaan usein havaita henkilön kykenemättömyys huolehtia itsestään, ihmissuhteistaan, koulusta tai työstään. Riippuvuuteen liittyy toleranssin kasvu sekä vieroitusoireet, jotka voivat olla fyysisiä tai psyykkisiä ja ne voivat ilmetä myös samaan aikaan. Päihderiippuvaisen voi olla myös vaikea myöntää tai tunnistaa olemassa olevaa ongelmaa. (THL 2019.)

Päihderiippuvuuden syntyminen edellyttää, että aine tuottaa käyttäjälleen psyykkisesti tai fyysisesti tyydyttävän tilan. Tyypillisesti riippuvuutta synnyttävät aineet, jossa mielihyvää aiheuttava tila saadaan nopeasti aikaan käyttäjälleen. Huomioitavaa on, että riippuvuuden syntyyn vaikuttavat myös yksilölliset tekijät. Riippuvuutta aiheuttavat perinnölliset tekijät sekä lapsuudessa ja nuoruudessa opitut sosiaaliset tekijät. Päihdeongelman synty ei katso ikää ja ongelman voi laukaista myös stressi tai elämässä koettu kriisi. (Koski-Jännes 2009.)

#### 3.1 Päihdehäiriöt Suomessa

Melkein lähes jokainen tuntee päihdeongelmaisen henkilön. Suomessa alle 35-vuotiaista jopa 10-15% täyttää päihdehäiriön kriteerit. Häiriö on 2-3 kertaa yleisempää miehillä, kuin naishenkilöillä. Päihdeongelmalle on tyypillistä vaihtelevuus ongelman kehityksessä. Usein päihdehäiriö jää niin sanotusti piiloon ja suurin osa ihmisistä pääsee eroon päihdehäiriöstä itse. Osalla päihdehäiriö syvenee siihen pisteeseen, että se johtaa sosiaaliin, fyysisiin ja psyykkisiin ongelmiin. Pahimmillaan kierre syvenee niin, että se uhkaa jopa yksilön henkeä. (Rapeli 2019, 335.) Myös tapaturma- ja riski pahoinpitelylle kasvaa päihdeittien vaikutuksen alaisena (Heikkilä 2012, 10.) Harvoin ensimmäinen katkaisu yritys johtaa raitistumiseen, vaan siitä alkavat raittiit- ja retkahdusjaksot (Rapeli 2019, 335.)

Päihderiippuvuus nähdään valitettavan usein vain tietyn ryhmän ja yksilöiden ongelmana. Tällöin on vaikea hahmottaa, että ilmiöön vaikuttavat yhteiskunnan laajempi sosiaalinen tilanne. Suomalaisessa yhteiskunnassa vallitsevat erityispiirteet altistavat riippuvuuksille, kuten yksinäisyys, humalanhakuinen juomakulttuuri, perinnölliset tekijät. Perintö- ja ympäristötekijät eivät kuitenkaan yksiselitteisesti laukaista ongelmaa ilman käyttäjän toistuvaa tarvetta turvautua mielihyvää tuottavaan aineeseen. Riippuvainen henkilö tavoittelee aineella erilaisia päämääriä, kuten mielihyvä, äärikokemukset, stressin lievitys tai jopa olotilan saattaminen

normaaliksi vieroitusoireiden aikana. Riippuvuus aiheuttaa aivoissa erilaisia neurokemiallisia sekä fysiologisia muutoksia. (Koski-Jännes 2009.)

### 3.2 Riippuvuuden biokemiallinen näkökulma

Päihderiippuvainen voi olla motivoitunut lopettamaan käyttämänsä päihteen, mutta todellisuudessa lopettaminen voi olla negatiivisista vaikutuksista huolimatta haastavaa. Neurobiologiset näkemykset auttavat ymmärtämään mitä riippuvuus todellisuudessa on. (Poll-Tassin 2009.) Päihderiippuvuuden keskiössä on mesokortilimbinen palkkiorata, ehdollistuminen ja tapojen muodostuminen, endogeeniset opioidipeptidit sekä niiden reseptorit. Aktiivinen päihteen käyttö muuttaa henkilön dopamiini järjestelmää. (Alho 2011, 121-122.) Mesolimbisen dopamiinirata on parhaiten tunnettu ja tutkittu. Se on evoluution kannalta hyvin vanha aivojen toimintarakente, joka perustuu selviytymiseen ja lisääntymiseen. Tarkoituksena on turvata syöminen, juominen ja lisääntyminen. Mielihyvää tuottavat ärsykkeet saavat aikaan voimakkaan dopamiinin purkautumisen ja vastaavasti ärsykkeen saamattomuus aiheuttaa hetkellisen dopamiiniriikityksen vähenemisen, joka johtaa negatiivisiin tuntemuksiin. (Alho 2011, 121-122.) Päihteet puolestaan aktivoivat mielihyvärataa ylikierroksille. Kun henkilö käyttää päihdyttävää ainetta pitkään aivot ehdollistuvat aineeseen ja alkavat vaatia sitä lähes samalla tavalla kuin ruokaa ja muita elämää ylläpitäviä tekijöitä. (Panhelainen 2012.)

#### 3.2.1 Suomessa käytettävät päihteet

Suomessa yleisin päihde on alkoholi. Yli puoli miljoonaa suomalaista kuluttaa alkoholia yli riskirajojen. (THL 2019.) Huumeiden käyttö on vähäisempää verrattuna alkoholiin, mutta huumeiden merkitys näkyy yhteiskunnassamme monilla eri tahoilla (Aalto, Alho & Niemelä 2018, 10.) Huumeita Suomessa on käytetty eri aikoina ja niiden laillisuus on vaihdellut eri vuosikymmenien aikana. Huumausaineiksi luokitellaan aineet ja valmisteet, jotka luetellaan asetuksessa huumausaineina pidettävistä valmisteista, kasveista ja aineista. Tämä asetus perustuu YK:n huumausaineyleissopimukseen (SopS 23/1967). (Varjonen 2014.) Nykyään Suomessa huumausainelain (373/2008) mukaan kaikki huumausaineisiin liittyvä on kiellettyä. Tähän kuuluu muun muassa käyttö, hallussapito, myyminen, valmistaminen, kuljetus jne. Tästä voidaan kuitenkin poiketa lääkinnällisistä ja tutkimuksellisista syistä. (Varjonen 2014, 13-14.) Suomessa yleisimmin käytetyt huumeet ovat erilaiset kannabistuotteet, opiaatit, amfetamiini, muuntohuumeet ja psykostimulantit. Myös erilaisia reseptilääkkeitä käytetään Suomessa väärin. (Aalto, Alho & Niemelä 2018, 11.)

#### 3.2.2 Alkoholi

THL:n raportin (2019) mukaan alkoholin käyttö kokonaisuudessaan kasvoi aina vuoteen 2007 asti, mutta on sen jälkeen laskenut lähes viidenneksellä. Tutkimuksen mukaan 13% väestöstä kuluttaa alkoholia siinä määrin, että heillä on kohonnut terveystieteiden haitta mahdollisuus.

Tämä tarkoittaa yli puolta miljoonaa suomalaista. Riskirajat naisilla on yli 7 annosta viikossa ja miehillä yli 14 annosta. Huomioitavaa on, että haitalliselle käytölle on omat kriteerit, eikä haitallinen käyttö tarkoita vielä riippuvuutta. Riippuvaisella alkoholin käyttö on jo aiheuttanut ongelmia ja toleranssin kasvua. (Rapeli 2019, 342- 344.)

### 3.2.3 Huumeet & reseptilääkkeet

Huumeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa merkittävästi 1990-luvulta lähtien. Myös asenteet huumeita kohtaan ovat muuttuneet, etenkin nuorten keskuudessa. Suomessa on tehty väestökyselyitä huumeiden käytöstä, mutta kokonaismäärää on niistä vaikeaa päätellä. Vuonna 2014 tehty tutkimus selvitti, että 15-69-vuotiaista 19% oli kokeillut jotain huumetta. Määrä on kaksinkertaistunut 16 vuoden aikana. On melko tyypillistä, että huumeiden käyttäjät Suomessa ovat sekakäyttäjiä, etenkin hoidonpiiriin hakeutuvilla sekakäyttö on yleistä. Vuonna 2015 tehty katsaus osoitti, että 51% päihdepalveluiden potilaista oli ainakin 3 päihdyttävän aineen ongelma ja lähes kaikilla opioidikorvaushoidossa olevat käyttäjät olivat monipäihdeongelmaisia. (Aalto, Alho & Niemelä 2018, 11-12.) Reseptilääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan, kun lääkkeitä käytetään ei lääkkeelliseen tarkoitukseen, ilman lääkärin määräystä ja usein liian suurina annoksina. Tavallisemmin väärin käytettyjä lääkkeitä ovat muun muassa unilääkkeet, rauhoittavat sekä vahvat kipulääkkeet. Suomessa vuonna 2018 7% 15-69-vuotiaista kertoi käyttäneensä joskus reseptilääkkeitä väärin. Lääkkeiden väärinkäyttö on yleistynyt 25-34-vuotiaiden keskuudessa koko 2000-luvun ajan. (THL 2020.)

### 3.2.4 Vaikutusmekanismit

Päihteiden vaikutusmekanismit ja sitä kautta saavutettavat tilat ovat erilaisia riippuen käytettävästä päihdestä. Karkeasti päihteiden vaikutusmekanismeja voidaan tarkastella keskushermoston näkökulmasta. Päihteet lamauttavat aivojen keskushermostoa tai vaikuttavat toimintaan kiihdyttävästi. Eri päihteet sitoutuvat aivojen eri reseptorien kautta ja tuottavat näin ollen myös erilaisia vaikutuksia. Vaikutukset ovat annos- ja ainekohtaisia. Päihteet voivat vaikuttaa vireystilaan, seksuaaliseen aktiivisuuteen, mielihyvän tunteeseen, sosiaalisuuteen, estoihin sekä aiheuttaa aistiharhoja ja minuuden katoamista. (Mielenterveystalo 2020.) Vaikutuksien aikaan saaminen vaihtelee käytettävän päihteen käyttötavasta. Päihteitä voidaan nuuskata, pistää verenkiertoon, nauttia suun kautta tai hengitysteiden. (Joutsa & Kiianmaa 2018, 28.)

## 4 Päihteiden vaikutus mielen hyvinvointiin

Päihteet vaikuttavat monella eri tapaan mielen hyvinvointiin ja jaksamiseen. Tässä osiossa tarkastellaan päihteiden vaikutuksia sosiaalisen, fyysisen, sekä psykiatrisen hyvinvoinnin näkökulmasta. Tärkeää on huomioida, että päihteet voivat aiheuttaa kuormitusta myös mielen hyvinvoinnille. Mielen hyvinvoinnilla tarkoitetaan toimintaa ja tekemistä, jonka yksilö kokee

mielekkääksi, kuten harrastukset, itseluottamus, toimintakyky ja hyvinvoinnin subjektiivista kokemista. Mielen hyvin voinnilla selviydytään vastoinkäymisistä. (HUS- ammattilaisille 2020.) Mielen hyvinvointia ei voida määrittää yksiselitteisesti ja siihen vaikuttavat paljon yksilön omat näkemykset hyvinvoinnista. Vakava psyykinen tai fyysinen sairaus ei pois sulje hyvinvointia.

Päihteet, etenkin alkoholi voivat alkuun tuottaa rentoutumista ja edesauttaa nukahtamista. Liian suuri annos puolestaan rikkoo unen rakennetta ja voi aiheuttaa kuorsausta ja hengityskatoja, eli uniapneaa. Tällöin unen laatu kärsii ja henkilö voi olla normaalia väsyneempi nukutun yön jälkeen. Alkoholin käyttö heikentää REM-univaihetta. 3-5 tunnin jälkeen alkoholia alkaa palamaan pois kehosta terveellä ihmisellä, jolloin REM univaihetta lisääntyy ja on mahdollista, että henkilö kokee painajaismaisia unia, jolloin uni voi katketa. Runsas alkoholin käyttö voi aiheuttaa myös ahdistuneisuutta ja unettomuutta. (Holapainen, Partinen & Huutoniemi 2017.) Unen laadulla ja määrällä on selkeä yhteys ihmisen hyvinvointiin.

#### 4.1 Sosiaalinen näkökulma & syrjäytyminen

Sosiaalinen hyvinvointi voidaan käsittää hyvin laajasti yhteiskunnassa ja henkilöiden subjektiivisesta näkökulmasta. Tässä osiossa tarkastellaan, kuinka päihteet yleisesti heikentävät sosiaalista hyvinvointia, joka käsittää ihmissuhteet, yhteisöllisyyden, asuinympäristön, perheen ja työn sekä ihmisarvon kautta. Päihteet voivat lisätä sosiaalisten ongelmien kerääntymistä yksilölle. Onkin hankalaa määrittää syy-seuraussuhdetta, kun tarkastellaan ongelmien alkuperää. Karkeana esimerkkinä voidaan ottaa kerralla nautittu runsas alkoholi määrä ja alkoholin kulutuksen pitkäaikaisvaikutukset yksilön hyvinvointiin. (Peltoniemi 2013, 84.)

Päihteiden käytön aiheuttamaa sosiaalista haavoittuvuutta voidaan nähdä kenties eniten henkilökohtaisessa elämässä liittyen perhe- ja ihmissuhteisiin sekä talouteen ja hyvinvointiin. Voimakkaasti päihtyneenä henkilön kyky ongelmanratkaisuun, omien tunteiden hallintaan sekä riskien arviointi hämärtyy. Eri päihteet vaikuttavat henkilön sosiaalisiin taitoihin silloin, kun henkilö on päihteen vaikutuksen alaisena. Esimerkiksi stimulantit voivat lisätä paranoidisuutta ja hyökkäävää vaikutelmaa. Tämä voi johtaa sosiaalisiin ristiriitoihin ja konflikteihin esimerkiksi perheen sisällä. (Lyden 2009.) Myös päihteen poistuessa kehosta voi edellä mainitut riskitekijät kasvaa vieroitusoireiden takia. Alkoholin käytön aikana alhainen verensokeri on mahdollinen riskitekijä. Päihtyneenä väkivallan teon, ja sen uhriksi joutumisen riski kasvaa. Väkivallaksi luokitellaan myös itsensä vahingoittaminen. Nämä sosiaaliset haitat eivät kohdistu aina vain päihteiden käyttäjään, vaan voivat vaikuttaa henkilön perheeseen, sukulaisiin, ystäviin, tuttaviiin ja jopa työyhteisöön, mikäli ristiriitaa tai jopa fyysistä väkivaltaa kohdistuu näihin henkilöihin. (Peltoniemi 2013, 84.) Tällöin riskinä on esimerkiksi sosiaalisen verkoston luoman tuen ja turvallisuuden menettäminen. Ollessaan yksinäinen tai yksin ihminen voi joko eristäytyä tai käyttäytyä ympäristöä häiritsevästi. Sosiaaliset ongelmat lisäävät päihteiden käytön riskiä ja päihteiden käyttö lisää sosiaalisia ongelmia.

Sosiaalinen haavoittuvuus ulottuu osallisuudesta yksityiselämään vaikuttaviin tekijöihin, kuten perheeseen, hyvinvointiin, talouteen, ihmissuhteisiin. Perhe- ja ihmissuhteiden ongelmat ovat kenties näkyvin tekijä päihteiden käytön aiheuttamista sosiaalisista haitoista. Käyttö voi aiheuttaa konflikteja perheen ja suvun sisällä. Päihteiden käytön periytyminen voi olla sukupolvia ylittävää. Perhe voi olla voimaton päihteiden käyttäjän kanssa ja tuntea jopa häpeää asiasta. Päihteiden käyttäjälle voi kasaantua ongelmia elämän eri osa-alueilla ja johtaa pahimmillaan syrjäytymiseen. Syrjäytymisessä negatiivisia asioita kasaantuu päällekkäin ja ne ruokkivat toisiaan. Oman elämän rakentaminen vaikeutuu, kun tiettyjä elementtejä puuttuu, kuten parisuhde, työsuhde ja taloussuhde. Tällöin yksilön huomio voi siirtyä pois esimerkiksi sosiaalisten suhteiden ylläpidosta tai omasta terveydestä huolehtimisesta ja ylläpitämisestä. (Ohisalo 2018.)

Syrjäytyminen on yksi päihteiden ongelmakäytön riskeistä. Potilaan sosiaalinen verkosto voi olla päihdekulttuuripainotteinen, jolloin kyseinen kulttuuri voi hankaloittaa päihteen vähentämistä tai lopettamista. Tutkimusten mukaan päihdeongelmaiset ovat matalasti kouluttautuneita. Työttömyys tässä ryhmässä on huomattava. Päihdepalveluiden, etenkin huumeasiakkaista kaksi kolmas osaa on vailla omaa asuntoa. (Varjonen 2014, 100-101.)

#### 4.2 Fyysinen näkökulma

Päihteet vaikuttavat yksilön terveyteen monella eri tapaa. Päihteiden somaattiset terveysvaikutukset voivat olla välillisiä tai vaikuttaa suoranaisesti terveyteen. Päihteet voivat pitkällä aikavälillä heikentää eri elimien toimintaa, altistaa erilaisille sairauksille monella eri tavalla, ja päihteet lisäävät riksikäyttäytymistä monessa eri asiayhteydessä, joka voi johtaa tapaturmaan ja sitä kautta lisääntyneeseen kärsimykseen. Päihteiden vaikutuksen alaisena myös seksuaalinen riskikäyttäytyminen kasvaa. Tämä tarkoittaa suojaamatonta yhdyntää, jolloin sukupuolitautilien riski lisääntyy. (Nikula 2010.)

Kun ihminen sairastuu voi se heikentää mielenhyvinvointia. Sairaus voi ilmetä äkillisesti tapaturman kautta, elintapojen tai perityvien riskitekijöiden kautta. Aina ei voida osoittaa syy-seuraussuhdetta sairastumiselle. Sairastuminen voi aiheuttaa ihmiselle kriisin. Se voi aiheuttaa erilaisia tunteita, kuten vihaa, häpeää, surua, syyllisyyttä tai jopa turvattomuuden tunnetta. (Mieli ry 2020.)

Alkoholin vaikutukset fyysiseen terveyteen näkyvät monin eri tavoin. Runsas alkoholin kulutus vaikuttaa ruuansulatuselimistöön, suun terveyteen, maksakirroosin ja haimatulehduksen riskin kasvuun sekä ääreishermoston rappeutumista, ja kasvattaa eri syöpien riskiä, kuten suun, nielun, kurkunpään, paksusuolen ja maksan syöpää. Alkoholin runsas käyttö on haitallista myös monissa pitkäaikaissairauksissa ja voi vaikuttaa lääkitykseen. Liika alkoholin käyttö vaikuttaa merkittävimmin maksan toimintaan ja terveyteen. Alkoholi lisää rasvamaksan riskiä ja

alkoholihepatiitin. Suomessa 90% maksakirrooseista on alkoholin käytön aiheuttamia. (Väkeväinen, Heliö, Winqvist & Jaatinen 2015, 189.)

Alkoholin vaikutukset sydän ja verenkiertoelimistöön on käytöstä ja määristä riippuvaisia. Joidenkin tutkimuksien mukaan kohtuukäyttö voi jopa suojata sepelvaltimotaudilta. (Väkeväinen 2015, 189.) Runsaampi käyttö alkaa aiheuttamaan terveydellisiä ongelmia myös kertaluontoinen käyttö voi aiheuttaa sydän oireilua, kuten tykyttämisen tunnetta tai jopa eteisvärinä kohtauksen. (Kettunen 2018.) Alkoholi voimistaa joidenkin lääkaineiden vaikutusta. Sydän lääkkeistä alkoholi voimistaa nitron aiheuttamaa verenpaineen laskua. (Pharmaca fennia 2015.)

Huumeiden merkittävin vaikutus somaattiseen terveyteen ovat erilaiset infektiot, jotka voivat liittyä elämäntapaan tai veriteitse tarttuviin. Yleisin syy infektioiden tarttumiselle ovat jaetut pistosvälineet. Veriteitse tarttuvista sairauksista yleisin on C-hepatiitti. On arvioitu, että 75% huumeiden käyttäjistä sairastaa C-hepatiittia. Vuositasolla todetaan noin 1000 uutta hepatiitti tartuntaa. Edellä mainittujen riskien lisäksi infektiioihin liittyviä terveydellisiä tekijöitä ovat pistoskohdan infektiot, sepsis, sydämen bakteeri infektiot sekä infektioiden leviäminen muihin kudoksiin. (Kivelä 2018, 206, 210.)

#### 4.3 Psykkinen näkökulma

Merkittävin mielenterveyden häiriö päihteidenkäyttäjällä on itse riippuvuus. Ongelma käyttöön liittyy usein myös muita psyykkisiä oireita ja häiriöitä. Väestötutkimusten mukaan on todettu, että päihteiden käyttäjillä esiintyy enemmän mielenterveydellisiä ongelmia, kuin muulla väestöllä. (Aalto 2015, 221.) Päihteiden käyttö suhteessa mielenterveyden ongelmiin voi olla ajoittain haastavaa hoitaa ja havaita. Ongelman määrittäminen voi olla aikaa vievä prosessi, mutta on välttämätön potilaan oikean hoidon takaamiseksi. Selvitettäviä asioita ovat aiheuttaako itse päihde psyykkistä ongelmaa vai ovatko oireet itsenäisiä. Tällöin voidaan määritellä minkä hoidon piiriin potilas kuuluu. Itsenäinen mielenterveysongelma päihteiden käyttäjällä tarkoittaa, että häiriö ei johdu päihteestä. Tätä voidaan selvittää pitkällä raittius jaksolla. Mikäli oireet jatkuvat pitkään raittiina olon jälkeen voidaan todeta, että potilaalla on itsenäinen mielenterveydellinen häiriö. Henkilö, jolla on itsenäinen mielenterveydellinen ongelma voi päihteen käyttö pahentaa olemassa olevaa mielenterveyden ongelmaa, vaikka henkilö voi kokea päihteen auttavan hetkellisesti. Myös vieroutuminen päihteestä voi aiheuttaa psykiatrista häiriötä. (Aalto 2018, 200, 203.)

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan, että potilaalla on samaan aikaan diagnosoitu päihdeongelma sekä itsenäinen mielenterveydellinen häiriö, kuten persoonallisuushäiriö, ahdistuneisuutta tai epävakautta. Huomioitavaa on, että termi kaksoisdiagnoosi ei ole täysin adekvaatti, sillä henkilöllä voi olla useampia mielenterveydellisiä ongelmia. (Aalto 2015, 200.)



Päihteiden aiheuttamat mielenterveyden ongelmat voivat olla akuutteja ja voivat vaatia väli­töntä hoitoa. Huumeet laukaisevat yleensä tämän kaltaisia häiriöitä ja oireilua. Tavallisemmin Suomessa kannabis ja erilaiset stimulantit aiheuttavat psykoosin. Tällöin henkilön todellisuudentaju on heikentynyt, henkilöllä voi esiintyä erilaisia aistiharhoja tai jopa pelkotiloja. Tällöin potilasta hoidetaan hetkellisesti psykoosilääkkeillä ja varmistetaan käytettävän päihteen lopettaminen. Tämä vaatii usein sairaalatasoista hoitojaksoa ja mahdollisesti voidaan joutua turvautumaan potilaan etua ajatellen tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tahdosta riippumattomaan hoitoon tarvitaan lääkärin kirjoittama M1 lausunto (Aalto 2018, 202.) Myös alkoholi voi aiheuttaa psykoosin, mutta se on harvinaisempi kuin delirium, joka on lyhyt aikaisempi äkillinen psykoosin kaltainen tila. Alkoholi psykoosiin tai deliriumiin liittyy usein vuosia jatkunut alkoholin runsas väärinkäyttö ja riippuvuus. (Aalto 2015, 226.)

## 5 Päihteidenkäyttäjän kohtaaminen hoitotyössä ja hoitajien asenteet

”Hoitotyö on tutkittuun tietoon ja näyttöön, työstä saatuun kokemukseen tai parhaisiin käytäntöihin perustuvaa ammatillista toimintaa” (Erikson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Jukunen & Åstedt-Kurki 2012, 32; Holmberg 2016, 50-51.) Näyttöön perustuva hoitotyö -ja toiminta pohjautuvat siis parhaan ajantasaisen tiedon käyttöön ihmisten hoitamisessa. Tavoitteena on käyttää vaikuttavia hoitokäytäntöjä ja työmenetelmiä ja näin vastata hoidon tarpeeseen. Parhaan ajantasaisen tiedon katsotaan olevan luotettavaa tutkimustietoa tai tietoa, jonka voidaan arvioida olevan luotettavaa. Vahvinta näyttöä edustavat järjestelmälliset katsaukset sekä luotettaviin tutkimusnäyttöihin perustuvat suositukset. Lisäksi tietoa voidaan saada toimintaympäristön olosuhteista, tutkimusnäytöstä, käytössä olevista resursseista sekä hoitotyöntekijän kliinisestä arviosta tai potilaan ja hänen hoitoonsa osallistuvien henkilöiden antamista tiedoista. Hoitajan tulee tietää vaikuttavista hoitotyön menetelmistä. Hoitaja tekee jatkuvasti työssään arviointia tehdessään päätöksiä potilaan hoitoa koskien. (Holmberg 2016, 50-51.)

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan ”Sairaanhoitaja toimii tehtävässään oikeudenmukaisesti. Hän hoitaa jokaista potilasta yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisten tarpeiden mukaa, riippumatta potilaan terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta” (Sairaanhoitajat 1996.) Sairaanhoitajan työtä ohjaa siis runsaasti etiikka ja erilaiset eettiset kysymykset. Eettinen hoitotyö perustuu hoitajan henkilökohtaisiin- ja ammatillisiin arvoihin. Arvot ohjaavat hoitajan käsitystä potilaasta ja hänelle suunnatusta kohtelusta. Lisäksi hoitajan toimintaa ohjaavat normit, hoito-ohjeet sekä lait. Hoitajan ei tarvitse kuitenkaan olla eettisten kysymysten äärellä yksin. Eettisiä kysymyksiä on hyvä pohtia muun hoitohenkilökunnan kanssa. Yhdessä pohditut päätökset antavat tukea päivittäiseen päätöksentekoon hoitotyössä. Kollegiaalisuus on osa hoitotyön ammattietiikkaa. (Holmberg 2016, 55, 57.)

Sairaanhoitajan tulisi siis käyttää samoja menetelmiä hoitotyössään kohdatessaan päihdeasiakkaita, kun esimerkiksi jostakin fyysisestä vaivasta hoidettavaa potilasta. Tämä ei kuitenkaan aina toteudu. Mielenterveys- ja päihdehäiriöstä kärsivä ihminen saatetaan leimata helposti ja luokitella jonkin stereotypian mukaan (Holmberg 2016, 64.) Laitilan tutkimuksessa hoitotyöntekijöiden haastatteluista kävi ilmi, että erityisesti päihdeongelma potilaisiin liittyy negatiivisia ennakkoluuloja ja asenteita. Näihin liittyvät hoitajien oma asenne ja käsitykset mielenterveys- ja päihdeongelmista. Hoitajat pohtivat haastelluissa esimerkiksi, onko kyseinen ongelma itse aiheutettua vai ei. Lisäksi hoitajien asenteisiin vaikuttavat työpaikan kulttuuri, perinteet ja koulutus. (Laitila 2010, 132.) Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat voidaan nähdä väkivaltaisina, motivoitumattomina hoitoon ja manipulatiivisina. Hoitohenkilökunnan negatiivinen asenne voi huonontaa hoitotuloksia ja vähentää asiakkaan tunnetta voimaantumisesta. Pelko tulla leimatuksi voi estää asiakkaita hakeutumasta hoitoon ongelman varhaisvaiheessa. (Holmberg 2016, 64.)

Hakala, Koivunen & Peltonen (2017, 570, 575) tuovat analyysissään ilmi, että noin kolmasosaan päivystyspoliklinikakäynteihin liittyy päihteiden käyttö ja päihderiippuvuus. Kuitenkaan alkoholiongelmiin puuttuminen ei ole rutiininomaista. Päivystyksessä työskentelevä hoitohenkilökunta saattaa kohdella päihtyneitä huonommin kuin toisia potilasryhmiä. Tämän vuoksi päihtyneet potilaat voivat saada riittämätöntä lääketieteellistä hoitoa. Hoitohenkilökunta saattaa arastella ottaa päihteidenkäyttöä puheenaiheeksi ja päihteidenkäyttäjät koetaan kuormittavaksi potilasryhmäksi. Hoitohenkilökunnan varhaisella puuttumisella päihteiden käyttöön voidaan kuitenkin ehkäistä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja, joka on yhteiskunnallisestikin merkittävää.

Hoidollisen ja yhteiskunnallisen merkityksen näkökulmasta mielenterveys- ja päihdehäiriön samanaikaisesta esiintymisestä on niukasti tutkimustietoa. Opinnäytetöitä aiheesta on tehty enemmän. Mielenterveys tai päihdehoitoon liittyviä väitöskirjoja on runsaasti saatavilla. Hoitotyössä voidaan kuitenkin soveltaa tutkimustietoa muilta aloilta, kuten psykologia, sosiaalityö ja päihdelääketiede. Suomessa hoitotyön tutkimussäätiö eli hoitotyön asiantuntijat vastaavat valtakunnallisista hoitosuosituksista. Hoitosuositukset ottavat kantaa eri tutkimus- ja hoitomenetelmistä ja niiden vaikuttavuudesta. Suomessa lääkäri-seura Duodecim laatii Käypä hoito-suositukset. Käypä hoito-suositukset perustuvat näyttöön ja ovat lääketieteellisten asiantuntijoiden yhteenvetoja eri sairauksien diagnostiikasta ja hoidon vaikuttavuudesta. (Holmberg 2016, 51, 53.)

Käypä hoito-suositusten mukaan päihdeongelmat ja mielenterveys ovat usein yhtenäisen ongelma, ja niihin voi myös liittyä somaattisia ongelmia. Duodecim on laatinut erikseen Käypä hoito -suositukset huumeongelmalliselle ja alkoholiongelmalliselle potilaalle. Käypä hoidon mukaan huumeongelmaisten potilaiden hoito on yhteiskunnalle halvempaa kuin jättää hoitamatta. Mielenterveysongelmat voivat olla seurausta päihteidenkäytöstä tai olla niiden aiheuttajana.

Usein niiden taustalla on kuitenkin samoja altistavia tekijöitä ja niiden hoidossa on hyötyä päihdepsykiatrisesta osaamisesta. Keskeiseksi sanomaksi molemmissa ohjeistuksissa nousee avoin, ennakkoluuloton, neutraali ja tuomitsematon ote hoitotyössä. Hoitajan tulisi omata hyvät vuorovaikutustaidot, koska niillä voi olla vaikutusta hoitotulokseen. Hyvien vuorovaikutustaitojen lisäksi hoitajan tulisi osata arvioida eli reflektoida omia taitojaan ja pyrkiä kehittämään niitä tarvittaessa. (Käypä hoito 2018.)

Hoitotyössä voi kohdata päivittäin päihteidenkäytöstä tai mielenterveysongelmien haitoista kärsiviä potilaita. Potilaiden ikä voi olla vastasyntyneistä vanhuksiin. Sairaanhoidaja voi työssään toteuttaa päihdehoitotyötä esimerkiksi terveyskeskusten avoterveydenhuoltoyksiköissä, vuodeosastoilla perusterveydenhuollossa- ja erikoissairaanhoidossa, kotihoidossa- ja kotisairaalassa, päivystysalueilla sekä psykiatria- ja päihdehoidon yksiköissä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 11-12.) On siis tärkeää, että hoitaja ymmärtää päihde- ja mielenterveys hoitotyön taitojen tarpeellisuuden työskennellessään muissakin hoitoyksiköissä kuin mielenterveys- ja päihdehoidossa.

Sairaanhoidajan ammatissa asiakkaiden kohtaamisen tulisi olla ennakkoluulotonta ja neutraalia. Päihdeongelmasta kärsivän hoidossa tulisi myös kiinnittää erityistä huomiota asiakkaan lähiympäristöön, esimerkiksi perheeseen tai lapsiin. (Holmberg 2016, 54.) Penttilän pro gradu- tutkielmassa tuodaan ilmi, miten suuressa osassa päihteidenkäyttö on lastensuojelun asiakasperheissä. Vanhempien päihteidenkäyttö voi olla nuorten häiriökäyttäytymisen ja tunne-elämän vaikeuksien taustalla aiheuttaen pitkäaikaista haittaa. Päihdeongelmiin liittyy riski siirtää ongelmat seuraavalle sukupolvelle. Oikeanlaisten tukitoimien tarjoaminen päihdeperheelle voi kuitenkin huomattavasti vaikuttaa positiivisesti lasten elämään. (Penttilä 2012, 19-21.)

### 5.1 Hoitosuhde sairaanhoidajan ja päihteenkäyttäjän välillä

Sairaanhoidajan ja päihteenkäyttäjän kahdenkeskistä vuorovaikutussuhdetta kutsutaan hoitosuhteeksi. Hoitosuhteen onnistumiseen, luomiseen, ylläpitoon ja sen lopettamiseen vaikuttavat ensikontakti ja vuorovaikutussuhteen laatu. Hoitosuhteen nähdään koostuvan neljästä eri vaiheesta: tutustumisvaihe, orientoitumisvaihe, työskentelyvaihe ja lopetusvaihe. (Havio ym. 2008, 30.)

Tutustumisvaiheessa hoitaja ja päihteenkäyttäjä kohtaavat ensikertaa. Tässä vaiheessa sairaanhoidaja on voinut saada potilaasta jo ennakkoon tietoa esimerkiksi muilta hoitotahoilta raportoinnin yhteydessä tai puhelinkeskustelussa potilaan kanssa. Tässä vaiheessa on tärkeää, että hoitaja suhtautuu päihteenkäyttäjään ennakkoluulottomasti ja on empaattisesti kiinnostunut potilaan tilanteesta ja elämästä. (Havio ym. 2008, 30-31.) Hoitosuhde käsitetään jaettuna asiantuntijuutena eli potilasta pidetään oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Hoitaja tuo suhteeseen puolestaan asiantietoa ja eri vaihtoehtoja hoidosta- ja kuntoutuksesta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 219.)

Hoitosuhteen edetessä tutustumisvaiheesta orientaatiovaiheeseen keskitytään tiedonhankintaan, havainnointiin, luottamuksellisen suhteen rakentamiseen, hoidon suunnitteluun ja johtopäätösten tekoon. Tästä edetään työskentelyvaiheeseen, jossa hoitaja- ja päihteenkäyttäjät tutkivat potilaan elämäntilannetta eri näkökulmien avulla. Työskentelyvaiheessa sairaanhoitajan tulee tukea päihteenkäyttäjää ratkaisemaan elämäntilannettaan ja päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia. Hoitajan tehtävänä on herättää päihteenkäyttäjässä itsetutkiskelua ja oivalluksia. Tarvittaessa hoitaja antaa potilaalle ohjausta, tietoja sekä rakentavaa palautetta potilaan toiminnasta. Päihteenkäyttäjät voi tarvita rohkaisua, tukea ja kehotusta ryhtyä toimeen. (Havio ym. 2008, 30-31.)

Viimeisessä vaiheessa eli lopetusvaiheessa hoitosuhde päättyy yllättäen tai sovitusti. Hoitosuhde voi päättyä yllättäen, jos potilas jättää saapumasta käynneille tai hoito siirtyy toiseen hoitoyksikköön. Hoitosuhteen päättämisestä olisi kuitenkin hyvä puhua etukäteen ja suunnitella potilaan kanssa tulevaisuutta ja jatkohoitoa. Sairaanhoitaja voi myös tarjota potilaalle kontrollikäyntejä tuen turvaamiseksi. Lopetusvaiheessa korostetaan potilaan omia voimavaroja tulevaisuudessa ja tuodaan esiin hoitajan luottamus potilaan onnistumiseen. Luottamuksen osoittaminen voi toimia potilaalle suurena voimavarana ja tukea potilasta hoitosuhteen jälkeenkin. Lopetusvaiheessa hoitajan tulee huolehtia, että molemmilla osapuolilla on hoitosuhteesta yhtenäinen näkemys. Hoitosuhteen päättyessä yllättäen tulisi potilas yrittää tavoittaa esimerkiksi kirjeitse. (Havio ym. 2008, 33-34.)

Yksi tapa päihteidenkäyttäjän kohtaamisessa on hoitavan kohtaamisen menettelytapa. Sillä tarkoitetaan sairaanhoitajan ammatillista ja hoidollista asennoitumista päihteenkäyttäjään. Tunnusmerkkinä hoitavalle kohtaamiselle on hoitajan suhtautuminen päihteenkäyttäjään kunnioitavasti, myönteisesti, ja myötäelävästi. Ammatillinen, hyväksyvä ja empaattinen kohtaaminen toteutuu, jos hoitaja kykenee pitämään potilasta vertaisenaan ja toisaalta erillisenä yksilönään. Ammatillista hoitavaa kohtaamista voidaan pitää yhdenvertaisena minä-sinä suhteena hoitajan ja potilaan kesken, jossa hoitaja on ammattiroolissa ja päihteenkäyttäjä potilaan roolissa. Tässä suhteessa sairaanhoitaja hyödyntää vuorovaikutussuhteessa omia subjektiivisia tunnekokemuksiaan ja näiden avulla pyrkii ymmärtämään ja auttamaan potilasta. Lisäksi hoitaja käyttää hyödykseen objektiivista eli ammatilliseen tietoon ja taitoon perustuvaa näkökulmaa. Hoitajan kuuluu osata säädellä etäisyys potilaan ja itsensä välillä. Hoitavan kohtaamisen edellytyksenä hoitajan tulee osata tunnistaa omia reaktioitaan, tunnetilojaan ja ammatillista kasvuaan. (Havio ym. 2008, 24-25.)

## 5.2 Puolustusmekanismit ja tunteensiirto

Sairaanhoitajan on hyvä tiedostaa transferenssista eli tiedostamattomasta tunteensiirrosta toiseen ihmiseen hoitaessaan päihteenkäyttäjää. Ilmiö tarkoittaa tilaa, jossa potilas voi kohdistaa hoitajaan mielikuvia, kuten pelkoja, toiveita, elämyksiä, odotuksia ja ominaisuuksia,

jotka liittyvät joihinkin aiempiin varhaisiin ihmissuhteisiin. Mikäli hoitaja ei tunnista transferenssia saattaa hoitaja tiedostomattaan ottaa aiemman ihmissuhteen roolin ja näin olen tehdä päätöksiä ja asioita päihteenkäyttäjän puolesta. (Holmberg 2016, 102-103; Havio ym. 2008, 31.)

Transferenssidynamiikka voi edistää sekä haitata hoitoa. Positiivinen transferenssi lisää hoitosuhteen kiintymystä ja antaa esimerkiksi turvallisuuden, toiveen ja ihailun tunteita. Negatiivinen transferenssi voi olla vihan tai pahan olon tunteita. Transferensseja tulisikin käsitellä usein hoidon aikana potilaan ja hoitajan kesken. Hoitaja voi käyttää työssään hyväksi havaintojaan päihteenkäyttäjän transferenssitunteista ja näin auttaa ja ymmärtää päihteenkäyttäjää paremmin. Transferenssitunteiden huomioiminen vaatii hoitajalta työ- ja elämäkokemusta, työnohjausta sekä koulutusta. (Holmberg 2016, 102-103; Havio ym. 2008, 31.) Hoitosuhde päihteenkäyttäjän ja hoitajan välillä voi herättää hoitajassa vastatransferenssitunteita. Tällöin päihteenkäyttäjä voi muistuttaa hoitajalle jotain vaikuttavaa henkilöä henkilökohtaisesta elämästä. Vastatransferenssitunteita onkin hyvä pohtia työnohjauksessa ja työyhteisön kesken. (Havio ym. 2008, 31.)

Puolustusmekanismit eli psyykkiset suojautumiskeinot eli defenssit ovat usein tiedostamattomia keinoja, jotka auttavat päihteenkäyttäjää sopeutumaan muutokseen. Defenssejä voivat olla esimerkiksi kieltäminen, torjunta, vastakohtaksi kääntäminen ja heijastaminen. Defenssien käyttö voi näyttäytyä jyrkkänä ja kaavamaisena päihde- ja mielenterveys potilailla. Hoitosuhteessa se voi näyttäytyä esimerkiksi heijastamisena jonkin toisen ihmisen syyksi tai kieltämisenä. Hoitajan on hyvä tiedostaa, että potilaalle defenssien käyttö on keino kohdata psyykkisesti ylivoimainen asia ja usein sen on tiedostamaton mekanismi. (Holmberg 2016, 99-101.)

Defenssit voivat ilmetä hoitosuhteessa myöhästymisinä, hoitoon sitoutumattomuutena, aikojen siirtelynä tai humalassa saapuminen tapaamisiin. Tämä voi aiheuttaa hoitajassa ristiriitaisia tunteita ja ärtyneisyyttä. Hoitajan tulisi käyttää vastoinkäymisiä hyödyksi päihteenkäyttäjän hoidossa tai elämäntilanteen edistämiseksi. Tämä edellyttää hoitajalta hoitosuhteen vuorovaihtuksen dynaamisuuden ymmärrystä ja tuntemista. Hoitajan tulisikin siis seuraavalla tapauksella ottaa rohkeasti puheeksi vastoinkäymiset päihteenkäyttäjän kanssa. (Havio ym. 2008, 32.) Puolustusmekanismien paljastaminen tai purku väkisin on kuitenkin hoitotyössä epäeettistä, jos potilas vastustaa sitä kovasti (Holmberg 2016, 102.)

### 5.3 Haastavat tilanteet hoitotyössä

Hoitotyössä sairaanhoitaja voi usein kohdata erilaisia vaativia- ja läheltä piti tilanteita, jotka ovat työturvallisuutta tai työssä jaksamista uhkaavia. Näiden tekijöiden turvaaminen tulisi siis olla osa työpaikan toimintamenetelmiä ja niistä säädetään myös lakien avulla. Lähtökohtana on, että hoitajan ei tule kokea pelkoa työssään, toimia jaksamisen ääri rajoilla tai kokea eri

turvattomuustekijöitä työpaikalla. Turvallisuuden ja jaksamisen toteutumisesta tulisi säännöllisesti kerätä tietoa, jota voidaan soveltaa kehitystehtäviin. Tiedon avulla voidaan ennakoida tulevaa ja oppia tapahtuneista tilanteista. Työntekijöiden jaksaminen ja työturvallisuuden toteutuminen ovat osa tehokasta hoitotyötä. Työnantajan panostus työntekijöiden näkyy usein myös asiakastyytyväisyydessä ja täten positiivisina kustannustuloksina. Tärkeitä työturvallisuutta lisääviä tekijöitä ovat esimerkiksi hyvä perehdytys, riskiarvio, henkilöhälytin ja työrauha lääkkeitä jakavalle hoitajalle. Työssä jaksamista edistäviä tekijöitä ovat esimerkiksi hyvä työvuorosunnittelu, työntekijöiden toiveiden kuuntelu, kehityskeskustelut ja työnohjaus sekä lisä- ja täydennyskoulutuksen tarjoaminen. (Holmberg 2016, 203-204, 212.) Laitilan tutkimuksessa haastateltavat hoitotyöntekijät toivat esiin työnohjauksen tärkeyden. Sen nähtiin olevan hyvä keino oman- ja työyhteisön toiminnan tarkasteluun. (Laitila 2010, 133.) Lisäksi on tärkeää, että vaaratilanteet- ja läheltä piti- tilanteet käsitellään työyhteisössä (Holmberg 2016, 203-204, 212.)

Työterveyslaitoksen teettämässä tutkimuksessa 2019 joka neljäs sosiaali- ja terveysalan työntekijä on joutunut työssään asiakkaan aiheuttaman fyysisen uhkatilanteen tai väkivallan kohteeksi. Tutkimuksessa seurattiin neljän vuoden ajan Pirkanmaan, Kanta-Hämeen ja Vaasan sairaanhoitopiirejä sekä Pietarsaaren sosiaali- ja terveysvirastoa ja Forssan hyvinvointikuntayhtymää. Tutkimuksessa havaittiin, että eniten asiakasväkivaltaa esiintyy päivystyksessä, ensiavussa, psykiatriassa ja vanhusten hoidon puolella. Ammattiryhmistä sairaanhoitajat ja lähija perushoitajat ovat kohdanneet eniten välivaltaa. Erityisesti asiakasväkivaltaa raportoitiin nuorten työntekijöiden keskuudessa. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että henkisen väkivallan määrä on kasvussa. Vuonna 2015 raportoitiin henkistä väkivaltaa esiintyvän 24 prosenttia ja 2019 vuonna raportoitiin sitä esiintyvän 41 prosenttia. (TTL 2019.)

### 5.3.1 Aggressiivisuus

On siis selvää, että väkivalta ja aggressiivisuus potilaiden keskuudessa on lisääntynyt. Hoitotyössä hoitajalla tulee olla ymmärrystä ja tietoa, mikä aiheuttaa aggressiota ja miten toimia väkivaltatilanteissa. Aggressio on tunnetila ja sitä voi olla hyvänlaatuista, pahanlaatuista tai tuhoavaa. Taipumus aggressiolle on perinnöllinen. Päihtymistila ja psyykinen häiriintyneisyys tai piirteet voivat aiheuttaa aggression hallinnan puutetta. Eniten väkivaltarikoksia tehdään alkoholin vaikutuksen alaisena. Usein fyysisen väkivallan taustalla on impulsiivisesti käyttäytyvä persoonallisuus. Erityisesti persoonallisuushäiriöiset päihteenkäyttäjät voivat olla impulsiherkkiä ja lyhytjänteisiä. Muita syitä voivat olla: itsekeskeisyys, heikko itsetunto, huonot ihmissuhteet, syyllisyyden puuttuminen, myötäelämisen puute, kateus ja virheellinen minäkuva. Lisäksi taustalla voi olla turvattomuuden, avuttomuuden tunne, hylätyksi tai loukatuksi tulemisen pelko, vieroitusoireet sekä pettymyksen kokemukset ja väkivaltainen tausta. (Havio ym. 2008, 206-207.)

Hoitaja, joka ei tunnista turvallisuus- ja väkivaltariskejä voi myötävaikuttaa tilanteiden syntyyn. Haastavia tilanteita ja niiden ennakointi- ja välttämiskeinoja ovat esimerkiksi tutustuminen turvaohjeisiin, hälyttimen pitäminen mukana, tarkkailla potilaiden reaktioita, olla provosoimatta, ajoissa puuttua aggressioon ja puhua niistä rauhoittavasti ja olla kantamatta tavaroita, joita voi käyttää vahingoittamiseen. Usein potilaissa on havaittavissa selviä merkkejä käytöksessä, jotka voivat ennakoida väkivaltaa. Potilaan tunnetila voi olla kireä, ahdistunut, ärtynyt tai kiihtynyt. Fyysisesti potilas voi olla tuijottava, levoton, puhumaton, takertuva tai vetäytyvä. Verbaalisia tunnusmerkkejä ovat kiroilu, solvaaminen, epäluuloinen puhe, syytely ja uhkailu. Potilas voi korottaa ääntään, paukuttaa ovia tai haastaa riitaa. Kohdatessaan vihamielisen tai aggressiivisen potilaan hoitajan on syytä puhutella potilasta tämän oikealla nimellä, kohdata potilas vastuullisena aikuisena, olla selkeä ja ymmärrettävä kommunikoinnissa, pitää luonnollinen katsekontakti ja turvaväli ja keskustella potilaan kanssa kunnioittavaan sävyyn tätä kohtaan. Lisäksi potilaalle tulee antaa tietoa tämän hoitoonsa liittyen. (Havio ym. 2008, 206-207.)

Suomeen Kellokoskelle 2000-luvun alussa rantautunut MAPA menetelmä eli ”Management of Actual or Potential Aggression” on koulutus aggressiivisten ja haastavien henkilöiden kohtaamiseen. MAPA on kansainvälisen CPI (Crisis Prevention Institute Inc.) lisenssin omistama ja se on kehitetty Englannissa. Hyvinkään Laurea ammattikorkeakoulu organisoii vuonna 2005 MAPAa, jolloin se alkoi levitä laajempaan käyttöön Suomessa. MAPAa käytettiin alkuun lähinnä psykiatriassa mutta nykyisin menetelmä on levinnyt hyvin laajalle hoitoalalle. (Suomen mapa keskus 2020.) MAPA koulutusta voidaan siis käyttää hoitohenkilökunnan kouluttamiseen jo opintojen aikana tai työelämässä kohdata uhkaava tai aggressiivinen potilas.

### 5.3.2 Suisidaalisuus

Suomessa vuonna 2018 tehtiin itsemurhia 810. (SVT 2019.) Itsetuhoisuus eli suisidaalisuus on itsensä vahingoittamista ja se voi esiintyä monella tavalla. Itsetuhoisuuden taustalla on usein monia tekijöitä, kuten elämäntilanteiden kriisit, masennus, lisääntynyt päihteiden käyttö ja ahdistuneisuus. Riskitekijöitä voivat olla esimerkiksi työttömyys, miessukupuoli, huono sosio-ekonominen asema ja yksinäisyys. Itsetuhoisuutta ovat esimerkiksi viiltely, ihon polttaminen tupakalla ja muu itsetuhoisen käytös. Runsas alkoholin käyttö päihde- ja mielenterveyspotilailla lisää itsemurhaimpulseja. Itsetuhoisuus voi olla keino hakea empatiaa tai ihailua. Siitä huolimatta itsetuhoista käytöstä ei pidä vähätellä hoitotyössä vaan pitää merkinä avun tarpeesta. (Havio ym. 2008, 211; Holmberg 2016, 105-106.)

Hoitajan työssä on pyrittävä herkästi ja huolellisesti kuuntelemaan potilasta, jotta itsemurhavaaraan voidaan reagoida. Päihteenkäyttäjät, jotka lievittävät päihteidenkäytöllä esimerkiksi ahdistuneisuutta tulisi huomioida erityisesti hoitotyössä. Itsemurha ajatukset, siitä puhuminen tai uhkailu ovat viesti päihteenkäyttäjän hädästä. Erityisen vakavia merkkejä ovat selkeät

itsemurhasuunnitelmat, jäähyväiskirje, järjestelyt, apuväline ja mahdollisuus saada toksinen annos päihteitä, lääkkeitä tai myrkyllistä ainetta. Viesti edellyttää välittömiä aktiivisia toimia ja hoitokontaktin luomista. Erityisen tärkeää on saada päihteenkäyttäjään tässä tilanteessa luottamuksellinen vuorovaikutussuhde. Hoitaja voi käyttää arvioinnissaan potilaan itsetuhoisuuden tunnistamiseksi esimerkiksi SIS (Suicide Intent Scale) tai C-SSRS (The Columbian Suicide Severity Scale) lomakkeita. (Havio ym. 2008, 211-213; Holmberg 2016, 107.)

Vakavat suisidaalisuus tapaukset kuuluvat sairaalahoidon piiriin. Psykiatrisella osastolla voidaan myös hoitaa mielenterveyslain sisältämää tahdonvastaista hoitoa, jos sen kriteerit täyttyvät. Lisäksi potilaita voidaan hoitaa intensiivisessä avohoidossa. Intensiivisessä avohoidossa pyritään tekemään töitä moniammatillisessa ryhmässä ja otetaan potilaan hoitoon hänen läheiset mukaan. (Holmberg 2016, 108.)

#### 5.4 Menetelmiä päihteenkäyttäjän hoitajana

Päihteidenkäyttäjän mielenterveyden tukemisessa ongelmien varhainen tunnistaminen ja ennaltaehkäisy ovat hoidon kulmakiviä. Ennaltaehkäisevä työ ja varhainen puuttuminen ongelmiin jää kuitenkin usein hoitotyössä havaitsematta tai liian vähäiseksi. Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat joskus alitunnistettuja ja seulonta ei ole systemaattista hoitotyössä. Erilaiset seulontamittarit hoitotyössä ovat kuitenkin helppokäyttöisiä ja standardisoituja. Ne ovat yksi tapa tehdä luontevasti riskiarviointia ja olla keino ongelman puheeksi ottamisessa. (THL 2009, 9-10.)

Suomessa on arvioilta 500 000-700 000 alkoholin riski- ja suurkuluttajaa, joilla on riski erilaisiin terveyshaittoihin. Tämän vuoksi terveydenhuollon varhaisvaiheen päihdetyön kohteena ovat erityisesti nämä käyttäjät. Suurkulutuksen- ja riskikäytön puheeksi ottaminen ja havahduttaminen tilanteeseen voidaan tehdä jo esimerkiksi työterveyshuollossa, työpaikalla tai terveys- ja sosiaalipalveluissa. Terveydenhuollon- ja sosiaalialan työntekijät ovat keskeisiä henkilöitä ongelmaan puuttumisessa. Usein jo pelkkä puuttuminen ongelmaan sen varhaisessa vaiheessa voi olla askel kohti muutosta. Hoitajan on tärkeää antaa henkilökohtaista ohjausta ja tietoa asiakkaalle päihteenkäytön terveyshaitoista, riskeistä ja vaikutuksesta. Samalla päihteenkäyttäjä voidaan ohjata erilaisten tukitoimien käyttöön, kuten vertaistuki, juomapäiväkirja, verkkopalvelut, oma-apuryhmät ja järjestöjen toiminta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 95.)

Ehkäisevä huumetyö on osa ehkäisevää päihdetyötä ja se perustuu suomalaiseen huume politiikkaan, joka perustuu kansainväliseen lainsäädäntöön, kansainvälisiin huumeainesopimuksiin sekä kansallisiin asiakirjoihin. Huume politiikkaan sisältyy haittojen vähentämisen politiikka, kokonaiskielltopolitiikka ja yleinen hyvinvointipolitiikka. Ehkäisevässä huumetyössä on tärkeää tukea lapsia ja nuoria ja kiinnittää huomiota nuorisokulttuurin muotoihin sekä päihteidenkäyttöön ja juhlimiseen. Lisäksi ehkäisevään huumetyöhön kuuluvat matalan kynnyksen paikat, jotka ehkäisevät huumeiden ongelmakäyttöä. Matalan kynnyksen paikkoihin voi hakeutua



helposti anonyyminä ja sieltä saa ohjausta, neuvontaa luotettavaa tietoa tartuntataudeista. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 97.)

Huumausaineiden käyttäjiin voidaan soveltaa hoitotyössä samoja menetelmiä kuin esimerkiksi alkoholin riski- ja suurkuluttajiin. Tärkeintä on luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jossa huumausaineiden käyttö voidaan ottaa avoimesti puheeksi. Hoitajalta edellytetään tietoa huumausaineista, niiden käytöstä, vaikutuksista ja huumeekulttuurista. On myös tärkeää, että hoitajan omat käsitykset ja asenteet eivät vaikuta vuorovaikutussuhteeseen potilaan kanssa. Tarvittaessa huumeongelman hoidossa voidaan käyttää huumausainetestejä. Huumausainetestejä tulee käyttää valvotusti. Pikatestien tulokset varmistetaan massaspektrometrillä. Huumausainetestit sopivatkin usein vain tukikeinoksi osana hoitoa. Tärkeää on selvittää huumausaineiden käyttäjältä ongelman laajuus. Eli mitä aineita käytetään, kuinka usein, käytön hallintapyrkimys ja käyttötapa sekä mitä ongelmia käyttäjä kokee käytöstä tulevan. Huumetyössä pyritään ehkäisemään ja vähentämään käytöstä johtuvia haittoja. Keinoja tähän ovat esimerkiksi terveysneuvonta, korvaushoito, yliannostusten ehkäiseminen, pistämisestä johtuvien haittojen ehkäisy, kuten veriteitse tarttuvien tautien ehkäiseminen sekä epävakaan elämäntilanteen tasa-painottaminen. (THL 2009, 23-27.)

Hoitotyössä päihteenkäyttäjän hoitoprosessi on jaettu päätoimintoihin: hoitosuunnitelman laatiminen, hoitotyön toteutus sekä hoitotyön tulosten arviointi. Päihderiippuvuuden lisäksi päihteenkäyttäjällä voi olla samanaikaisia psyykkisiä, fyysisiä ja sosiaalisia ongelmia. Hoitotyön suunnitelmaan tuleekin tavoitteet laatia tärkeysjärjestyksessä. Päämäärät ja tavoitteet tulevat olla kokonaisvaltaisia mutta lyhyelle välille asetettuja, realistisia ja saavutettavissa. (Havio ym. 2008, 34-36.)

#### 5.4.1 Mini-interventio

Yksi varhaisen päihdetyön menetelmistä on mini-interventio. Se on rantautunut Suomeen 1990-luvulla Pirkanmaan osallistuttuaan monikansalliseen Maailman terveysjärjestön hankkeeseen. Vuosina 2004-2007 otettiin sosiaali- ja terveysministeriön aikeesta perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa käyttöön VAMP hanke eli mini-interventiohanke. Mini-interventio voidaan toteuttaa vastaanottokäynnillä esimerkiksi terveysasemalla, sosiaalitoimistossa tai työterveyshuollossa. Samalla, kun selvitetään asiakkaan muita asioita, selvitetään hänen päihteenkäyttönsä. Alkoholin käyttöä voidaan selvittää AUDIT-testillä. Testin ja keskustelun avulla pyritään tunnistamaan riskikulutus ja suurkulutus. AUDIT:n lisäksi alkoholin käyttöä voidaan selvittää esimerkiksi MAST, SADD, CAGE, tai CIWA-Ar-testeillä. Terveystilaa voidaan tutkia laboratoriotutkimuksilla. Yleisimpiä tutkimuksia ovat maksaentsyymitutkimukset eli GGT ja CDT sekä punasolujen keskitilavuus MCV. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 95-96; Holmberg 2016, 78.)

Mini-intervention pituus ja sisältö voivat vaihdella. Lyhimmillään kesto on noin 5 minuuttia. Usein tarvitaan kuitenkin enemmän aikaa. Mini-interventio on usein tehokkaampaa, jos

asiakkaan edistymistä seurataan jatkokäyntien avulla. Tärkeää on keskustella rohkeasti asiakkaan kanssa alkoholin käyttömääristä ja sen vaikutuksista asiakkaan sairauksiin, oireisiin tai hoitoon. Asiakkaan alkoholitietoisuutta lisätään eli annetaan tietoa alkoholin rajoista, riskeistä ja käytöstä. Mikäli asiakas käyttää alkoholia liikaa on keskeistä asettaa selkeä tavoite käytön vähentämiseen ja seurata tavoitteen edistymistä. Asiakasta autetaan tämän omien ehtojen mukaisesti ja hänen itsemääräämismisvastaan kunnioitetaan. Tavoitteen asettamisen yhteydessä keskustellaan keinoista, joilla asiakas voi onnistua tavoitteessaan. Lisäksi voidaan pohtia pitääkö kerralla juotua määrää, juomakertoja tai molempia vähentää. On tärkeää, että hoitaja on myötätuntoinen asiakasta kohtaan eli ei syyllistä tai moralisoi tätä. Mini-intervention on kustannusvaikuttavaa ja edullista toteuttaa. Sen on todettu olevan vaikuttavaa ja noin 10 prosenttia alkoholin riskikäyttäjistä ja suurkuluttajista siirtyy kohtuukäyttäjiksi tai lopettaa käytön kokonaan. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 96; THL 2009, 20-21.)

#### 5.4.2 Motivoiva haastattelu ja muutosprosessi

Mikäli päihteenkäyttäjä vähättelee tai suhtautuu ristiriitaisesti päihteenkäyttöön tai siitä aiheutuviin haittoihin voidaan käyttää motivoivaa haastattelua lähestymistapana. Sen avulla voidaan käsitellä päihteenkäyttäjän vastustusta ja edistää muutosta rakentavasti. Menetelmän avulla lisätään päihteenkäyttäjän muutoshalukkuutta. Motivoivan haastattelun lähtökohta on, että motivaatio on vuorovaikutustilanteessa muuttuva tila. Motivoiva haastattelu lähtee liikkeelle asiakaskeskeisesti mutta työntekijän ohjaamana. Motivoinnissa pyritään aktiivisesti lisäämään muutoksen mahdollisuutta. Päihteenkäyttäjää avustetaan kysymyksillä ja työntekijä pyrkii kuuntelun avulla tunnistamaan ongelmia. Tarkoituksena on saada päihteenkäyttäjä itse haluamaan muutosta ja toimimaan eli motivoimaan itseään ongelmien ratkaisemiseksi. (Havio ym. 2008, 128.)

Muutosprosessi etenee eri vaiheittain. Ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe, jossa päihteenkäyttäjä ei itse tiedosta päihdeongelman laajuutta ja voi ylläpitää tuttuja defensessejä esimerkiksi kieltämistä. Esiharkintavaiheessa voi hoitoon hakeutuminen tapahtua jonkin muun tahon toimesta, kuten työpaikan tai läheisen aloitteesta. Päihteenkäyttäjä ei ole vielä valmis esiharkintavaiheessa tekemään pysyvää muutosta päihteenkäyttöön. Esiharkintavaiheessa hoitaja lisää päihteenkäyttäjän tietoisuutta antamalla neutraalia ja luotettavaa tietoa käytön riskeistä ja vaaroista sekä lisätään päihteenkäyttäjän omia havaintoja kokonaistilanteesta. (Havio ym. 2008, 129; Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 183.)

Usein päihteenkäyttäjä hakee apua harkintavaiheessa, eli toisessa vaiheessa, jossa päihteenkäyttäjä itsekkin tiedostaa tarvitsevänsä muutosta mutta päihteidenkäyttö on lyhyellä tähtämällä merkitsevämpää. Motivoivan haastattelun avulla hyödynnetään päihteenkäyttäjän ambivalenttia tilaa ja aloitetaan tukemaan päihteenkäyttäjää siirtymään harkitsemisvaiheesta lopettamisen päätösvaiheeseen. Motivoivaan haastatteluun alkuvaiheessa kuuluu viisi strategiaa:

avointen kysymysten esittäminen, refleктоiva kuunteleminen, yhteenveto, myönteinen vahvistaminen ja itseä motivoivat lauseet. Itseä motivoivat lauseet voivat esimerkiksi olla ongelman tunnistaminen, huolen ilmaiseminen, muutosta koskeva toive ja muutosaikomuksen toteuttaminen. Harkintavaiheessa vahvistetaan päihteenkäyttäjän kykeneväisyyttä muutokseen. Hoitajan tehtävänä on houkutella päihteenkäyttäjää puhumaan itse muutoksen mahdollisuudesta. (Havio ym. 2008, 128-129.)

Kolmannessa vaiheessa eli päätösvaiheessa päihteenkäyttäjää tekee itse päätöksen kuntoutuksesta tai hoidosta ja siihen sitoutumisesta. Hoitaja auttaa päihteenkäyttäjää tavoitteiden laatimisessa, voimavarojen löytämisessä ja kuntoutus- tai hoitomuodon valinnassa. Neljäs vaihe on toimeenpanovaihe, jossa päihteenkäyttäjää toimii asetettujen tavoitteiden mukaan. Eli tekee muutoksia elämässään, joista kertoo myös läheisilleen. Hoitajan tehtävä tässä vaiheessa on rohkaista, tukea, antaa palautetta ja kannustaa päihteenkäyttäjää. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 183-184.)

Viidennessä vaiheessa eli ylläpitovaiheessa päihteenkäyttäjää ylläpitää muutosta ja hoitaja auttaa tunnistamaan riskitekijät, jotka voivat toimia muutoksen uhkana. Ylläpitovaiheessa riski retkahtaa päihteisiin kasvaa, koska uusi elämäntapa voi tuntua arkipäiväiseltä. Päihteenkäyttäjää voi erityisesti ylläpitovaiheessa tarvita tukea ja vaihtoehtoisia keinoja selvitä eteenpäin. Kuudes vaihe on retkahtaminen, joka on muutosprosessin yksi osa. Retkahtamista tulisi tutkia tarkkaan ja löytämään siihen johtaneet syyt. Näin ollen siitä voidaan oppia. Hoitaja tulee retkahtamisen jälkeen motivoida päihteenkäyttäjää uudelleen ja antaa tämän purkaa pettymystään. Viimeisessä vaiheessa eli selviytymisessä muutos on käynyt toteen ja vakiintunut päihteenkäyttäjän elämässä. Tässä vaiheessa myös hoitosuhde voidaan lopettaa, koska päihteenkäyttäjällä on omat tukiverkostot. Hoitaja antaa päihteenkäyttäjälle positiivista palautetta ja avustaa hoitosuhteen lopettamisen käsittelyssä. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 184.)

#### 5.4.3 Apukortit

Apukortit ovat Australiasta otettu malli. Niiden tarkoituksena on helpottaa alkoholinkäytön puheeksi ottamista ja auttaa päihteenkäyttäjää ideoinnissa, miten alkoholin käyttöä voi vähentää. Apukortteja voidaan käyttää hoitotyössä Audit-testin, puheeksioton ja alkoholineuvonnan yhteydessä. Apukortteja on saatavilla esimerkiksi Päihdelinkin-verkkopalvelussa. Apukorteissa tuodaan esiin alkoholin aiheuttamia haittoja, alkoholiannoksen määrä, päiväannokset, maksimikerta-annokset ja viikkoannokset, vähentämisen hyödyt sekä keinoja vähentämiseen. Apukortteihin voidaan merkitä Audit-testin pisteet ja suhteuttaa ne sosiaalisiin ja terveydellisiin haittoihin. Lisäksi kortin avulla voidaan herättää ajatuksia alkoholinkäytöstä ja aktivoida kysymys mahdollisesta lopettamisesta tai vähentämisestä. Kortin tueksi voidaan vielä antaa päihteenkäyttäjälle muuta kirjallista tietoa. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 182.)

## 6 Päihdehoito Suomessa

Päihdehuoltolaissa (41/1986) on määritelty siitä, että kuntien tulee huolehtia päihdehuollon järjestämisestä, sisällöstä ja laajuudesta sen mukaan kuin sille oleva tarve edellyttää. Lisäksi kuntien tehtävä on seurata ja puuttua päihdeiden ongelmakäyttöön eri viranomaistahojen kanssa. Korjaava päihdetyö koostuu päihdeasiakkaan akuuttihoidosta esimerkiksi katkaisu- ja vieroitushoito, lääketieteellisestä hoidosta, sosiaalipalveluista sekä pidempiaikaisesta päihdehoidosta- ja kuntoutuksesta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 97-98.) Kuntien välillä on kuitenkin eroavaisuuksia, koska päihdepalvelut järjestetään eri kunnissa eri tavalla. Kunnat järjestävät palveluita itse, toisten kuntien kanssa yhteistyössä tai ostopalveluina säätiöiltä, yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä. (Havio ym. 2008, 99.)

Päihdehuollon palveluita tarjotaan osana yleisiä sosiaali- ja terveystalvueluita sekä päihdehuollon erityispalveluna. Yleisiä sosiaali- ja terveystalvueluita ovat esimerkiksi terveystalvueskukset, työterveystalvuelto, mielenterveystalvuelut ja kotihoito. Sosiaalitoinen talvueluihin kuuluvat esimerkiksi aikuissosiaalityö ja lastensuojeluasiat. Ensisijaisesti päihdepalvueluita järjestetään avohuoltona, koska ne ovat helposti saatavilla, tavoitettavissa ja joustavia. Usein hoito alkaa perusterveystalvuelun yksikössä. Perusterveystalvuelun yksikkönä voi toimia esimerkiksi terveystalvueskusten vuodeosasto. Siellä toteutetaan katkaisuhoido, terveystalvuelun tarkistaminen ja hoito. Hoidon aikana järjestetään ja suunnitellaan tuleva tarvittava kuntoutus- ja jatkohoito. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 98.)

Kuntien ja kuntayhtymien järjestämät erityispalvuelut ovat päihdetyöhön erikoistuneita yksioitä esimerkiksi katkaisu- ja vieroitushoitoyksiköt, kuntouttava työtoiminta, avo- ja laitostalvuelto sekä päiväkeskustoiminta. Lisäksi pitkäaikaista kuntoutusta on siihen suunnatuilla yksiköillä ja hoitokodeilla saatavilla. Päihdeongelmallisille on myös saatavilla kuntien tarjoamaa tai kuntien ostamana ostopalvueluna kolmannelta sektorilta talvueluasumista ja tuettua asumista. Erikoissairaanhoidossa päihdepsykiatrin yksiköt sisältävät vuodeosastot ja poliklinikat. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 98.)

Yksityiset toimijat, järjestöjen ylläpitämät sekä seurakuntien talvuelut korvaavat ja täydentävät julkisia päihdepalvueluita. Vanhin talvuelu on vuonna 1955 perustettu A-klinikkasäätiö, joka ylläpitää esimerkiksi A-klinikoita ja Järvenpään sosiaalisairaala, joka on Suomen ainoa riippuvuusongelmiin erikoistunut sairaala. Myllyhoito on kehitetty Minnesota-hoidon pohjalta ja se tarjoaa lääkkeetöntä päihdekuntoutusta. Ryhmämuotoista tukitoimintaa tarjoavat vertaistuen pohjalta AA- ja NA-ryhmät. A-kiltojen liitto ylläpitää A-kiltoja, jotka tarjoavat monimuotoista tukitoimintaa ja päihdekuntoutusta. Kristillisiä päihdetyön järjestöjä ovat esimerkiksi Sininauhaliitto, Suomen Katulähetysliitto ry ja Pelastusarmeija. Lisäksi sosiaali- ja terveystalvuelun monipuolinen yritystoiminta lisääntynyt viime vuosina. Yksityiset talvuelu- ja hoitokodit

tarjoavat esimerkiksi päihdekuntoutusta ja asumispalveluita päihdeongelmaisille. Usein kunnat ostavat palvelut kyseisiltä toimijoilta. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 99.)

Vankienhoitolaitoksissa on 1990-luvun lopulta alkaen aloitettu kehittää päihdepalveluita päihdestrategioiden mukaan. Päihdestrategian tarkoituksena on torjua päihderikollisuutta ja ehkäistä päihteidenkäytöstä tulevia haittoja sekä tukea vankeja päihteettömään ja rikoksettomaan elämäntapaan. Vankeusajan päihdehoito on hyvin perusteltua, koska valtaosalla vankeja on jonkinasteinen päihdeongelma. Vankeinhoitolaitoksissa on erilaisia päihdehoito- ja kuntoutusmalleja, jotka pyrkivät lisäämään vankien elämäntaitoja ja vähentämään päihteidenkäyttöä sekä ehkäisemään uusintarikollisuutta. (Havio ym. 2008, 102.)

Päihdehuoltolain (41/86) tai mielenterveyslain (1116/90) pohjalta voidaan määrätä aikuisille tahdosta riippumatonta hoitoa, mikäli avohoito ei onnistu. Lisäksi alaikäisiin päihteenkäyttäjiiin voidaan käyttää lastensuojelulakia (139/90). Näitä lakeja käytetään kuitenkin melko harvoin päihteiden aiheuttamien mielenterveysongelmien hoitoon. Mielenterveyslain mukaan päihteenkäyttäjä tai alle 18-vuotias voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon, jos hänellä on vakava mielisairaus esimerkiksi päihdepsykoosi tai vieroitusoiredelirium. Lisäksi edellytyksenä on, että hoidotta jättäminen vaarantaisi päihteenkäyttäjän tai muiden henkilöiden turvallisuuden ja terveyden sekä muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömät. (Havio ym. 2008, 102-103.)

Yllä mainittujen kuntoutus- ja hoitomuotojen lisäksi on Suomessa Kelan rahoittama kuntoutuspsykoterapia. Psykoterapia on kustannustehokas hoitomuoto. Sitä tarjotaan yksilö, pari, perhe- ja ryhmäterapiana. Kelan korvaama kuntoutuspsykoterapia on suunnattu 16-67 vuotiaille henkilöille, joiden opiskelu- tai työkyky on uhattuna mielenterveyshäiriön vuoksi. Psykoterapian tavoitteena on tukea tai parantaa työ- tai opiskelukykyä. Kelan korvaus ei kuitenkaan sisällä koko kertamaksua, joten kuntoutujalle jää omavastuu osuudeksi 30-50 prosenttia kokonaislaskusta. Vanhuus- tai työkyvyttömyyseläkkeellä oleva voi saada Kelalta korotettua hoitotukea terapiakustannuksiin, jos toimintakyky on uhattuna. Psykoterapiasuuntauksia Suomessa ovat esimerkiksi kognitiivinen psykoterapia, kriisi- ja traumaterapia, pari- ja ryhmäterapia, lasten- ja nuorten psykoterapia sekä psykodynaaminen psykoterapia ja psykoanalyysi. Psykoterapeutina voi Suomessa toimia Valviran hyväksymä ammattihenkilö. (Heikkinen-Peltonen ym. 2019, 51-52.)

## 7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tuottaa ajantasainen opas päihteiden käytön vaikutuksista mielenterveyteen yhteistyökumppanimme Suveran käyttöön, jota he voivat käyttää muun muassa koulutusmateriaalinsa ohessa. Opasta voitaisiin myös jakaa sairaaloihin ja eri

terveydenhuollon yksiköihin terveydenhuollon ammattilaisille. Opas tarjoaa terveydenhuollon ammattilaisille tietoa mielenterveyden tukemisesta, päihteiden käytön vaikutuksista mielen-terveyteen sekä keinoja, miten voi kohdata päihteidenkäyttäjän.

Tavoitteena on lisätä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietämystä päihderiippuvuudesta, päihteiden ongelmakäytöstä ja sen vaikutuksista mielen-terveyteen sekä, kuinka aktiivisesti päihteitä käyttävän henkilön mielenterveyttä voi tukea. Lisäksi tavoitteena on lisätä terveydenhuollon ammattilaisten valmiuksia kohdata päihteidenkäyttäjää ja siten parantaa heidän kohtaamistaan hoitotyössä.

## 8 Työelämäkumppanin esittely

Työelämäkumppanina toimii Suvera, joka on suomalainen terveys- ja hyvinvointialan yritys. Suveran toimipisteet sijaitsevat Helsingissä, Siuntiossa ja Oulussa. Suveran erikoisalaa ovat mielen-terveys- ja päihdepalvelut. Suvera tarjoaa palveluitaan yksityisesti, kunnille ja yrityksille. Suveran palveluita ovat erilaiset terapia- ja mielenterveyspalvelut. Suvera tarjoaa esimerkiksi psykoterapiaa, seksuaalineuvontaa, läheisneuvontaa sekä psykiatrin vastaanottoja. Siuntion toimipisteessään Suveralla on päihdekuntoutusyksikkö Avara, jossa tarjotaan kuntoutusta alkoholi-, huume-, ja lääkeongelmiin. Lisäksi Suvera tarjoaa koulutuspalveluita kunnille ja yrityksille. (Suvera 2020a; Suvera 2020b.)

### 8.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin syksyllä 2019, kun valitsimme tämän aiheen Laurea ammattikorkeakoululta pyydettyjen opinnäytetöiden aiheiden joukosta. Lähetimme opinnäytetyön vastuopettajalle sähköpostilla viestin kiinnostuksestamme aihetta kohtaan. Saimme pian työelämäkumppanin eli Suveran yhteyshenkilön sähköpostiosoitteen ja sovimme tapaamisen Suveran Helsingin toimipisteeseen marraskuussa 2019.

Kävimme läpi tapaamisella työelämäkumppanin toiveita ja ajatuksia opinnäytetyön ja oppaan sisällöstä sekä sen totutuksesta ja aikataulusta. Aikatauluksi sovittiin, että opinnäytetyö valmistuu kevään 2020 aikana. Aihetta oli helppo lähestyä, sillä molemmat opinnäytetyöntekijöistä olivat kiinnostuneita tekemään opinnäytetyön liittyen päihde- ja mielenterveystyöhön. Valitsimme kyseisen opinnäytetyön aiheen, koska olimme havainneet erilaisissa harjoittelu- ja työympäristöissä olevan runsaasti samanaikaisesti mielen-terveys- ja päihdeongelmasta kärsiviä ja näin ollen koimme aiheen oleva hyödyllinen ja ajankohtainen.

Aihe hyväksyttiin joulukuussa 2019 koululla päihde- ja mielenhyvinvointi hankekokouksessa ja allekirjoitimme opinnäytetyön yhteistyösopimuksen joulukuun 2019 lopulla työelämäkumppanin kanssa. Tällöin sovimme myös opinnäytetyön alustavasta otsikoinnista. Yhteydenpito

tapaamisten välillä opinnäytetyöntekijöiden, työelämäkumppanin yhteyshenkilön ja opinnäytetyön vastuopettajan kanssa on ollut sujuvaa ja nopeaa sähköpostin avulla. Lähetimme opinnäytetyön työversiota säännöllisesti vastuopettajalle ja työelämäkumppanin yhteyshenkilölle kevään 2020 aikana.

Aiheen ja sisällön rajaus oli alkuun hieman haastavaa ja rajausta olisikin voinut kaventaa vielä johonkin tiettyyn päihdyttävään aineeseen. Näin opinnäytetyöstä olisi voitu saada aikaan selkeämpi kokonaisuus. Käytännössä kuitenkin pähteitä käytetään paljon sekaisin ja eri tilanteissa riippuen, joten yleishyödyllisestä oppaasta, mikä käsittelee päihdyttäviä aineita yleisesti, on varmasti hyödyllinen, sillä kohdattavat potilaat voivat olla monipäihdeongelmaisia.

Opinnäytetyön tiedonhakuja ja teoreettista osuutta lähdettiin työstämään kysymysten avulla, joita olivat muun muassa:

- Miten aktiivinen päihteidenkäyttö vaikuttaa mielenterveyteen?
- Millainen päihdehoito on Suomessa?
- Miten sairaanhoitajana kohtaan päihteidenkäyttäjän?
- Mikä merkitys sairaanhoitajan kohtaamistaidoilla on päihteenkäyttäjän hoitoon?
- Miten sairaanhoitajana voin tukea päihteidenkäyttäjän mielenterveyttä?

Opinnäytetyön kirjoitusprosessi jakaantui kahden kirjoittajan kesken tasaisesti ja hyvin sekä yhteistyö oli sujuvaa läpi työskentelyn. Koemme, että opinnäytetyön teko työparin kanssa on ollut hyödyllistä. Työpari on helpottanut opinnäytetyöprosessia, koska olemme yhdessä voineet suunnitella ja neuvotella opinnäytetyön sisällöstä sekä täydentää toistemme taitoja eri osa-alueilla. Molemmilla opinnäytetyön tekijöistä ja työelämäkumppanilla sekä vastuu opettajalla oli sama käsitys aikataulun suhteen. Aikataulussa pysyttiin hyvin. Oppimiskokemuksena opinnäytetyöprosessi opetti opinnäytetyöntekijöille pitkäjänteisyyttä ja tiedonhankinnan lähdekriittisyyttä sekä tieteellisen tekstin kirjoitustaitoja.

Huhtikuussa 2020 lähetimme vastuopettajalle ja työelämäkumppanille opinnäytetyön viimeisen työversion. Vastuopettajalta saamamme palautteen perusteella viimeistelimme opinnäytetyön. Opinnäytetyön tiivistelmä osuus laadittiin suomeksi ja englanniksi. Englanninkielisen version lähetimme Laurea ammattikorkeakoulun kielten lehtorille arvioitavaksi. Keväällä 2020 maailmassa levinneen Covid-19 viruksen ja sen tuoman poikkeustilan vuoksi opinnäytetyön esittely ja arviointi järjestettiin sähköisesti sähköposti keskustelujen avulla.

## 8.2 Toiminnallinen opinnäytetyö ja tiedonhankinta

Tässä opinnäytetyössä käytettiin menetelmänä toiminnallista opinnäytetyötä, joka on yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyön vaihtoehtoista (Vikka & Airaksinen 2004, 9.) Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite on tehdä jokin toiminnallinen tuotos. Toiminnallinen opinnäytetyö

voidaan toteuttaa projektityyppisenä, portfoliona, ilmaisullisena tai tuotekehittelynä. Opin- näytetyömme on toteutettu tuotekehityksenä eli terveydenhuollon ammattihenkilöille tarjot- tavana koulutusoppaana. Tuotekehittelyssä paneudutaan jonkin uuden aiheen kehittämiseen, suunnitteluun tai olemassa olevan asian jatkokehittämiseen. (Metropolia 2012; Lapin AMK 2020.) Halusimme opinnäytetyöllämme lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietämystä päihdeiden vaikutuksista mielenterveyteen ja tuoda esille, miten terveydenhuollon ammattilai- nen voisi kohdata työssään päihdeongelmasta kärsivän. Koemme, että tähän tarkoitukseen opas soveltuu hyvin, koska sen avulla pystytään lisäämään terveydenhuollon ammattilasten tietoja suhteellisen helposti.

Toiminnallisen opinnäytetyön prosessi alkaa työn ideoinnista. Aihetta on tarkasteltava kohde- ryhmän ja yhteistyökumppanin näkökulmasta, jotta se palvelee molempien tarpeita. Aiheen tulee olla myös ajankohtainen. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 23.) Kun määritetään opinnäytetyön kohderyhmää, on syytä tarkastella asetettuja tavoitteita ja yhteistyökumppanin toiveita, sekä näkökulmia (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38-40.) Lisäksi toiminallisessa opinnäytetyössä teoret- tisen osuuden tulee perustua johonkin tietoon (Vilkkä & Airaksinen 2003, 30.) Raportista tulee ilmetä miksi jokin aihe ja toteutusmuoto on valittu ja mitä kysymyksiä työn suunnittelussa, toteutuksessa arvioinnissa on käyty läpi (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82-83.)

Opinnäytetyön toiminnallisena osana oli siis oppaan tekeminen, joten oli tärkeää perustaa teo- reettinen tieto ajankohtaiseen ja hyödynnettävissä olevaan tietoon. Lähteitä lähestyttiin ja käytettiin kirjallisuuskatsauksen muodossa. Lähteiden etsimiseen hyödynnettiin Laurea ammat- tikorkeakoulun tiedonhakuvälineitä, kuten Finna-sivustoa ja LibQuidesin kautta löytyvää Ter- veysporttia ja THL sekä HUS sivustoja. Opinnäytetyössä on myös käytetty tieteellisiä julkaisuja, kuten väitöskirjoja ja tutkimuksia. Tieteellisen tiedon kriteereitä katsotaan olevan tiedon ob- jektiivisuus, julkisuus, eettisyys, perusteltavuus ja kommunikointavuus. Tieteellisessä julkai- sussa raportoidaan tutkimustulokset tai kootaan ne yhteen. Väitöskirjan katsotaan olevan kor- kein tieteellinen opinnäyte, koska se on julkinen teos. (Eriksson ym. 2012, 22-23.)

Lisäksi opinnäytetyössä hyödynnettiin kaupungin kirjastojen valikoimaa, joista lainasimme pai- nettuja kirjallisia lähteitä ja etsittiin tietoa alan muilta nettisivustoilta, kuten Päihdelinkistä ja Duodecimin Käypä hoito -suosituksista. Kaikki käytettävät lähteet opinnäytetyön teoreetti- seen osaan ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden kirjoittamia ja julkisesti saa- vutettavissa. Hakusanoina käytimme muun muassa alkoholi, huumausaineet, päihderiippuvuus, mielenterveys- ja mielenterveyden tukeminen, motivoiva haastattelu, mini-interventio ja päih- deongelman hoito.

### 8.3 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Tuotetun oppaan teoreettisesta sisällöstä vastasivat opinnäytetyöntekijät, ja tuotoksen graafi- sesta suunnittelusta eli oppaan lopullisesta julkaisumuodosta vastasi Suvera



työelämäkumppani. Toiminnallisen opinnäytetyön tuotosta eli opasta ei julkaista näkyville liitteenä tässä opinnäytetyössä, koska tuotos ja sen oikeudet kuuluvat Suveralle ja työelämäkumppani käyttää opasta omassa toiminnassaan. Kokosimme oppaan alkuperäisen version Microsoft Word tietokoneohjelman avulla.

Ennen oppaan suunnittelua olimme tutustuneet harjoitteluympäristöissä löytämiimme terveydenhuollon ammattilaisille suunnattuihin oppaisiin. Erilaisten julkaistujen oppaiden perusteella loimme itsellemme mielikuvan, millainen olisi selkeä, lukijaystävällinen ja informatiivinen opas. Toisten oppaiden lukeminen auttoi ymmärtämään, mitä oppaaltamme toivotaan, jotta se palvelisi mahdollisimman hyvin työelämäkumppanimme tarpeita ja olisi hyödynnettävissä.

Opasta lähdettiin suunnittelemaan opinnäytetyön teoria osuuden tultua valmiiksi maaliskuussa 2020. Opinnäytetyöntekijät suunnittelivat, että opas valmistuu huhtikuun 2020 aikana. Opasta koskevat suunnitelmat kävimme WhatsApp keskustelujen avulla. Aikataulussa pysyttiin hyvin ja palautimme valmiin oppaan työelämäkumppanille huhtikuussa. Opinnäytetyön tekijät saivat työelämänedustajalta ainoastaan oppaan pituutta koskevat ohjeistukset. Opinnäytetyöntekijät ottivat huomioon toteutuksessa työelämäkumppanin toiveet ja pyysivät tuotoksesta palautetta säännöllisesti. Työelämäkumppani oli oppaan sisältöön tyytyväinen ensimmäisellä palautuskerralla.

Oppaan sisältöä lähdimme työstämään varsinaisen opinnäytetyön sisällysluettelon pohjalta, koska työelämäkumppani halusi oppaasta melko tiiviin jouduimme rajaamaan ja tiivistämään joitakin opinnäytetyössä käsiteltyjä aiheita oppaan ulkopuolelle. Oppaaseen valikoitui opinnäytetyöntekijöiden mielestä opinnäytetyön keskeisimmät ja käytännönläheisimmät otsikot päihdeidenkäyttäjän hoidossa, joita olivat:

- Mielensterveys, siihen vaikuttavat tekijät ja sen horjuminen
- Päihderiippuvuus ja sen biokemiallinen näkökulma
- Päihteen vaikutus mielen hyvinvointiin ja sen ulottuvuudet
- Päihteenkäyttäjien kohtaaminen ja hoitajan asenne
- Hoitosuhde hoitajan ja päihteenkäyttäjän välillä
- Puolustusmekanismit ja tunteensiirto
- Haastavat tilanteet & suisidaalisuus
- Menetelmät päihteenkäyttäjän hoitajana
- Päihdehoito Suomessa

Oppaassa ilmenevä tieto on kirjoitettu opinnäytetyön teoriaosuuden pohjalta tiivistettynä versiona. Valmiista tuotoksesta tuli hieman yli neljä sivuinen opas, johon myös merkkasimme esille oppaassa käytetyt lähteet. Oppaaseen haluttiin rajata aiheiden painottuvan mielensterveyden tukemiseen ja hoitotyön keinoihin kohdata päihteenkäyttäjää, koska koemme sen olevan

tärkeää ja hyödyllistä päihdeidenkäyttäjän hoidossa. Pyrimme kuitenkin käyttämään oppaassa mahdollisimman laajaa lähdeaineistoa, jotta tieto olisi luotettavaa. Lisäksi oppaassa esiteltiin kuviona millainen päihdehoidon hoitopolku voi olla Suomessa, jotta terveydenhuollon ammattilainen osaa esimerkiksi ohjata asiakkaitaan päihdehoitoon hakeutumisessa. Oppaaseen päätyvä tietomäärä on hyvä rajata ja tiivistää, jotta se on lukijaystävällinen ja selkeä. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.) Valmiista oppaasta tuli tiivis ja selkeä, mutta kuitenkin informatiivinen. Työelämäkumppanin edustajan kanssa sovimme, että he lähettävät opinnäytetyöntekijöille oppaasta sen lopullisen version graafisen osuuden valmistuttua.

#### 8.4 Työelämäyhteistyö ja palaute

Palaute työelämäkumppanilta opinnäytetyöprosessista ja oppaasta kysyttiin kirjallisesti Laurea ammattikorkeakoulun palautelomakkeella. Palautteen antamisesta vastasi Suveran yhteishenkilö, jonka kanssa opinnäytetyöntekijät olivat olleet yhteydessä koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Palautteesta kävi ilmi, että Suvera aikoo hyödyntää tehtyä opasta osana koulutuksiaan sekä uusien työntekijöiden perehdytyksessä. Lisäksi Suvera aikoo hyödyntää opinnäytetyöstä saatua ajankohtaista tietoa esimerkiksi asiakas- ja asiantuntijatyöskentelyssä. Työelämäkumppani on ollut tyytyväinen yhteistyöhön opinnäytetyöntekijöiden ja Laurea ammattikorkeakoulun kanssa koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Suvera tarjoaa jatkossakin mielellään opinnäytetöitä ja harjoittelupaikkoja Laurea ammattikorkeakoululle. Palautteesta kävi ilmi, kuinka heidänkin mielestään on tärkeä tukea mielenterveyttä, vaikka henkilö käyttäisikin aktiivisesti päihdeitä. Lisäksi heidän mielestään on tärkeää kerrata, millä keinoilla mielenterveyttä voidaan tukea.

#### 8.5 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyömme eettinen toimintatapa perustui hyvin ja avoimiin työskentelytapoihin yhteistyössä opinnäytetyökumppanimme Suveran, sekä Laurea ammattikorkeakoulun kanssa. Opinnäytetyömme eettiset periaatteet perustuvat Arene rehtoriliiton vuonna 2020 (Arene 2020) laatimiin eettisiin suosituksiin koskien ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä ja siihen liittyvää työskentelyä. Selvitimme aluksi, ettemme tarvitse työtämme varten lupia koululta tai yhteistyökumppaniltamme esimerkiksi henkilötietoja varten tai tutkimuslupia. Lisäksi opinnäytetyössämme on käytetty Suomen valtakunnallisen tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) tie-teellisiä käytäntöjä, joiden mukaan tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Opinnäytetyössämme, sen kirjoittamisessa ja lähteiden valinnassa ja arvioinnissa on noudatettu yleistä tarkkuutta ja huolellisuutta. (TENK 2012, 6-7.)

Tieto, mikä hankittiin opinnäytetyötä varten, on luotettavilta tahoilta hankittua. Tietolähteitä käytettiin oikein ja laillisesti. Tieto perustui puolueettomuuteen ja laadukkaaseen tutkittuun hoitotyöhön. Hoitotieteessä tieteellinen tieto jaetaan kokemukselliseen tietoon, kehittämistoinnista saatuun tietoon, tieteelliseen tietoon ja intuitiiviseen tietoon (Eriksson ym. 2012, 20-21.) Kirjalliset lähteemme ovat myös hyvin ajantasaisia ja saimme paljon laadukasta tietoa lähivuosien takaa. Käytetty tieto on eettisesti oikein merkittynä työssämme Laurea ammattikorkeakoulun mukaisin lähdeviittauksin ja tieto on saatavilla myös lähdeluettelosta. Olemme tarkastelleet lähdeaineistoa lähdekriittisesti. Lähteiden luotettavuutta voidaan tarkastella ajantasaisuuden eli sen sisällön julkaisu päivämäärän mukaan, sisällön luotettavuuden eli onko sisältö perusteltua ja objektiivisuuden eli missä sisältö on julkaistu ja kuka siitä vastaa (Helsingin yliopisto 2020.)

Tutkimuksessa tulee huomioida muiden tutkijoiden tekemä työ ja saavutukset ja viitata niihin julkaisuihin asianmukaisella tavalla (TENK 2012, 6.) Työssämme olemme käyttäneet lähteitä kunnioittaen niiden alkuperäistä tekstiä. Emme ole käyttäneet alkuperäisten kirjoittajien tietoa omana tietonamme. Opinnäytetyössämme oleva teksti ei loukkaa ketään ja se on pyritty kirjoittamaan puolueettomasti. Opinnäytetyö tai opas eivät pidä sisällään materiaalia, jota ei voitaisi julkisesti julkaista.

Yhteistyökumppanimme kanssa eettinen toimintatapa näkyi avoimuutena, hyvänä kommunikaatiota ja yhdessä sovitusta toimintasäännöistä, sekä aikataulusta. Allekirjoitimme työelämäkumppanin kanssa ensi tapaamisen jälkeen opinnäytetyösopimuksen, jossa sovimme muun muassa opinnäytetyön toteutuksesta ja sen aikataulusta. Aikataulusta pidettiin hyvin kiinni ja työelämäkumppani oli mukana opinnäytetyön eri vaiheissa ja heidän annettiin aktiivisesti kommentoida työtä. Lähetimme työmme tarkasteltavaksi ajoittain, mikä lisäsi työn seurattavuutta ja arviointia. Opinnäytetyössä vallitsi kuitenkin opinnäytetyöntekijöiden itsenäinen työote ja oman ammatillisen kasvun prosessointi (Arene 2020, 6.) Mielestämme onnistuimme hyvin toimimaan yhteistyössä työelämäkumppanimme kanssa ja otimme vastuuta omasta työstämme sekä aikataulusta. Toimimme kaikin puolin hyvässä vastavuoroisessa kommunikaatiossa. Ennen opinnäytetyön julkaisua yhteistyökumppanimme oli lukenut työn.

Opinnäytetyön luotettavuutta olisi voitu parantaa, mikäli olisimme löytäneet enemmän laadukkaita tutkimuksia koskien hoitajien asenteita päihteidenkäyttäjiä kohtaan. Myös tutkimukset kohtaamisen laadukkuudesta päihteidenkäyttäjien näkökulmasta olisivat parantaneet työn luotettavuutta. Kirjallista lähdeaineistoa päihteidenkäytöstä- ja sen vaikutuksista kokonaisvaltaisesti ihmisen terveyteen sekä päihdehoidosta löysimme useasta eri lähteestä, joka on opinnäytetyön luotettavuuden kannalta tärkeää. Hyödynsimme opinnäytetyössämme mahdollisimman monipuolisesti luotettavia kirjallisia lähteitä, artikkeleita, tutkimuksia ja raportteja.

## 8.6 Oppaan kehitysmahdollisuudet ja jatkotutkimusaiheet

Oppaallamme olisi paljon potentiaalisia kehittämismahdollisuuksia. Oppaasta voitaisiin jatkokehittää valmennuskurssi, joka olisi suunnattu terveydenhuollon ammattilaisille. Kurssi voitaisiin toteuttaa yhteistyössä Suveran tai muun päihdehuollon sektorin kanssa. Kurssi voitaisiin järjestää verkkokurssina tai läsnäololla. Läsnäolo parantaisi mielestämme sosiaalisia ja fyysisten tilanteiden simulointia. Kurssilla voitaisiin tuoda käytäntöön oppaassa käsiteltäviä aihealueita tarkemmin esille ja keskustella muiden osallistujien kanssa aiheista. Myös kokemusasiantuntijoita voitaisiin hyödyntää osana kurssia.

Kehittämismahdollisuuksia olisi myös selvittää tuotoksemme hyödyllisyys. Selvitys voitaisiin toteuttaa kyselytutkimuksella, vertaillen kahta samankaltaista osastoa. Olisi mielenkiintoista saada selville ovatko hoitajien tiedot ja taidot parantuneet oppaan myötä tai onko hoitajilla paremmat voimavarat kohdata päihdeongelmainen terveydenhuollon asiakas. Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheina voisi olla hoitajien asenteet ja hoidon laadun toteutuminen päihteenkäyttäjää kohtaan, koska aiheesta on olemassa vain vähän tutkimus tietoa.

Oppaan tavoitteena oli lisätä terveydenhuollon ammattihenkilöiden tietämystä päihderiippuvuudesta, päihteen ongelmakäytöstä ja sen vaikutuksista mielenterveyteen. Lisäksi tavoitteena oli tarjota terveydenhuollon ammattilaisille käytännön keinoja, miten kohdata päihteenkäyttäjää ja tukea heidän mielenterveyttään. Oppaan tavoitteiden toteutumista ei tässä vaiheessa pystytä arvioimaan, koska näyttöä oppaan käytöstä työelämässä ei vielä ole.

## Lähteet

### Painetut

Annala, T., Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. 4., uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S. Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. Hoitotiede. 4., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: Tammi.

Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2019. Mieli ja terveys. 6., uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. 1. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Kannas, L. & Välimaa, P. 2016. Virtaa lukion terveystieto - Terveiden perusteet. Helsinki: Edukustannus.

Kivelä, P., Aalto, M., Joutsa, J. & Kiiänmaa, K., 2018 Huume- ja lääkeriippuvuudet 1. Painos Duodecim.

Peltoniemi, T. 2013 Pääasiana alkoholi. Helsinki: Lönnberg paino.

Rapeli, P. 2019. Kliininen neuropsykologia. 3 painos. Kustannus Duodecim.

THL. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Opas 5. Helsinki: Yliopistopaino.

Varjonen, V. 2014 Huumetilanne Suomessa 2014, Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 2., painos. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.-2.painos. Helsinki: Tammi.

Väkeväinen, S., Heliö, S., Winqvist, S., Jaatinen, P. & Aalto, M. 2015 Alkoholiriippuvuus. Kustannus Duodecim.

## Sähköiset

Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2015. Viitattu 11.2.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#s10>

Arene 2020, Arene Ry rehtoriliitto. 2020. Luettu 2.3.2020. Viitattu 2.3.2020. <http://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTIKORKEAKOULU-JEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUK-SET%202020.pdf?t=1578480382>

Chan, M. 2013. Mental Health Action Plan 2013-2010. WHO. Viitattu 27.1.2020. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021\\_eng.pdf;jsessionid=11B28CA8D99CE6CF0B3AFE4331E7DDE7?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf;jsessionid=11B28CA8D99CE6CF0B3AFE4331E7DDE7?sequence=1)

Epidemiology. Viitattu 30.1.2020. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-019-01753-3>

Hakala, T., Koivunen, M. & Peltomaa, K. 2017. Alkoholista päihtyneiden potilaiden hoidon organisointi ja hoitohenkilökunnan osaaminen päivistyspoliklinikoilla. Yhteiskuntapolitiikka 2017, 82:5, 570, 575. Viitattu 11.2.2020. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136004/YP1705\\_Koivunenym.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136004/YP1705_Koivunenym.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Heikkilä, A. 2012. Alkoholien yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Itä- Suomen yliopisto. Viitattu 18.1.2020. <https://core.ac.uk/download/pdf/15169455.pdf>

Helsingin yliopisto. Opiskelijan digitaidot. Lähdekritiikki. Viitattu 3.3.2020. <https://blogs.helsinki.fi/opiskelijan-digitaidot/3-tiedonhankinta/3-4-loydetyn-tiedon-kaytto-ja-arviointi/lahdekritiikki/>

Holapainen, A., Partinen, M. & Huutoniemi. 2017. Päihdelinkki.fi. Tietopankki. Alkoholi- ja uni. Viitattu 26.2.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/alkoholi-ja-uni>

Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. 2018. Viitattu 11.2.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50041>

HUS. Ammattilaisille. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Mielen hyvinvointi. Viitattu 26.2.2020. <https://www.hus.fi/ammattilaiselle/hus-perusterveydenhuollon-yksikko/hyvinvoinnin-ja-terveyden-edistaminen/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/mielen-hyvinvointi/Sivut/default.aspx>

- Karjalainen, K., Kuussaari, K., Niemelä, S. 2019. Mental health problems among clients with substance use problems: a nationwide time-trend study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Viitattu 30.1.2020. <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00127-019-01753-3>
- Kettunen, R. Eteisvärinä ja eteislepatus. 2018. Viitattu 20.2.2020. [https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00015](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015)
- Koski-Jännes, A. 2009. Tietopankki. Tietoiskut. Mielenterveys. Riippuvuus. Luettu 18.1.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/riippuvuus>
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä Fenomenografinen lähestymistapa. Viitattu 12.2.2020. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5/urn\\_isbn\\_978-952-61-0224-5.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0224-5/urn_isbn_978-952-61-0224-5.pdf)
- Lapin AMK. Opiskelijalle. Opinnäytetyön toteuttaminen. Viitattu 3.3.2020. <https://www.lapinamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opinto-opas,-AMK-tutkinto/Opinnaytetyoohje/Opinnaytetyon-to-teuttaminen#>
- Lydén, H. 2009. Päihteet ja aggressiivisuus. Viitattu 23.2.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/aggressiivisuus-ja-vakivalta/paihteet-ja-aggressiivisuus>
- Metropolia. 2012. Toiminnallisen opinnäytetyön erityispiirteitä. Viitattu 3.3.2020. <https://wiki.metropolia.fi/pages/viewpage.action?pageId=57182852>
- Mieli Ry, Suomen mielenterveys Ry. Luettu 6.3. Viitattu 6.3.2020. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/vaikeat-el%C3%A4m%C3%A4ntilanteet/sairastuminen-voi-olla-kriisi>
- Mielenterveystalo.fi. Aikuiset. Omahaito ja oppaat. Tietoa päihteistä. Päihteet päihinänkuorissa. Viitattu 21.2.2020. <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/tietoa-paihteista/Pages/paihteet.aspx#alkoholi>
- Nikula, M. 2010. Päihteet lisäävät seksuaalista riskikäyttäytymistä. Viitattu 3.3.2020. <https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/paihteet-lisaavat-seksuaalista-riskikayttaytymista/>
- Ohisalo, M. 2018. Aina media. Mitä on syrjäytyminen? Viitattu 4.3.2020. <https://ainamedia.fi/2018/09/20/mita-on-syrjaytyminen-maria-ohisalo/>
- Panhelainen, A. 2012. Drug-induced synaptic plasticity in addiction : the mesolimbic dopamine pathway and benzodiazepines Viitattu 3.3.2020. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/33975>

Pharmaca fennica. 2015. DINIT sumute suonteloon 1,25mg/annos. Viitattu 22.3.2020. <https://pharmacafennica.fi/spc/2191067>

Penttilä, E. 2012. Lastensuojelun alkuarviointi päihdeperheissä - Miten ensimmäiseen päihdeilmoitukseen puututaan? Viitattu 12.2.2020. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130015/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20130015.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130015/urn_nbn_fi_uef-20130015.pdf)

Poll-Tassin, J. 2009. Teemana Huumeet. Viitattu 26.2.2020. [http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/546/TDAD09001FIC\\_WEB\\_161415.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/546/TDAD09001FIC_WEB_161415.pdf)

Sairaanhoitajat. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 7.2.2020. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>

Suomen mapa keskus. Mitä on MAPA? Viitattu 18.2.2020. <http://suomenmapakeskus.fi/mita-on-mapa/>

Suvera. 2020. Viitattu 4.5.2020. <https://www.suvera.fi/>

Säkkinen, S. & Yrttiaho, A. 2020. Päihdetilastollinen vuosikirja 2019. THL. Viitattu 30.1.2020. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139083/P%c3%a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202019\\_verkkoon.pdf?sequence=7&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/139083/P%c3%a4ihdetilastollinen%20vuosikirja%202019_verkkoon.pdf?sequence=7&isAllowed=y)

THL. 2019. Mielenterveys. Mielenterveyshäiriöt. Päihderiippuvuus. Luettu 28.1.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/paihderiippuvuus>

THL. 2020. Päihteiden käytöstä johtuva haitat eivät enää vähentyneet vuonna 2018. Viitattu 30.1.2020. <https://thl.fi/fi/-/paihteiden-kaytosta-johtuvat-haitat-eivat-enaahahentyneet-vuonna-2018?redirect=%2Ffi%2Fweb%2Falkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet%2Fajankohtaista>

THL. Lääkkeiden väärinkäyttö, 2020. Viitattu 25.3.2020. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/paihdetutkimus/tutkimustuloksia/laakkeiden-vaarinkaytto>

THL. 2019. Psykiatrisen erikoissairaanhoito 2018. Viitattu 30.1.2020. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/psykiatrisen-erikoissairaanhoito>

Tilastokeskus. 2019. Tilastot. Kuolemansyyt. 2018. 6. Itsemurhien määrä väheni hieman edellisvuodesta. Viitattu 18.2.2020. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt\\_2018\\_2019-12-16\\_kat\\_006\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_kat_006_fi.html)

TTL. 2019. Asiakasväkivalta sairaala- ja terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan lisääntynyt. Viitattu 18.2.2020. <https://www.ttl.fi/asiakasvakivalta-sairaala-ja-terveydenhuoltohenkilostoa-kohtaan-lisaantynyt/>



Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 3.3.2020. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)