

# ENSIAPUOHJEITA YLIANNOSTILANTEESEEN SUONENSISÄISESTI HUUMEITA KÄYTTÄVILLE

Tomoe Osada ja Sanna Tuusa  
Opinnäytetyö, syksy 2011  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)  
Diakoninen sosiaali-, terveys- ja  
kasvatusalan koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK) + diakonissan  
virkakelpoisuus

## TIIVISTELMÄ

Osada, Tomoe ja Tuusa, Sanna. Ensiapuohjeita yliannostustilanteeseen suonensisäisesti huumeita käyttäville, Helsinki, syksy 2011, 59 s.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK). Hoitotyön koulutusohjelma, diakonisen hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, diakonissa (AMK).

Työelämälähtöisen produktiomuotoisen opinnäytetyömme tavoitteena oli tuottaa suonensisäisiä huumeita käyttäville tarkoitettu yliannostusensiapuopas. Oppaassa annetaan ohjeita yliannostustapauksen tunnistamiseen ja tilanteessa toimimiseen, sekä yliannostuksen ennaltaehkäisyyn. Opinnäytetyön tilaaja on Helsingin Diakonissalaitoksen huume- ja mielenterveystyö ja produktina tuotettava opas osa useamman huumeidenkäyttäjille suunnatun terveysneuvontaoppaan sarjaa. Opinnäytetyö koostuu oppaasta sekä sitä tukevasta teoriaosasta.

Oppaalla on terveyttä edistävä tarkoitus, sillä välittämällä huumeiden käyttäjille tietoa huumeiden käytöstä johtuvista riskeistä ja niiden välttämisestä voidaan ennaltaehkäistä vaaratilanteita. Opas on ensisijaisesti tarkoitettu suonensisäisiä huumeita käyttäville, mutta sitä voivat hyödyntää myös päihteidenkäyttäjien kanssa työskentelevät terveysalan henkilöt.

Ensiapuoppaasta on hyötyä jo senkin takia, että ensiapuun liittyvää ohjeistusta kehitetään jatkuvasti ja aiemmin tehtyjä oppaita on syytä päivittää. Aiemmin ei myöskään ole tehty erityisesti huumeiden käyttäjille suunnattua ensiapuopasta. Yliannostustapausten välttämässä ja ensiaputaitojen opastamisessa on tärkeää, että tieto välittyy nimenomaan huumeiden käyttäjille. Tämä opas on yritetty tehdä kohderyhmä huomioon ottaen mahdollisimman yksinkertaiseksi, selkeäksi ja helppolukuseksi. Opas on taitettava lehtinen, jota on kokonsa vuoksi helppo jakaa mukaan otettavaksi päihteiden käyttäjille tarkoitetuista palvelupisteistä.

Teoriaosuudessa käsittelemme päihteiden käyttöä ja päihderiippuvaisten hoitotyötä diakonian näkökulmasta. Käymme läpi yleisimpiä suonensisäisesti käytettyjä huumeita, sekakäyttöä ja ennaltaehkäisyä huumeyliannostukseen. Lisäksi käsittelemme ensiapua erityisesti huumeiden käyttäjille annettavan ensiavun näkökulmasta.

Asiasanat: terveysneuvonta, diakonia, huumeet, ensiapu, produktio, päihdeongelmat, terveyden edistäminen

## ABSTRACT

Osada, Tomoe and Tuusa, Sanna

First aid instructions in case of an overdose for intravenous drug users: A Guide  
59 p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option  
in Health Care. Degree: Nurse.

The object of this thesis was to produce an easy-to-use first aid guide in case of overdose for intravenous drug users. This guide was requisitioned as part of a series of health care guides by The Helsinki Deaconess Institute which provides various health care services to substance abusers. The aim with this guide was to bring current information concerning first aid available to intravenous drug users in a simple and easy-to-understand form.

This thesis is a production that consists of a theory section and the product: a guide for intravenous drug users. The theoretical part is based on contemporary scientific literature and studies. The guide is a colourful illustrated foldable leaflet the size of an A4. The guide consists of descriptions of overdose symptoms, first aid instructions and preventive measures that can be taken to avoid overdosing.

The guide is aimed at substance abusers but can also be used by health care professionals who work with drug users. The theory section provides an information source that can be used in harm reductive drug work.

Keywords: health education, diacony, narcotics, first aid, production, drug abuse, health promotion

# SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 DIAKONINEN LÄHESTYMISTAPA HUUMETYÖSSÄ .....	8
2.1 Diakonia ja kirkon päihdetyö.....	8
2.2 Diakoninen hoitotyö .....	11
2.3 Huumeiden käyttäjät asiakasryhmänä.....	13
2.3.1 Syrjäytyminen haasteena.....	14
2.3.2 Päihteiden käyttäjän hengellisyys .....	15
2.4 Diakonissalaitoksen palvelut huumeiden käyttäjille .....	17
2.4.1 Hiv-positiivisten päiväkeskus .....	18
2.4.2 Korvaushoitoyhteisö .....	18
2.4.3 Liikkuva terveysneuvontayksikkö.....	19
2.4.4 Päiväkeskus Stoori .....	20
2.4.5 Tukipiste Salli.....	20
2.5 A-klinikkasäätiö .....	21
3 HUUMEIDEN SUONENSISÄINEN KÄYTTÖ .....	22
3.1 Opiaatit.....	22
3.2 Stimulantit.....	24
3.2.1 Amfetamiini.....	24
3.2.2. MDPV .....	26
3.2.2 Ekstaasi .....	27
3.2.3 Kokaiini .....	28
3.3 Rauhoittavat ja unilääkkeet .....	30
3.4 Sekakäyttö.....	30
4 YLIANNOSTUS.....	32
4.1 Yleiset yliannostusoireet.....	32
4.2 Yliannostuskuolemat .....	32
4.3 Yliannostusten ennaltaehkäisy .....	34
4.4 Haittoja vähentävä työ .....	35
5 ENSIAPU .....	38

5.1 Huumeita käyttävän myrkytystila .....	38
5.2 Tajuttoman, normaalisti hengittävän ensiapu .....	39
5.3 Elottoman elvytys .....	40
5.4 Hoitohenkilökunnan vaitiolovelvollisuus.....	41
6 ENSIAPUOPAS HUUMEYLIANNOSTUKSEEN .....	43
6.1 Oppaan tekstiosuus.....	43
6.2 Oppaan ulkoasu .....	45
6.3 Oppaantekoprosessi.....	46
7 POHDINTA .....	48
7.1 Prosessin arviointi .....	48
7.2 Eettinen pohdinta .....	49
7.3 Ammatillinen kasvu .....	50
LÄHTEET.....	53
LIITE 1 Opas	
LIITE 2 Opinnäytetyöprosessin aikajana	

## 1 JOHDANTO

Tämän Helsingin Diakonissalaitoksen (HDL) Huume- ja mielenterveystyön tiilaaman produktimuotoisen opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa suonensisäisiä huumeita käyttäville sekä henkilökunnalle terveysneuvontaopas, joka käsittelee ensiapua huumeiden yliannostuksessa. Oppaan tarkoituksena on antaa huumausaineiden käyttäjille tietoa yliannostustilanteessa toimimiseen ja yliannostustilanteiden ennaltaehkäisyyn. Näin voidaan vähentää yliannostuskuolemia. Jotta opas tavoittaisi kohderyhmänsä, on tarkoituksenamme tehdä siitä mahdollisimman selkeä ja helppolukuinen. Kohderyhmän eli huumeidenkäyttäjien näkökulma on otettu oppaan teossa erityisesti huomioon.

Käsitlemme työssä päihdehoitotyötä diakonisesta näkökulmasta. Perehdymme yliannostustilanteissa annettavan hätäensivun ohjeistuksiin ja ensivun antamiseen yleisesti. Tämän lisäksi käsitlemme lyhyesti hoitohenkilökunnan vaitiolovelvollisuutta huumausaineiden käyttäjiin liittyen, sillä viranomaisten pelko saattaa vaikeuttaa avun pyytämistä yliannostustilanteissa. Opas sisältää lyhyesti toimintaohjeita hätätilanteeseen, ensiapuohjeita, yliannostustilanteessa ilmeneviä oireita, sekä ennaltaehkäiseviä ohjeita yliannostustilanteiden välttämiseksi. Teoriaosuus rakentuu työssämme terveyden edistämiseksi.

Yhteistyössä HDL:n Huume- ja mielenterveystyön yksikön kanssa päädyimme rajaamaan opinnäytetyömme koskemaan yleisimpiä Suomessa käytettäviä suonensisäisiä huumeita sekä niiden sekakäyttöä muiden päihteiden kanssa. Huumausaineita koskien kartoitamme aluksi niiden yleisyyttä ja yliannostuskuolemien määrää Suomessa. Käsitlemme opinnäytetyössämme eri suonensisäisten huumausaineiden erityispiirteitä sekä niihin liittyviä yliannostusoireita. Lisäksi käymme läpi erilaisia näkökulmia yliannostustapausten ennaltaehkäisyyn ja kuolemantapausten välttämiseen osana terveyttä edistävää näkökulmaa.

Aihe on ajankohtainen, koska tiedotusvälineissä on puhuttu paljon uusista muuntohuumeista kuten JHW:sta ja MDPV:stä. Pelkästään vuonna 2009 saatiin

virallinen ilmoitus 24 uudesta psykoaktiivisesta aineesta (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 99). Kaikki uudet huumaustarkoituksessa käytettävät aineet ovat huumeiden käyttäjille erityisen vaarallisia, koska niitä koskevaa tietoa on vähän eikä se välttämättä ole kovinkaan luotettavaa. Aineen laadusta ei myöskään välttämättä ole takeita. Uusien aineiden käyttämisestä aiheutuvat vaikutukset voivatkin olla arvaamattomia ja seuraukset jopa hengenvaarallisia.

Huumeista varsinkin buprenorfiinin käyttö on lisääntynyt räjähdysmäisesti 2000-luvulla. Vuonna 2007 buprenorfiini oli yleisin aiheuttaja tapaturmaisissa yliannostuskuolemissa. Samana vuonna tapaturmisiin yliannostuksiin kuoli 142 ihmistä. Näistä 133 tapauksessa löytyi verestä myös bentsodiatsepiineja. (Salasuo, Vuori, Piispa & Hakkarainen 2009, 19–20 & 41.) Huumeiden käytöstä valtiolle aiheutuvat kustannukset ovat mittavat. Vuonna 2008 näiden kustannusten arvioitiin olevan 126 miljoonaa euroa. (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 34.) Haittoja vähentävällä työllä on siis myös merkittävä kansantaloudellinen merkitys.

Terveysneuvontapisteissä asioivien huumeiden käyttäjien määrä on kasvussa (Partanen ym. 2007, 555), joten niissä jaettuna opas voi saavuttaa kohderyhmänsä. Toiveenamme olisikin, että tekemämme oppaan avulla voitaisiin saada huumeidenkäyttäjien tietoisuuteen toimintaohjeita yliannostustilanteisiin, jotta huumausaineista johtuvia haittoja ja etenkin huumausainekuolemia voitaisiin vähentää.

## 2 DIAKONINEN LÄHESTYMISTAPA HUUMETYÖSSÄ

Diakonisessa päihdetyössä pyritään terveyden edistämiseen. Terveyden edistämällä tarkoitetaan tässä yhteydessä esimerkiksi terveystalvelujen uudistamista. Terveystalvelujen uudistamisen tavoitteena on potilaan ja ympäristön hyvinvoinnista huolehtiminen. Ihminen on itse vastuussa elämästään, mutta sairaus ei saa hallita elämää, eikä ketään saa jättää yksin vastuuseen sairaudestaan. Yhteiskunnalliset ongelmat kuten syrjäytyminen voivat kuitenkin heikentää ihmisen kykyä ottaa vastuuta itsestään. Hyvä yhteiskunta huolehtii kaikista jäsenistään eikä jätä yksin ihmisiä, joilla ei ole kykyä oman elämänsä ohjaamiseen. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 16–20.) Täältä pohjalta diakonia liittyy syrjäytymisen vähentämiseen ja päihdehaittojen ennaltaehkäisyyn.

### 2.1 Diakonia ja kirkon päihdetyö

Kirkkolain mukaan kirkon tehtävänä on julistaa Jumalan sanaa, jakaa sakramentteja ja toteuttaa lähimmäisenrakkautta (Kirkkolaki 1993). Diakoniatyöntekijän vastaanotolle hakeutuva on usein taloudellisen avun tarpeessa tai hän haluaa keskustella häntä koskettaneesta elämäkriisistä, kuten läheisen menettämisestä. Monella avunhakijalla on näitä molempia tarpeita. (Jokela 2011, 83 & Hakala 2007, 231; Helin, Hiilamo & Jokela 2010, 56).

Diakoniatyö on työajatonta eikä tehdyn työn määrästä monesti tarvitse ilmoittaa esimiehelle. (Helin ym. 2010, 12). Työ sisältää asiakastyötä yksilö- ja perhetyötä, leirejä, ryhmien vetämistä, tapahtumien järjestämistä ja retkiä. Työ on heikoimmassa asemassa olevan ihmisen auttamista. Jokela (2011, 82) on tutkinut diakoniatyön asiakasryhmiä haastatteleamalla diakoniatyöntekijöitä. Osa vastaajista ei halunnut luokitella diakoniatyön asiakasryhmiä. Puolet vastaajista nimesi diakoniatyön asiakkaiksi syrjäytyneet tai syrjäytymisvaarassa olevat ihmiset. Näiden lisäksi vastauksissa tulivat esiin myös mielenterveyskuntoutujat ja päihdekuntoutujat. (Jokela 2011, 82.)



Diakoniatyö yhdistetään monesti median tuomiin mielikuviin, kuten leipäjonoihin. Työ on usein näkymätöntä, koska asiakastyötä koskee vaitiolovelvollisuus. Diakoniatyöntekijät tapaavat asiakkaitaan seurakuntien diakoniatoimistoissa tai asiakkaiden kotona. Diakoniatoimistot on yleensä pyritty tekemään viihtyisiksi ja kodinomaisiksi, jotta niissä asioiminen olisi luontevaa. (Helin ym. 2010, 50–53.)

Seurakunnissa on erilaisia tapoja toteuttaa asiakkaiden vastaanottotyötä. (Helin ym. 2010, 54). Diakoniatyöntekijälle voi esimerkiksi soittaa tai lähettää sähköpostia ja sopia ajan keskusteluun. (Helin ym. 2010, 57). Joissain seurakunnissa on diakoniatyöntekijän vastaanotto, jonne saa tulla ilman ajan varaamista. Jotkut asiakkaat kokevat diakoniatoimistot kaavamaisiksi ja haluavat tavata kotonaan. Tämä on erityisesti silloin tärkeää, kun asiakas on liikuntarajoitteinen, mielenterveyskuntoutuja tai huonokuntoinen vanhus. Diakoniatoimisto voi myös sijoittaa asiakkaan mielestä liian näkyvällä paikalla kuten kirkkoherranviraston vieressä. Asiakas ei välttämättä halua tulla nähdyksi avunsaajana ja haluaa mieluummin tavata kotonaan. (Helin ym. 2010, 53–54.)

Diakoninen päihdetyö pyrkii torjumaan ja korjaamaan päihteiden käytön terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia haittoja. Sen lähtökohtana on yhteisöllisyys. Tarkoituksena on, että syrjäytyneet voivat turvautua kirkkoon, jos heillä ei ole muita turvaverkostoja. Syrjäytyneitä ovat esimerkiksi osa päihdeongelmaisista, vankilassa olevat tai vankilasta vapautuvat. (Jääskeläinen 2002, 213–215; Helin ym. 2010, 56.) Esimerkiksi Helsingin seurakunnissa erityisdiakoniatyö pitää sisällään päihde- ja mielenterveystyön vangeille ja asunnottomille. Erityisdiakonia yrittää tavoittaa muun muassa syrjäytyneitä. (Helsingin seurakuntayhtymä i.a.) Päihdeongelmaisista ja heidän omaisiaan tuetaan vaikeissa elämäntilanteissa esimerkiksi erilaisilla ryhmillä ja tuetulla asumisella. Diakoniatyö tukee myös vankilassa olevia, vankilasta vapautuneita ja heidän omaisiaan vankilavierailuilla, ryhmillä, tuetulla asumisella sekä yksilökohtaisella työllä. (Helin ym. 2010, 51.)

Diakoniatyöntekijät antavat hengellistä, henkistä ja taloudellista tukea. He muun muassa kuuntelevat, rohkaisevat, neuvovat ja puolustavat asiakkaiden oikeuksia. (Jokela 2011, 85.) Diakoniatyöntekijät kunnioittavat asiakkaitaan läsnäololla

ja ilmaisevat näin ihmisarvoa ja tasa-arvoa. Erityisenä vahvuutena diakonia-työntekijöillä on ihmisen kohtaaminen ja ihmisyyden näkeminen ongelmien läpi. (Helin ym. 2010, 41–42.) Diakonia on ihmisen kokonaisvaltaista auttamista ja palvelemista (Hakala 2007, 231).

Työn tarkoituksena ei ole antaa ratkaisuja ongelmiin vaan niitä mietitään yhdessä asiakkaan kanssa. Tärkeää diakoniatyössä on, että asiakkaalle jää tunne kohdatuksi tulemisesta, vaikka ongelmille ei olisi löytynyt ratkaisua. Asiakkaat saattavat myös valehdella diakoniatyöntekijälle saadakseen apua. Tällaisissa tilanteissa asiakasta ei saa jättää yksin. (Helin ym. 2010, 42.)

Kirkko tekee ehkäisevää päihdetyötä. Kirkossa työskentelee päihdetyön ammattilaisia, joilla on valmiudet kohdata päihdeongelmasta kärsiviä ihmisiä. Koulutettujen ammattilaisten lisäksi myös vapaaehtoistyöntekijöillä on mahdollisuus osallistua kirkon päihdetyöhön. (Aahos, Alstela & Hiilamo ym. 2005, 8–15.)

Päihdeongelmaan olisi tärkeä puuttua mahdollisimman aikaisin. Seurakunnan tilaisuuksiin osallistuminen edistää päihteettömyyttä ja vähentää aikaa päihteiden käytöltä. Päihteettömyyteen pyrkivää pitäisi myös tukea mahdollisimman paljon. Terveyttä ja hyvinvointia edistävä työ on tärkeää kirkolle. Ihmisarvoinen elämä kuuluu myös sellaisille henkilöille, jotka eivät pysty lopettamaan tai vähentämään päihteiden käyttöä. Kirkko auttaa ihmisiä selviytymään arjesta ja tukee vastuulliseen käyttäytymiseen. Kirkko näkee lisäksi tärkeänä lasten kasvatuksen päihdekysymyksissä. Tässä vanhemmat ja isovanhemmat ovat tärkeässä asemassa. (Aahos ym. 2005, 7.)

Kirkko vaikuttaa myös yhteiskunnallisesti ottamalla kantaa esimerkiksi nuorten päihteiden käyttöön ja seurakunnan alueella oleviin päihdeongelmiin. Ehkäisevässä päihdetyössä on myös tärkeää huomioida, kuinka seurakunnan työntekijät puhuvat päihteistä saarnoissa, hartauspuheissa ja muissa keskusteluissa. Turvallisen ja luottavan ilmapiirin luominen on tärkeää. Tällöin on mahdollista toteuttaa armoa, anteeksiantamusta ja toivoa luovaa yhteisöllisyyttä. Kirkossa tehtävä päihdetyö tukee päihdeongelmaisen hengellisyyttä fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten puolten lisäksi. Päihdeongelmassa ei ole kysymys pelkästä

kuntoutuksesta, vaan tarkoituksena on kokonaisvaltainen parantuminen. Ihmisarvo on kirkolle tärkeä arvo ja päihdetyön tavoitteena on salliva seurakuntayhteisö. Päihdeongelmaisella ihmisellä ei ole estettä osallistua seurakunnan toimintaan. Päihdetyön pyrkimyksenä on poistaa ennakkoluuloja ja painottaa armon merkitystä. Seurakunnissa tehtävän työn ohella hoitokodeissa ja kuntoutusyksiköissä toteutetaan laitosmaista päihdetyötä. (Aahos ym. 2005, 8–15.)

Saranevan (2011) mukaan syrjäytyminen merkitsee kirkolle haasteita. Myös mediassa esillä olevat mielikuvat päihteiden kuulumisesta arkipäivään merkitsevät haasteita. Aikuisten päihdeongelmat vaikuttavat lapsiin syrjäyttävästi. Väkivalta saattaa lisääntyä ja lapset voivat tämän seurauksena tarvita suojelutoimenpiteitä kuten huostaanottoa. Kirkossa suhtaudutaan jyrkästi päihteisiin, mikä saattaa johtaa päihteiden käyttäjien syrjintään myös seurakunnissa. Tämä tuo haasteita, vaikka seurakunnat järjestävät toimintaa myös vaikeasti päihdeongelmaisille. Tällöin päihteiden hallittu käyttö on mahdollista. Seurakunnan lisäksi kristillistä päihdetyötä tekevät Sininauhaliitto, Pelastusarmeija, Diakoniasäätiöt ja Settlementiliike (Aahos ym. 2005, 12, 15.)

## 2.2 Diakoninen hoitotyö

Hoitotyössä painotetaan kokonaisvaltaista huolenpitoa koskien potilasta ja hänen perhettään (Kuuppelomäki 2001, 28). Hoiva ja huolenpito ovat hoitotyön keskeisimpiä asioita (Myllylä 2004, 37). Sarvimäki & Stenbock-Hultin (1996) mukaan hoito merkitsee muun muassa hoitamista, valvontaa, huolehtimista, huolenpitoa, terapiaa ja hoivaa. Huolenpito toisesta ihmisestä tarkoittaa, että välittää siitä, mitä toiselle tapahtuu. Tarkoituksena on saada mahdollisimman hyvä elämä kaikille ihmisille. Huolenpito liittyy myös pyyteettömyyteen, joka on hoidon perusarvo. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 10, 39–42.) Barbosa da Silvan (1994, 51) mukaan hoivalla on eettinen päämäärä, joka tarkoittaa terveyden ja hyvinvoinnin tavoittelua. Hänestä hoiva on huolenpitoa toisesta sekä rakkauden tekoja.

Erikssonin ja Barbosa da Silvan (1994, 55) mukaan hoivan ja huolenpidon perusedellytys on rakkaus, jolla Eriksson tarkoittaa muun muassa laupeutta, anteellaisuutta ja nöyryyttä. Tätä rakkautta hän sanoo *caritas*-ajatteluksi, joka on kristillisen opin pääajatus. (Eriksson & Barbosa da Silva 1994, 55.) Karitatiivinen ajattelu on lähimmäisen rakkauden teologista hyvettä sekä diakonisessa hoitotyössä rakkaudellisia tekoja (Myllylä 2004, 37). Barbosa da Silvan (1994, 58–59) mukaan käsite *caritas* tarkoittaa toisista huolehtimista. Hänestä toisista huolehtiminen on jokaisella ihmisellä luonteessa. Hän perustelee jokaisen ihmisen samanarvoiseksi viitaten uskoon, jonka mukaan Jumala loi ihmisen kuvakseen. (Barbosa da Silva 1994, 58–59.) Erikssonin ja Herbertsin (1994, 157) mukaan usko ja terveys kuuluvat yhteen. Myös Virginia Henderssonin (Eriksson & Barbosa da Silva 1994, 166) mukaan potilaan hoitoon kuuluvat hengelliset tarpeet. Erikssonin (Myllylä 2004, 37) ajattelussa rakkaus, toivo ja usko muodostavat kokonaisuuden, joihin hoitaminen pohjautuu. Diakoniatyön kohdistuminen sairausiin on tuonut diakoniatyölle sairaanhoidollisia tehtäviä. (Veikkola 2002, 115.)

Diakonisesta hoitotyöstä päihteiden käyttäjien parissa on tehty vähän tutkimuksia, joten sen määrittely on vaikeaa. Myllylän (2004, 43) mukaan lähtökohtina pidetään käsitteitä diakonia ja hoitotyö. Arvosisältö on kristillisessä ihmiskäsityksessä ja vuorovaikutustilanteet sisältävät hoitajan, potilaan ja jumalallisen läsnäolon. Diakonisessa hoitotyössä kohdataan ihminen eikä keskitytä pelkästään hengellisiin tarpeisiin. Siinä sairaanhoitaja käyttää teorian tietoaan hoitotieteestä ja teologiasta. (Myllylä 2004, 43–44.)

Gothónin ja Jantusen (2010, 59–60) mukaan diakoninen hoitotyö on sairaanhoitaja-diakonissan tekemää työtä. Se on hoitotyötä, joka pohjautuu kristilliseen ihmiskäsitykseen. Työssä otetaan huomioon ihmisen henkisyys, hengellisyys ja usko voimavarana, toivona ja tukena. Pääsanana diakonisessa hoitotyössä on hoitotyö. Sana diakoninen kuvaa työn luonnetta. (Gothónin & Jantusen 2010, 59–60.) Hengelliseen auttamiseen liittyy muun muassa kuunteleminen, hyväksyvä suhtautuminen, läsnäolo, ääneen rukoileminen ja Raamatun lukeminen. Sairaanhoitajat saattavat aristaa hengellisen tuen antamista ja monet heistä toivovatkin tähän lisäkoulutusta. (Kuuppelomäki 2001, 28–29.)

Hoitotyöhön kuuluu sairauksien tuomaa kärsimystä, joka herättää kysymyksiä, kuten kuka minä olen tai mitä tapahtuu kuoleman jälkeen. Kaikkiin elämän peruskysymyksiin ei kuitenkaan ole vastauksia, mutta niiden pohtiminen toisen ihmisen kanssa on tärkeää. Hoitajan tehtäviin kuuluu sairaanhoidollisten töiden lisäksi myös hengellinen hoito. On tärkeää vastata potilaiden pyyntöihin. Hoitaja voi esimerkiksi lukea potilaalle Raamattua. Hoitotyössä voi kuitenkin olla vaikeaa tunnistaa sellaisia tilanteita, joissa potilas kaipaa hengellistä keskustelua. Tunnistaminen vaatii hoitajalta kokemusta, herkkyyttä ja tietoa. Potilaalla saattaa olla uskontoonsa liittyvä esine mukanaan tai hän saattaa välttää katsekontaktia tai kertoa, että hänen on paha olla. Potilas voi kuitenkin haluta pitää hengellisyytensä yksityisenä ja silloin hoitohenkilökunnan on tärkeää kunnioittaa potilaan toivetta. (Hanhirva & Aalto 2009, 14–16.)

### 2.3 Huumeiden käyttäjät asiakasryhmänä

Kohdatessaan huumeiden käyttäjiä työntekijän olisi hyvä tunnistaa oma suhteensa päihteiden käyttöön. Tällöin hän ymmärtää tapaansa puhua päihteistä asiakkaan kanssa. Neutraali suhtautuminen huumeiden käyttäjiin luo kunnioitusta ja luottamusta. Huumeiden käyttäjä saattaa olla sekava ja epämääräinen kertoessaan asioistaan. He saattavat luulla, että asiat järjestyvät saman tien. Työntekijällä täytyy olla kärsivällisyyttä kertoa asiakkaalle esimerkiksi koska on hänen vuoronsa tai kuinka hoito etenee. Huumeiden käyttäjät saattavat myös myöhästellä tai jättää tulematta tapaamisiin. Tällöin työntekijän täytyy ottaa asia puheeksi rauhallisesti. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2008, 27–28.)

Huumeiden käyttäjän ja työntekijän välillä olisi hyvä saada luottavainen ja rehellinen ilmapiiri. Tällä ei kuitenkaan tarkoiteta, että asiakkaan täytyisi kertoa aivan kaikki elämästään. Työntekijän täytyy hyväksyä myös pienet valheet joita asiakas saattaa kertoa. Työntekijän on muistettava, että huumeiden käyttäjä saattaa hyvien suunnitelmien tai päätösten jälkeenkin päättää jatkaa huumeiden käyttöä. (Inkinen ym. 2008, 28.)

Toivon luominen on huumeuudessa tärkeää. Työntekijällä täytyy olla rohkeutta kohdata vaikeudet asiakkaan kanssa. Toivon puuttuminen vähentää ihmisarvon tunnetta. Tavoitteiden saavuttaminen tuo toivoa huumeiden käyttäjälle. Hyvän palautteen ansiosta huumeiden käyttäjällä on mahdollisuus muuttaa elämäntilannettaan parempaan suuntaan. (Inkinen ym. 2008, 30.)

### 2.3.1 Syrjäytyminen haasteena

Käsite syrjäytyminen on Helneen (2002, 74) mukaan vaikea määritellä ilman ristiriitoja. Hänen mukaansa syrjäytyminen tarkoittaa ajautumista pois yhteiskunnasta. (Helne 2002, 2–3). Hän kuvaa tätä keskeltä reunoille joutumisena ja kokee, että syrjäytyminen saa alkunsa juuri keskeltä. Hänen mielestään myös keskusteluissa syrjäytymisestä unohdetaan ”keskus” eli se, mistä kaikki saa alkunsa. (Helne 2002, 7.)

Partasen (2003, 16) mukaan syrjäytyminen ja siihen liittyvät ongelmat yhdistetään monesti tiettyihin väestöryhmiin. Näitä ovat etniset vähemmistöt, nuoriso, työväenluokka ja maahanmuuttajat. Näiden ryhmien sosiaalisiin ongelmiin liitetään myös useasti alkoholi ja huumeet. (Partanen 2003, 16.) Helne (2002, 11, 119–120) pohtii myös väestöryhmiä, jotka ovat syrjäytyneitä. Hän kuitenkin toteaa, että kuka tahansa voi syrjäytyä. Syrjäytymisen ongelma ei kosketa vain syrjäytyneitä vaan koko yhteiskuntaa. Syrjäytyneillä ei välttämättä ole ongelmana aineellisten resurssien puute, vaan motivaatio ja taito käyttää niitä sekä hallita omaa elämäänsä (Helne 2002, 30).

Ihmiset saattavat pelätä huumeiden käyttäjiä eivätkä halua olla heidän kanssaan tekemisessä. Huumeepelkoon eli narkofobiaan voi johtaa esimerkiksi perheenjäsenen huumeongelma, koska se on aiheuttanut negatiivisia kokemuksia. Narkofobia vaikeuttaa asioiden käsittelyä esimerkiksi kouluissa ja työpaikoilla, minkä seurauksena huumeongelmissa otetaan yhteyttä poliisiin tai terveydenhoitohenkilökuntaan. Tämä on seurausta huumeiden käyttäjien syrjäytymisestä ja leimautumisesta. Syrjäytyminen ja leimautuminen vaikeuttavat huumeiden käyttäjän elämää muuttamalla hänen identiteettiään. (Partanen 2003, 18–20.)

Syrjäytyminen lisää myös sairauksia ja rikoksia. Päihteidenkäyttäjien sairaudet voivat johtua jaetuista neuloista, suojaamattomista yhdynnöistä tai yksinkertaisesti henkilökohtaisen hygienian laiminlyömisestä. Lisääntynyt rikollisuus taas johtuu osaltaan siitä, että päihderiippuvaisen on saatava huumeisiin rahaa keinolla millä hyvänsä. Sosiaalisella syrjäytymisellä ja huumeiden käytön ongelmilla ei ole suoraa yhteyttä. Monesti kuitenkin syrjäytyminen ja huumeet liittyvät yhteen. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 36.)

Elämäntavat eivät aina ole oma valinta vaan esimerkiksi alttius syrjäytymiselle ja sosiaalisten verkostojen puuttumiselle voi olla periytyvää. Terveystieteen näkökulmasta näiden asioiden tunnistaminen ja niihin vaikuttaminen on merkityksellistä. (Pietilä ym. 2010, 21.)

Tilastojen mukaan Euroopassa vuonna 2008 avohoitoon hakeutuneista yhdeksän prosenttia oli kodittomia ja laitoshoidon hakeutuneista 13 prosenttia. Avohoitoon hakeutuneista 47 prosenttia oli työttömiä tai taloudellisesta tilanteestaan piittaamattomia. Vastaavasti laitoshoidon hakeutuneista vastaavia ongelmia oli 71 prosentilla. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 36.) Suomessa vuonna 2009 huumehoidon asiakkaista 65 prosenttia oli työttömiä ja 12 prosenttia asunnottomia. Usein huumausaineiden ongelmakäyttäjät ovat myös hyvin syrjäytyneitä. (Forsell ym. 2010, 6.) Päihderiippuvaisilla on siis myös monia muita elämänhallintaan liittyviä ongelmia, jotka hankaloittavat päihteistä irti pääsemistä. Harjoittelujaksolla haittoja vähentävässä työssä tekemämme havainnot tukevat tilastoja. Havaintojemme mukaan monet opioidikorvaushoidossa olevat henkilöt ovat työttömiä ja heidän taloudellinen tilanteensa on huono.

### 2.3.2 Päihteiden käyttäjän hengellisyys

Hengellisyydellä tarkoitetaan muun muassa kysymyksiä elämän synnystä ja sen tarkoituksesta. Myös osa päihdeongelmaisista etsii vastauksia elämän peruskysymyksiin, kuten mikä on elämän tarkoitus. (Niemelä 1999, 45 & 296.) Hengellisyteen kuuluvat jumalanpalveluksiin osallistuminen, hiljaisuus, mietiskely, rukoukset, hengellisten laulujen laulaminen ja yhteydenpito muihin uskoviin

ihmisiin. Toivo sekä luottamus tulevaisuuteen liittyvät myös hengellisyyteen. Hengelliset tarpeet voidaan jakaa neljään ryhmään, joita ovat elämän eheyden löytäminen, kiitollisuuden ja täyttymyksen löytäminen, suojautuminen, kun on uhkana kaiken tuhoutuminen, sekä sovitetuksi tuleminen itsensä, läheistensä ja Jumalan kanssa. (Hanhirova & Aalto 2009, 12–13.)

Päihteidenkäyttäjälle päihteet tuovat hyvänolon tunnetta. Ne poistavat fyysistä kipua ja ahdistusta. (Niemelä 1999, 55). Päihteiden käyttäjä voi kuitenkin joutua kriisiin ja hakea apua ongelmaansa. Kriisi voi koskea esimerkiksi sosiaalista, psyykkistä, hengellistä tai eksistentiaalista hätää. (Niemelä 1999, 172.) Päihdeongelma voi olla henkistä, tajunnallista tai kehollista himoa. Se voi myös ilmetä kaikissa näissä muodoissa yhtä aikaa. Henkisessä himossa päihdeongelma voi johtua elämän tarkoituksettomuudesta tai tyhjiydestä. Kysymyksessä voi olla myös hengellisen elämän riittämättömyys. Tajunnallisessa päihdeongelmassa on kyse lapsuudesta juontavasta kehityshäiriöstä tai käyttäytymisestä, joka on opittu myöhemmin. Kehollisen ongelman taustalla voi olla alttius perinnöllisyyteen tai päihteestä johtuva sairaus. (Niemelä 1999, 52–54, 292.)

Jorma Niemelä (1999) on tutkinut väitöskirjassaan kristillistä päihdetyötä ja kääntymystä. Haastatteluissa nousi esiin viisi uskonasiaa, jotka herättivät kiinnostusta päihteiden käyttäjissä. Näitä olivat halu päästä yhteyteen Jumalan kanssa ja ratkaista olemassaolon pulmat (hengelliseksistentieelinen tila), kaipuu paremmasta elämästä (hengellisemotiaalinen tila), uskovien antamat esimerkit, jotka toivat päihteiden käyttäjille kaipuuta (herätyksen tila), alkoholista eroon pääseminen sekä pyrkimys laaja-alaisen elämän umpikujan ratkaisemiseen (välineellinen apu, päihde tai elämänongelmat). (Niemelä 1999, 92, 153–154.) Päihdeongelmaisilla tapahtuu uskonratkaisuja kahdenkeskisissä sielunhoidollisissa keskusteluissa, julkisissa hengellisissä tilaisuuksissa sekä yksin ollessa. Tutkimuksessa nousi esiin se, että päihteisestä elämäntavasta ja monista muista ongelmista huolimatta ihminen voi aloittaa raittiin elämän yhdellä päätöksellä. (Niemelä 1999, 154.)

Kun päihteiden käyttäjä löytää yhteyden Jumalaan, hänen suhteensa omaan itseensä ja ympäröivään maailmaan muuttuu. Hän ymmärtää armon ja anteek-



siantamuksen merkityksen. Hengellinen kääntymys voi myös saada aikaan välittömän vapautumisen päihteistä. Päihteiden käyttäjä voi myös etsiä uskonnon ja hengellisyyden avulla keinoja välttääkseen retkahduksia esimerkiksi lukemalla Raamattua tai osallistumalla hengellisiin tilaisuuksiin. (Niemelä 1999, 294–295.)

Kääntymys ei aina tuonut päihteiden käyttäjälle voimakkaita tunteita. Usein kääntymys toi kuitenkin rauhan, harmonian, vapautumisen ja asioiden selkiytymisen tunteen. Moni koki syyllisyyttä entisen elämänsä ja sen muille ihmisille aiheuttaman harmin takia. (Niemelä 1999, 154.)

#### 2.4 Diakonissalaitoksen palvelut huumeiden käyttäjille

Diakonissalaitokset perustettiin ihmisen hädän lievittämiseksi. Niissä alkoi diakonissojen koulutus ja niihin on perustettu sairaaloita, joiden toimintaperiaatteet ovat olleet diakonisia. (Sorvettula 1998, 30–31; Veikkola 2003, 14.) Diakonissalaitoksen tekemän työn arvopohja perustuu lähimmäisyyteen, uudistumiseen sekä vastuuseen ihmisistä ja yhteiskunnasta. Toiminta Diakonissalaitoksella pohjautuu kristilliseen lähimmäisenrakkauteen ja etiikkaan. Ihmisarvo, oikeudenmukaisuus ja yhteisöllisyys ohjaavat työntekijöitä Diakonissalaitoksella huume- ja mielenterveystyössä, joka on tarkoitettu ihmisille, joiden ihmisarvoinen elämä on vaarassa. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.A.)

Diakonissalaitoksen tekemä huumetyö on haittoja vähentävää työtä. Huume- ja mielenterveyspalvelut on tarkoitettu kaiken ikäisille huumeiden käyttäjille. Palveluihin kuuluu ympärivuorokautinen neuvonta huumeiden käyttäjille sekä heidän läheisilleen. Työ on valtakunnallista, mutta se painottuu pääkaupunkiseudulle. Toimintaa ohjaa matalakynnyksisyys ja asiakaslähtöisyys. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.B.)

Suonensisäisiä huumeita käyttävät eivät välttämättä hakeudu julkisen terveydenhoidon palveluihin, koska he pelkäävät kohtaavansa syrjintää (Arponen ym. 2008, 39). Suonensisäisesti huumeita käyttäville on Helsingin alueella erityisiä

terveysneuvontapisteitä. Näitä ovat esimerkiksi Diakonissalaitoksen tarjoamat palvelut, kuten päiväkeskus hiv-positiivisille, korvaushoitoyhteisö, liikkuva terveysneuvontayksikkö, päiväkeskus Stoori ja tukipiste Salli. Diakonissalaitoksen huumetyöhön kuuluvat myös muun muassa neuvontapalvelut, huumevieroitusosasto, huume kuntoutuspoliklinikka, huumehoidon päiväosasto, laboratoripalvelut, kotihoito, lyhytaikainen majoitus sekä perheen yhdistetty hoito. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.B.)

#### 2.4.1 Hiv-positiivisten päiväkeskus

Hiv-positiivisten päiväkeskus on tarkoitettu suonen sisäisiä huumeita käyttäville hiv-positiivisille asiakkaille. Se sijaitsee Munkkisaarella osoitteessa Munkkisaarenkatu 16. Joka päivä auki oleva päiväkeskus toimii yhteistyössä HUS:n infektiosairauksien yksikön ja Helsingin kaupungin sosiaaliviraston kanssa. Sen tehtävänä on ennaltaehkäisevä työ infektioiden vähentämiseksi esimerkiksi neuloja ja ruiskuja vaihtamalla sekä tekemällä hiv-testejä. Päiväkeskuksen toiminnan tarkoituksena on parantaa hiv-infektion saaneiden huumeidenkäyttäjien elämää ja ylläpitää sitä. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.C.)

Päiväkeskukset palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. Päiväkeskus tarjoaa esimerkiksi mahdollisuuden päivittäisen hygienian ylläpitämiseen ja ruokailuun. Päiväkeskuksessa asiakkailta on mahdollisuus käyttää terveydenhuollon perus- ja erityispalveluita sovitusti tai päivystyksen tapaan. Ydinosaamista päiväkeskuksessa on syrjäytyneiden hoitotyö, päihdetyö, infektiosairauksien hoitotyö ja mielenterveystyö. Päiväkeskuksen työntekijät toteuttavat ihmisarvoista ja asiakaslähtöistä työtä. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.C.)

#### 2.4.2 Korvaushoitoyhteisö

Korvaushoitoyhteisö on tarkoitettu opioidiriippuvaisille. Asiakkaat koostuvat joukosta huumeiden käyttäjiä, joiden ei uskota pääsevän eroon huumeista. Korvaushoidon tarkoituksena on näiden henkilöiden kohdalla ehkäistä tartuntatauteja

ja muita terveyshaittoja sekä auttaa hallitsemaan päihderiippuvuutta. Korvaushoitoyhteisö sopii myös sellaisille suonensisäisiä huumeita käyttäville, joiden on ollut vaikea sitoutua muihin päihdehoitopalveluihin. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.D.)

Korvaushoitoyhteisö on tarkoitettu sellaisille henkilöille, jotka kokevat hyötyvänsä yhteisön tuesta. Yhteisössä asiakkaat saavat korvaushoitolääkityksen ja psykososiaalista kuntoutusta. Korvaushoitoyhteisö toimii Munkkisaarella ja on auki arkipäivisin klo 9–14. Korvaushoidon tiloissa asiakkailla on mahdollisuus peseytymiseen, vaatehuoltoon, ruokailuun, television katseluun, päivän lehden lukemiseen, internetissä asioimiseen sekä viranomaispuheluiden hoitamiseen. Yhteisössä on myös tarjolla aamupala sekä lounas. Asiakkailla on lisäksi mahdollisuus asiointiapuun ja yksilökeskusteluihin. Työntekijät voivat tarvittaessa myös käydä tapaamassa asiakasta tämän kotona. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.D.)

#### 2.4.3 Liikkuva terveysneuvontayksikkö

Liikkuvan terveysneuvontayksikön toiminta on tarkoitettu suonensisäisiä huumeita käyttäville. Tavoitteena on saada kontakti sellaisiin huumeiden käyttäjiin, jotka eivät käytä muita terveyspalveluita ja saada heidät hakeutumaan terveyspalveluiden piiriin sekä vähentää veriteitse tarttuvia tauteja. Liikkuvassa terveysneuvontayksikössä voi vaihtaa neuloja ja ruiskuja puhtaisiin, saada terveysneuvontaa, hiv-testauksen, rokotuksia, sairaanhoidollisia toimenpiteitä ja palveluohjausta. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.E.)

Auto kiertää Helsingissä ja Vantaalla kuutena iltana viikossa klo 16.00–20.30. Pysähtymispisteitä on yhteensä kaksitoista joista yhden illan aikana käydään kahdessa. Autossa on aina mukana työpari, mikä mahdollistaa rokotusten annon ja testausten teon. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.E.)

#### 2.4.4 Päiväkeskus Stoori

Päiväkeskus Stoori toimii matalan kynnyksen periaatteilla. Se on tarkoitettu päihdeongelmallisille sekä muilla tavoilla syrjäytyneille tai syrjäytymisvaarassa oleville päihteiden käyttäjille. Työn ajatuksena on haittojen vähentäminen ja kärsimyksen lieventäminen. Henkilökunta Stoorissa koostuu sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisista. Stoorissa työskentelee myös vapaaehtoisia, vertaisyhteistyöntekijöitä ja työharjoittelijoita. Helsingin kaupunki ja Raha-automaattiyhdistys rahoittavat Stoorissa tehtävää toimintaa. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.F.)

Moni Stoorissa käyvistä henkilöistä on sekakäyttäjä. (Törmä & Huotari 2005, 15–16.) Stoorissa on yhteisöllinen kokoontumistila, jossa toivotaan asiakkaiden oleskelevan. Tarjolla on päivittäin edullinen lämmin ateria, kahvia, puuroa ja leipää.

Päiväkeskus Stoori tarjoaa asiakkaille mahdollisuuden pyykin pesuun ja peseytymiseen. Asiakkaat voivat myös saada puhtaita vaatteita vaatevarastosta. Stoorissa voi käyttää puhelinta, tietokonetta, katsoa televisiota, kuunnella radioa ja lukea päivän lehden. Tiloissa toimivat myös terveysneuvontapalvelut, kuten palveluohjaus, neulojen ja ruiskujen vaihto, hiv- ja hepatiittitestaus. Stoori sijaitsee Itäkeskuksessa Puotinharjun ostoskeskuksessa ja on avoinna ma–ke klo 9–16 ja to–pe klo 9–14. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.F.)

#### 2.4.5 Tukipiste Salli

Tukipiste Salli on tarkoitettu asunnottomille ja syrjäytyneille naisille. Salli toimii matalan kynnyksen periaatteella. Sallissa on mahdollista saada ohjausta sosiaali- ja terveyspalveluihin. Asunnottomuuteen liittyviin kysymyksiin mietitään ratkaisuja työntekijöiden kanssa. Tukipiste Salli sijaitsee Puotinharjun ostoskeskuksessa ja on avoinna ma–ke klo 9–16 ja to–pe klo 9–14. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.G.)

Tukipiste Sallissa on olohuone, jossa naiset voivat olla yhdessä ja kokea osallisuutta naisyhteisössä. Sallissa järjestetään teemapäiviä ja toiminnallisia ryhmiä, jotka liittyvät naiseuteen. Toiminnan avulla pyritään löytämään naisten voimavaroja ja taitoja. Tärkeintä on toivon ylläpitäminen ja herättäminen. (Helsingin Diakonissalaitos i.a.G.)

## 2.5 A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiöllä on Helsingissä neljä Vinkki-nimistä terveys- ja sosiaalineuvontapistettä. Lisäksi Espoossa on huumeiden käyttäjille neljä terveysneuvontapistettä. Vinkeissä on mahdollisuus saada esimerkiksi sosiaali- ja terveysneuvontaa sekä lääkäripalveluita. Siellä voi myös vaihtaa pistosvälineet puhtaisiin. Terveysneuvontapisteissä kaikki asiakkaat ovat päihteiden käyttäjiä tai syrjäytyneitä, mikä laskee kynnystä palveluihin hakeutumiseen. (Arponen ym. 2008, 39).

Helsingin Vinkin toiminnan tavoitteena on tartuntatautien vähentäminen ja syrjäytymisen ehkäisy. Erityisesti kiinnitetään huomiota uusien C-hepatiittitartuntojen ehkäisyyn. Vinkissä asioiminen toteutuu anonyymisti nimi-merkkiä käyttäen. Keskeistä Vinkin tekemässä työssä on yhteyden saaminen päihteiden käyttäjiin ja tämän yhteyden ylläpitäminen. Työssä painottuu asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen sekä palveluihin ohjaaminen. (A-klinikkasäätiö i.a.)

### 3 HUUMEIDEN SUONENSISÄINEN KÄYTTÖ

#### 3.1 Opiaatit

Opiaatit ovat unikosta uutettavia huumausaineita, joihin kuuluvat muun muassa morfiini, heroini, metadoni ja buprenorfiini. Opiaatit ovat huumeista nopeimmin riippuvuutta aiheuttavia. Myös vieroitusoireet seuraavat nopeasti ja ovat voimakkaita. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 88–89.) Opioidiriippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat sekä perinnöllinen alttius että ympäristötekijät, kuten perhesuhteet. Opiaattien toistuva käyttö aiheuttaa hermosolujen välisten yhteyksien muutoksia. Monilla päihderiippuvaisilla todetaan myös psyykkisiä sairauksia. Opiaattien käyttöön viittaavia merkkejä ovat esimerkiksi pistojäljet, supistuneet pupillit, raukeus ja hitaat refleksit. Opiaattien käytön voi todeta virtsakokeella. (Mikkonen, Rantala, Saarijärvi 2010, 2944–2945.) Opiaatit luokitellaan erittäin vaarallisiksi huumausaineiksi.

Opiaattien ongelmakäyttäjien määräksi arvioitiin vuonna 2005 alle 5000 (Partanen ym. 2007, 555). Päihdehuollon kautta hoitoon hakeutuneista huumeasiakkaista 55 prosentilla hoitoon hakeutumisen aiheuttaneina päihteinä olivat opiaatit (Forsell ym. 2010, 53). Suomessa yleisimmin huumausaineena käytetty opiaatti on buprenorfiini, joka syrjäytti heroinin lähes täysin vuosituhannen alkuvuosina (Mikkonen ym. 2010, 2943). Huumehoidon asiakkaista kolmanneksella buprenorfiini on päähuumeena (Forsell ym. 2010, 58). Opiaatteja käytetään useimmiten pistämällä (Forsell ym. 2010, 59; Väänänen 2011, 7).

Buprenorfiinia voidaan käyttää myös huumeista vieroittamisessa. Tällöin sitä käytetään kielen alla liukenevina tabletteina. Huumausaineena buprenorfiinia injektoidaan suoneen, jolloin vaikutus voimistuu. Pitkäaikaisessa käytössä buprenorfiinin vaikutus vähentyy ja sen käytöllä saatetaan ainoastaan estää vieroitusoireiden alkamista. (Hietalahti 2005.)

Opioidiriippuvuutta voidaan hoitaa sekä lääkkeellisesti että lääkkeettömästi. Myös psykososiaalisen aspektin huomioiminen riippuvuuden hoidossa on tär-

keää. Vieroitushoidossa oireenmukainen lääkitys voi olla opioidiagonistin (metadoni, buprenorfiini) lisäksi esimerkiksi tulehdus-, mieliala- tai pahoinvointilääkitystä. Buprenorfiinista vieroittaminen kestää yleensä vähintään neljä viikkoa, koska vieroitusoireet käynnistyvät hitaasti. Mikäli vieroittuminen ei onnistu, voidaan kokeilla korvaushoitoa, jossa opioidiannos on juuri sen kokoinen, että vieroitusoireet ja aineenhimo pysyvät poissa, mutta muiden opioidien käyttö ei aiheuta mielihyvää. Suomessa oli vuonna 2009 noin 1700 korvaushoitopotilasta. (Mikkonen ym. 2010, 2946.) Korvaushoitoa on toistaiseksi olemassa ainoastaan opioidiriippuvaisille (Forsell ym. 2010, 53).

Opioideista buprenorfiini on huomattavasti heroiinia turvallisempi, kun sitä käytetään pelkästään, mutta varsinkin bentsodiatsepiinien ja alkoholin kanssa käytettynä se on hengenvaarallinen. Buprenorfiinin aiheuttamat kuolemat liittyvätkin juuri näiden kolmen aineen yhteiskäyttöön. (Hietalahti 2005.) Buprenorfiinin lisäksi myös muita lääkkeitä käytettyjä opioideja on Suomessa, kuten muuallakin maailmassa alettu käyttää huumausaineina, koska lääketehaiden valmisteet ovat tasalaatuisia ja sisältävät oikean määrän vaikuttavaa ainetta. Katukaupassa ostetun huumausaineen laadusta taas ei koskaan voi olla varma. Vastuu lääkkeiden pääsystä huumausainekäyttöön on näin myös terveydenhuollon henkilökunnalla. (Virta, Ojanperä, Nokua & Ojansivu 2009, 3187.)

Opiatien yliannostuksen syynä voi olla itsemurhayritys tai vahingossa otettu liian suuri annos. Eri opiaateilla on vaihteleva vaikutusaika: esimerkiksi heroiini vaikuttaa 3–4 tuntia, kun taas metadoni saattaa vaikuttaa jopa 24 tuntia. Vakavaa opiaattien yliannostusta voidaan hoitaa oireenmukaisesti naloksonilla, jota annostellaan suonensisäisesti tai lihakseen pistettynä. Naloksonilla voidaan kumota opioidien hengitystä lamaavaa vaikutusta. Naloksonin vaikutus on hyvin lyhyt ja annos voidaankin uusia muutaman minuutin välein, kunnes myrkytysoireet poistuvat. Naloksonin tarvittava annosmäärä voi vaihdella suuresti nautitusta huumausaineesta riippuen ja esimerkiksi Tramadolien vaikutuksesta naloksoni kumoaa vain osan. (Alho 2005). Myöskään buprenorfiinin aiheuttamaan hengityslamaan se ei aina tehoa. Naloksonia on annettava puolen tunnin sisällä myrkytyksestä. Naloksoni voi aiheuttaa pitkään opiaatteja käyttäneelle

pahoja, jopa hengenvaarallisia vieroitusoireita, joten sitä on annosteltava varovasti. (Hoppu & Pajarre-Sorsa 2011, 207.)

### 3.2 Stimulantit

Stimulantteihin kuuluvat amfetamiini, meta-amfetamiini, ekstaasi, kokaiini ja crack. Stimulanteista erityisesti amfetamiini liittyy huumeiden ongelmakäyttöön. Arvioiden mukaan ongelmakäyttäjistä jopa 80 % on juuri amfetamiinin ongelmakäyttäjiä. Vuonna 2005 heitä arvioitiin olevan 12000–22000. (Partanen ym. 2007, 555.) Opiatien tavoin myös stimulanttien yleisin käyttötapa on pistäminen (Forsell ym. 2010, 59; Väänänen 2011, 7).

#### 3.2.1 Amfetamiini

Amfetamiini on kemiallisesti valmistettava huume, joka on keksitty vuonna 1887. Sitä on käytetty lääkkeenä esimerkiksi masennuksen hoidossa, mutta lääkinnällinen käyttö on lopetettu Suomessa aineen haittavaikutusten takia. (Dahl & Hirschovits 2002, 31). Amfetamiini on buprenorfiinin ohella Suomen yleisin suonensisäinen huume (Käypähoito 2006). Amfetamiini vaikuttaa keskushermostossa vapauttaen dopamiinia. Aineen teho kuitenkin laskee pidempiaikaisessa käytössä dopamiinivarastojen vähetessä. (Dahl & Hirschovits 2002, 31.)

Amfetamiinia voidaan käyttää joko suun kautta tai suonensisäisesti. Sitä esiintyy vaaleana jauheena, kapseleina, tabletteina tai liuksena ja sitä tulee Suomeen muun muassa Belgiasta, Hollannista, Puolasta, Baltian maista ja Venäjältä. Epäpuhtauksia voi aineen painosta olla jopa 70–90 %. Yksi annos amfetamiinia voi vaikuttaa useita tunteja, jonka jälkeen olotila laskee. (Dahl & Hirschovits 2002, 31–32.) Amfetamiinin säännöllinen käyttö kasvattaa toleranssia ja annoskoot voivat moninkertaistua. Amfetamiini, kuten muutkin stimulantit, vähentää uneliaisuutta ja ujoutta sekä lisää itsevarmuutta ja energisyyttä. (Havio ym. 2008, 85–86.)



Amfetamiinin pitkäaikainen käyttö voi aiheuttaa muun muassa pysyviä aivovaurioita ja mielenhäiriöitä. Amfetamiiniin kehittyy nopeasti psyykkinen ja fyysinen riippuvuus. Amfetamiinin käyttäjän tunnusmerkkejä ovat sekavuus, pelkotilat, levottomuus, kiihtynyt pulssi, laajentuneet pupillit, vapina, laihtuminen ja pistojäljet. (Havio ym. 2008, 85–86.) Pitkäaikainen käyttö ja suuret annokset voivat aiheuttaa amfetamiinipsykoosin, johon yleensä liittyy vainoharhaisuutta tai skitsofrenian kaltaisen oireyhtymän ilmeneminen aiemmin terveillä ihmisillä (Dahl & Hirschovits 2002, 32).

Amfetamiinista päihtyneen ihmisen oireita voivat olla muun muassa pahoinvointi, vatsakivut, oksentelu, hikoilu, vapina, pupillien laajentuminen ja kalpeus. Amfetamiinin vaikutuksen alla oleva ei pysty nukkumaan. Suurina annoksina nautittuna amfetamiini voi aiheuttaa kovan kuumeen, kouristuksia, kooman ja lopulta lämpöhalvauksen. Amfetamiini kiihdyttää elimistön toimintaa, kuten hengityksen tiheyttä ja pulssia, sekä nostaa verenpainetta. Aine voi aiheuttaa rytmihäiriöitä ja jopa sydänpysähdyksen. Amfetamiini voi aiheuttaa myös pysyviä keskushermostovaurioita, jotka ilmenevät esimerkiksi pakkoliikkeinä. Amfetamiini vaikuttaa ihmisen ruokahaluun heikentävästi, minkä seurauksena laihtuminen ja puu-tostilat ovat tavallisia. Amfetamiinin epäpuhtauksien ja suonensisäisen käytön seurauksena on usein maksatulehdus. (Dahl & Hirschovits 2002, 33.)

Amfetamiinin yliannostusta hoidetaan ensisijaisesti bentsodiatsepiineilla, joista diatsepaamia voidaan antaa suun kautta ja loratsepaamia lihakseen annettavalla injeksiolla. Beetasalpaajilla voidaan helpottaa sydämen toimintaa ja lievittää kuumetta. (Huttunen 2008.) Amfetamiinin käytöstä johtuvat kuolemantapaukset ovat harvemmin myrkytyksiä, vaan itsemurhia ja sekavuuden aiheuttamia onnettomuuksia. (Havio ym. 2008, 86.)

Amfetamiinin sekakäyttö muiden aineiden, kuten alkoholin tai toisten huumeiden kanssa voimistaa aineiden haitallisia vaikutuksia, kuten aggressiivisuutta. Yhteiskäytössä masennuslääkkeiden kanssa on todettu pienilläkin annoksilla yliannostusoireita ja kuolemanvaaraa. (Dahl & Hirschovits 2002, 36.)

Dahlin & Hirschovitsin (2002, 36) mukaan tutkimukset ovat osoittaneet, että amfetamiinin käyttäjät ovat aloittaneet päihteiden käytön alkoholista ja tupakasta ja päätyneet kannabiksen kautta amfetamiinin käyttäjiksi 14–17 vuoden iässä. Tutkimusten mukaan helsinkiläisistä piikkihuumeiden käyttäjistä suurimmalla osalla oli tuolloin päähuumeena amfetamiini ja heillä oli tyypillisesti alkoholin, kannabiksen, opiaattien ja bentsodiatsepiinien oheiskäyttöä. Erityisesti buprenorfiinin käyttö amfetamiinin ohella auttaa heitä pitämään itsensä kasassa. Suurin osa (90 %) amfetamiinin käyttäjistä myös tupakoi. (Dahl & Hirschovits 2002, 36.)

Amfetamiinista johdettuja muita huumausaineita ovat metamfetamiini, ice ja cat. Hallusinogeenisia amfetamiinijohdannaisia oli vuosituhannen alussa olemassa lähes 200 ja uusia kehitellään jatkuvasti. (Dahl & Hirschovits 2002, 37–38, 40.)

### 3.2.2. MDPV

Viime vuosina markkinoille on tullut amfetamiinia muistuttava niin kutsuttu designer-huume MDPV eli metyyliidioksipyrovaleroni. Aine luokiteltiin Suomessa kiireellisesti laittomaksi huumausaineeksi vuonna 2010. (Tacke, Laitinen & Heinälä 2010.) MDPV on amfetamiinin kaltaista, mutta monta kertaa vahvempaa. Tämä tekee siitä erityisen vaarallisen, koska annostelun kanssa on oltava hyvin tarkka. (Irti huumeista ry 2010.)

MDPV on kellertävänvalkoista jauhetta, jota voidaan käyttää nuuskaamalla, polttamalla, suun kautta tai suonensisäisesti. Sen vaikutus kestää vain noin 3–6 tuntia, joten päihdyttävän vaikutuksen jatkumiseksi sitä on nautittava melko usein. Aine vaikuttaa aiheuttamalla muun muassa sydämentykytystä, verenpaineen nousua, unettomuutta ja ahdistuneisuutta. Koska aineen käyttö huumaus-tarkoituksessa on vasta viimeaikainen ilmiö, ei pitkäaikaisen käytön vaikutuksista ole vielä tutkittua tietoa. Voidaan kuitenkin olettaa, että MDPV:hen kehittyvä riippuvuus ja että käytön seurauksena voi ilmetä psykoosioireita. (Tacke ym. 2010.)

### 3.2.2 Ekstaasi

Ekstaasi on kemiallisesti valmistettu hallusinogeeninen amfetamiini, jota käytettiin alun perin lääkkeenä esimerkiksi Parkinsonin taudin hoidossa. Huumausaineena sitä on käytetty 1980-luvulta lähtien. (Dahl & Hirschovits 2002, 40.)

Ekstaasia on pillereinä, kapseleina, pulverina tai nesteinä ja sitä voidaan käyttää syömällä, nuuskaamalla tai suonensisäisesti. Ekstaasi alkaa vaikuttaa tunnin sisällä sen ottamisesta ja vaikutus voi kestää jopa 6 tuntia. Ekstaasi vaikuttaa keskushermostossa serotoniinin ja dopamiinin välittäjäaineisiin aiheuttaen mielialavaihtelua. Ekstaasin vaikutuksesta sympaattinen hermosto kiihottuu, verenpaine nousee ja pulssi kiihtyy. Ekstaasi rasittaa sydäntä ja vaikeuttaa kudosten ja aivojen hapensaantia, minkä seurauksena infarktirisiko kohoaa ja rytmihäiriöitä sekä rintakipua voi esiintyä. Ekstaasi häiritsee elimistön lämmönsäätelyjärjestelmän toimintaa ja ruumiinlämpö nousee. Elimistö reagoi yrittämällä poistaa lämpöä hikoilemalla, mikä johtaa nestevajaukseen ja lopulta lämpöhalvaukseen. (Dahl & Hirschovits 2002, 40–42.)

Ekstaasi vaikuttaa piristävästi ja lisää fyysistä suorituskykyä. Psykkisesti ekstaasi voi aiheuttaa euforiaa, ahdistusta, masennusta tai aggressiivisuutta. Ekstaasin yleisenä haittavaikutuksena ovat unihäiriöt ja erityisesti suurempina annoksina nautittuna se vaikuttaa havaintokykyyn ja aiheuttaa aistiharhoja. Ekstaasin vähäinenkin käyttö voi aiheuttaa kognitiivisten kykyjen heikkenemistä: esimerkiksi muistaminen ja keskittyminen vaikeutuvat. Nämä ongelmat pahenevat käytön pidentyessä. Ekstaasi voi aiheuttaa myös esimerkiksi paniikkikohtauksia, vainoharhaisuutta sekä ahdistus- ja pelkotiloja ja pahimmillaan paranoidisen psykoosin. (Dahl & Hirschovits 2002, 40–41.)

Ekstaasin käytön jälkeinen laskutila voi kestää useita päiviä. Ekstaasin tiheä käyttö vähentää mielihyvän tunteita ja sivuvaikutukset korostuvat, mikä johtuu luultavasti siitä, että ekstaasi tyhjentää aivojen välittäjäainevarastot, eikä hyvää oloa aiheuttavia aineita näin vapaudukaan aivoissa yhtä runsaasti. Ekstaasitoleranssi kehittyy nopeasti eli huumaavan vaikutuksen saamiseksi tarvitaan yhä suurempia annoksia. (Dahl & Hirschovits 2002, 43.)

Ekstaasin aiheuttamien kuolemantapausten syitä ovat muun muassa sydäninfarkti, aivoverenvuoto, nestehukka ja lämpöhalvaus. Myrkytyksen aiheuttaa 10–15-kertainen annos niin kutsuttuun normaaliannokseen nähden, mutta fyysisen rasituksen yhteydessä yksikin tabletti voi aiheuttaa kuoleman. Ekstaasi voi olla hengenvaarallinen yhteiskäytössä serotoniinijärjestelmään vaikuttavien masennuslääkkeiden (esimerkiksi fluoksetiini) kanssa. (Dahl & Hirschovits 2002, 43.)

### 3.2.3 Kokaiini

Kokaiini on kokapensaasta saatavaa valkoista jauhetta, joka on erityisen voimakkaasti riippuvuutta aiheuttavaa ja hyvin myrkyllistä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 86.) Kokapensasta viljellään nykyisin myös Afrikassa ja Aasiassa, vaikka alun perin se on kotoisin Etelä-Amerikasta, missä intiaanit ovat jo 500-luvulta lähtien käyttäneet sen lehtiä esimerkiksi väsymyksen poistamiseen pureskelemalla niitä. Vielä nykyisinkin lähestulkoon kaikki markkinoilla oleva kokaiini on tuotettu Perussa, Boliviassa tai Kolumbiassa. (Dahl & Hirschovits 2002, 51.)

Kokaiinia voidaan käyttää nuuskaamalla, suonensisäisesti, polttamalla tai imeytämällä limakalvoilta (suu, emätin, peräsuoli). Käyttötavasta riippumatta kokaiinin vaikutus alkaa nopeasti ja vaikutusaika on suhteellisen lyhyt, käyttötavasta riippuen viidestä minuutista muutamaan tuntiin. Huumaavan vaikutuksen ylläpitämiseksi kokaiinia saatetaan käyttää suonensisäisesti jopa 10grammaa vuorokaudessa. (Dahl & Hirschovits 2002, 52.)

Käyttäjä hakee kokaiinista hyvänolon tunnetta, johon liittyy esimerkiksi euforiaa ja itsetunnon kohoamista (Dahl & Hirschovits 2002, 52). Kokaiini aiheuttaa käyttäjälleen samankaltaisia piristäviä tuntemuksia kuin amfetamiinikin (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 86) vaikuttamalla amfetamiinin tavoin hermostossa välittäjäaineina toimivien monoamiinien toimintaan (Dahl & Hirschovits 2002, 51). Aineen vaikutuksen laantuessa seuraavat kuitenkin vieroitusoireet, kuten ma-

sentuneisuus ja ahdistus, joilta välttyäkseen huumeen käyttäjä voi joutua ottamaan ainetta jopa kerran tunnissa. (Salaspuro i.a.)

Kokaiinin välittömiä vaikutuksia elimistössä ovat pulssin kiihtyminen, verenpaineen nousu ja verisuonten voimakas supistelu. Lisäksi voi ilmetä vapinaa, lihasnykimistä tai kouristuksia, sekä hengitysvaikeuksia ja rintakipua. Kokaiini voi myös nostaa kehon lämpötilaa. Aineen vaikutuksen alaisen henkilön silmäterät ovat laajentuneet. (Dahl & Hirschovits 2002, 53.)

Kokaiinin käytöstä seuraavia oireita voivat olla muun muassa hermostuneisuus, ärtyneisyys, väkivaltaisuus ja aistiharhat. Myös masentuneisuus ja itsemurhaajatukset sekä unihäiriöt ovat tavallisia. Pitkäaikaiskäytössä kokaiini voi aiheuttaa voimakasta mielialojen vaihtelua ja persoonallisuuden muutoksia, sekä heikentää pysyvästi koulussa ja työssä tarvittavia taitoja. Fyysisesti kokaiinin käyttö voi vaurioittaa hengitysteiden limakalvoja ja aiheuttaa tulehduksia. Se voi myös aiheuttaa ruoansulatuselimistön toimintahäiriöitä. Kokaiinin käyttö edistää valtimoiden kovettumataudin syntyä ja aiheuttaa rytmihäiriöitä, sekä sydänkohtauksia. Se myös lisää aivohalvausriskiä. (Dahl & Hirschovits 2002, 52.)

Alkoholi vaikuttaa elimistössä kokaiinin kanssa äkkikuolemariskiä lisäävästi. Lievä kokaiinimyrkytys voi ilmetä muun muassa pitkittyneenä hermostuneisuutena, kiihottuneisuutena ja verenpaineen kohoamisena. Vakavassa myrkytystapauksessa taas oireina ovat verenpaineen lasku ja rintakipu sekä keskushermoston stimuloitumisen seurauksena muun muassa psykoosi, kouristukset, rytmihäiriöt, lämmönnousu, kooma ja hengityksen salpautuminen. Myrkytyskuoleman syitä voivat olla esimerkiksi aneurysman eli valtimoverisuonen pullistuman repeäminen aivoissa tai sydämessä, sydäninfarkti, hengityspysähdys tai verenkiertoelimistön peittäminen. Kokaiinin käyttöön liittyvän kuoleman syynä voi olla myös onnettomuus tai itsemurha. (Dahl & Hirschovits 2002, 54–55.)

### 3.3 Rauhoittavat ja unilääkkeet

Joitakin lääkkeitä voidaan niiden normaalin käyttötarkoituksen lisäksi käyttää päihtymystarkoituksessa. Tätä kutsutaan lääkkeiden väärinkäytöksi. Useita eri huumeita käyttävät ovat usein myös lääkkeiden väärinkäyttäjii (Forsell ym. 2010, 39). Päihdekäyttöön sopivat parhaiten rauhoittavat ja unilääkkeet, koska ne ovat nopeavaikutteisia (Huttunen 2008).

Rauhoittavista ja unilääkkeistä yleisimmin huumausaineena käytetään bentsodiatsepiineja ja barbituraatteja. Bentsodiatsepiinit poistavat ahdistusta ja rauhoittavat sekä toimivat unilääkkeinä ja lihasrelaksanteina. Niihin kehittyvän riippuvuuden takia suositellaan, että niitä käytettäisiin yhtäjaksoisesti korkeintaan 2 - 4 viikkoa. Lääkeriippuvuus aiheuttaa muun muassa turtumista ja tunneskaalan kaventumista sekä ahdistuneisuutta ja fobioita. Bentsodiatsepiinit vaikuttavat keskushermostoa lamaavasti ja ne alentavat tajunnan tasoa. Pelkästään bentsodiatsepiineja käyttävillä yliannostuskuolemat ovat harvinaisia, mutta sekakäytössä ne voivat aiheuttaa myrkytyksiä. (Havio ym. 2008, 80–81.)

Rauhoittavina ja unilääkkeinä käytettyjen barbituraattien käyttö on vähentynyt, sillä ne aiheuttavat helposti riippuvuutta. Ne ovat myös myrkyllisiä yliannostuksena varsinkin suonensisäisesti ja alkoholin kanssa käytettyinä. Myrkytyksen oireena on uneliaisuus ja sekavuus. (Havio ym. 2008, 82–83.)

### 3.4 Sekakäyttö

Sekakäytöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä useamman eri päihteen samanaikaista käyttöä ja tarkemmin suonensisäisten huumeiden käyttöä samanaikaisesti muiden päihteen kanssa. Sekakäyttö on lisääntynyt viime vuosina erityisesti nuorten, miesten ja alkoholiongelmaisten keskuudessa niin, että sekakäyttäjät ovat alkoholin käyttäjien jälkeen yleisin päihteenkäyttäjryhmä, kun taas pelkästään huumeita käyttävät ovat päihteenkäyttäjryhmistä pienin (Havio ym. 2008, 65). Vuonna 2010 päihdehuollon asiakkaista yli 60 prosenttia kertoi käyttäneensä vähintään kolmea eri ongelmapäihdettä (Väänänen 2011, 2). Se-

Sekakäyttö näyttäisikin olevan tyypillistä suomalaiselle päihteiden ongelmakäytölle (Forsell ym. 2010, 53).

Sekakäytössä alkoholi, lääkkeet ja huumausaineet tehostavat toistensa vaikutuksia ja yhteisvaikutusta on vaikea ennakoida. Sekakäyttäjän myrkytystapauksessa voidaan käyttää lääkehiiltä lääkeaineiden imeytymisen estämiseksi, mikäli henkilö on nauttinut lääkkeitä suun kautta tai hänelle voidaan tehdä vatsahuuhtelu. Sekakäytöstä voi aiheutua myrkytystapauksessa arvaamattomia seurauksia. (Havio ym. 2008, 154.)

Sekakäytössä on tunnistettavissa selkeitä sekakäyttäjäprofiileja: ensisijaisesti opiaatteja käyttävät eivät heidän mukaansa niinkään käytä lisäksi alkoholia, vaan stimulantteja, lääkeaineita ja kannabista. Stimulantteja käytettiin yleisesti kannabiksen kanssa ja tähän yhdistelmään liittyi myös alkoholin käyttöä. (Havio ym. 2008, 65.) Alkoholia ensisijaisena päihteenään käyttävät taas näyttäisivät suosivan oheispäihteinä kannabista, lääkkeitä ja stimulantteja (Forsell ym. 2010, 58).

## 4 YLIANNOSTUS

### 4.1 Yleiset yliannostusoireet

Yliannostuskuolemien ehkäisyssä tärkeää on yliannostustapauksen tunnistaminen ja nopea toimiminen. Käytetystä aineesta riippumatta yliannostustapauksessa esiintyy tiettyjä oireita. Näitä oireita ovat muun muassa heikentynyt tai pysähtynyt hengitys, heikentynyt pulssi tai ei pulssia lainkaan, kalpeat tai siniset kasvat ja hervottomuus. Yliannostuksen ottanut voi vapista, kouristella, oksentaa tai pyörtyä. (Päihdelinkki 2005). Jos on syytä epäillä yliannostusta, on apua kutsuttava välittömästi. Mikäli ei ole tiedossa, mitä aineita on nautittu, on diagnoosin ja jatkohoidon kannalta tärkeää ottaa mahdollisimman pian potilaasta näytteitä (veri, virtsa, oksennus tai mahahuhteluneste). (Vähäkangas 2003, 952.)

### 4.2 Yliannostuskuolemat

Suomessa myrkytyskuolemia on todettu 1990-luvun alusta lähtien vuosittain noin 1000–1200. Alkoholien aiheuttamia kuolemia oli vuosina 2005–2007 lähes saman verran kuin lääkkeaineista johtuneita. Nämä yhdessä muodostavat suurimman osan (noin 90 %) kaikista myrkytyskuolemantapauksista. (Vuori, Ojanperä, Nokua & Ojansivu 2009, 3188.) Huumausaineisiin liittyvät kuolemat ovat lisääntyneet viime vuosina. Kuolemansyyntutkimuksissa tehdyt huumausainelöydökset nousivat 2006–2008 noin kolmanneksella. Samalla aikavälillä huumeiden aiheuttamat kuolemat lisääntyivät noin viidenneksen. (Forsell ym. 2010, 5.)

Yliannostuskuolemat ovat yleensä seurausta monen eri huumaus- tai lääkeaineen käytöstä. Harvemmin kuin joka kymmenennellä lääkeainemyrkytykseen kuolleella löydetään elimistöstä kuolemansyyntutkimuksessa ainoastaan yhtä ainetta. Jopa joka kolmannessa tapauksessa löytyy useampaa kuin viittä eri



ainetta. Alkoholilla oli nautittu lisäksi noin puolessa lääkaineiden aiheuttamista kuolemantapauksista. (Vuori, Ojanperä, Nokua & Ojansivu 2009, 3190–3191.)

Eryteisesti ovat lisääntyneet metadonin aiheuttamat kuolemat. Erilaisia lääkkeitä käytettäviä opioideja löytyy myös usein huumeisiin kuolleiden elimistöstä. Yliannostusriski saattaa vaihdella huumeikohtaisesti hyvinkin paljon riippuen käyttäjälle kehittyneestä toleranssista. Huumeikuolemien taustoja tutkinut Pekka Hakkarainen onkin sitä mieltä, että erityisesti sekakäytön riskeihin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. (Järvi 2010.)

Myrkytystapauksissa ovat opioidit olleet vuodesta 2007 yleisin kuoleman aiheuttanut lääkaineryhmä (Mikkonen, Rantala & Saarijärvi 2010, 2944). Eniten kuolemia aiheuttanut yksittäinen lääkeaine on synteettinen opiaatti dekstropropoksiifeeni, lääkenimellä Abalgin (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 89). Myrkytystapausten kuolemansyyntutkimuksissa heroiinilöydöksiä oli eniten vuonna 2000, mistä lähtien niiden määrä on romahtanut. Samaan aikaan buprenorfiini-, kodeiini- ja tramalilöydösten esiintyvyys on kasvanut runsaasti. Opioideista tutkimuksissa löytyy yleisesti myös metadonia, oksikodonia ja fentanyyliä. (Mikkonen, Rantala & Saarijärvi 2010, 2944.) Metadonin vaarallisuus on sen pitkävaikutteisudessa, kun taas fentanyyliä uutetaan kipulaastareista, jolloin se on suonen-sisäisesti käytettynä vaarallista. (Vuori, Ojanperä, Nokua & Ojansivu 2009, 3194.)

Huumausaineita löydettiin oikeuslääketieteellisessä tutkimuksessa vuosina 2005–2007 noin 180–235 tapauksessa. Tilastojen mukaan trendi on nouseva. Yleisimpiä olivat buprenorfiini-, kannabinoidi- ja amfetamiinilöydökset ja näiden yhdistelmät. Välttämättä huumausaine ei kuitenkaan ollut kuoleman aiheuttaja. Heroiinilöydöksiä oli vain muutama, mutta yhtä lukuun ottamatta kaikissa näistä tapauksista se oli kuoleman aiheuttaja, kun taas kannabinoidi ei yhdessäkään tapauksessa. Huumausaineita löytyi ikäluokittain eniten 20–24-vuotiaista. Opioidien jälkeen yleisimmin lääkainemyrkytykseen kuolleiden elimistöstä löydetään masennuksen hoidossa käytettäviä lääkkeitä. (Vuori ym. 2009, 3191–3192).

Lääkeaineiden aiheuttamista myrkytyskuolemista miesten osuus vuosina 2005–2007 oli hieman yli 60 %. Joka toinen myrkytyskuolema luokiteltiin itsemurhaksi. Tapaturmaiset myrkytyskuolemat olivat naisilla hieman harvinaisempia kuin miehillä. (Vuori ym. 2009, 3190.)

#### 4.3 Yliannostusten ennaltaehkäisy

Huumeiden käyttäjien kuolemat voivat johtua yliannostuksesta tai välillisesti esimerkiksi neulojen ja ruiskujen yhteiskäytössä tarttuneista taudeista, päihtyneenä sattuneista onnettomuuksista, väkivallasta tai itsemurhasta. Yliannostuskuolemat erityisesti opiaattien käytön seurauksena ovat EU:n laajuisesti pistoskäyttäjien selkeästi yleisin kuolemansyy. Riskiryhmänä esiintyvät etenkin kaupungeissa asuvat miehet. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 92.) Myös Suomessa myrkytyskuolemien yhteydessä joka kolmannessa tapauksessa kuoleman on aiheuttanut päihtymistarkoituksessa nautittu buprenorfiini (Päihdetilastollinen vuosikirja 2010, 26).

Yliannostus ei läheskään aina ole tappava ja todellinen yliannostustapausten määrä onkin moninkertainen kuolemantapauksiin verrattuna. Arvioiden mukaan jopa 60 % opioidien käyttäjistä on selvinnyt yliannostuksesta. Yliannostuskuolemien ennaltaehkäisyyn on kuitenkin käytetty vähemmän resursseja kuin esimerkiksi sairauksista johtuvien kuolemien. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 92.)

Yliannostuskuolemien vähentämiseksi on monia eri keinoja. Yksi näistä on korvaushoito. Opioidikorvaushoidolla voidaan vähentää yliannostuskuolemien riskiä merkittävästi. Suomessa käytettävän buprenorfiinin puolesta korvaushoidossa puhuu sen farmakologinen turvallisuus. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 93, 96.) Ruotsissa puolestaan on jo lähes 40 vuoden ajan käytetty korvaushoidossa metadonia, jolla on saatu hyviä tuloksia (Fugelstad, Johansson & Thiblin 2010, 1225.)

Mäkelän (2002, 176) mukaan päihteiden käyttö on yleensä etenevä prosessi ja korvaushoidosta päätettäessä tulisikin ottaa huomioon päihteiden käyttäjän riippuvuuden aste ja se, miten kauan hän on päihteitä käyttänyt. Hänen mukaansa opioidiriippuvuus kehittyy nopeammin kuin alkoholismi, mutta hän toteaa myös, että opioideja käyttäneistä pääosa jää satunnaiskäyttäjäksi. Mäkelä esittää, ettei korvaushoitoa tulisi aloittaa alle vuotta opioideja käyttäneille, koska sen vaikutus henkilön kokonaisennusteeseen on arvaamaton. Liian aikaisin aloitettu korvaava hoito voi hänen mukaansa pahimmassa tapauksessa tehdä aloittelevasta käyttäjästä elinikäisen käyttäjän. (Mäkelä 2002, 176.)

Yliannostuskuolemien ennaltaehkäisyssä tiedon välittäminen huumeiden käyttäjille on tärkeässä asemassa. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen EMCCDA:n mukaan antamalla yliannostusta koskevaa koulutusta ja valmis naloksoniannosruisku voidaan pelastaa monia ihmishenkiä. Koulutusta annettaisiin huumeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen, jotka saataisivat olla paikalla yliannostuksen sattuessa. Tutkimusten mukaan koulutusta saaneet tunnistavat yliannostustapauksen paremmin ja suhtautuvat naloksonin käyttöön positiivisemmin kuin aiemmin. Naloksonia on jaettu huumeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen useissa Euroopan maissa. Suomessa tällaista käytäntöä ei vielä ole. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 97.)

Huumekuolemien määrä on kasvussa, vaikka suonensisäinen käyttö näyttäisi vähenevän ja hoitoon hakeutuvien suonensisäisten käyttäjien määrä kasvavan. Yksiselitteistä selitystä kuolemien lisääntymiseen ei ole, mutta osittain sitä voivat selittää sekakäytön ja riskikäyttäytymisen yleistyminen sekä huumeidenkäyttäjien ryhmän ikääntyminen. (Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus 2010, 94.)

#### 4.4 Haittoja vähentävä työ

Hurmeen ja Tammen (2006, 116) mukaan huumeiden käyttäjiin tulisi suhtautua neutraalisti eikä moralistisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että huumeiden käyttäjä on

samanarvoinen kuin kuka tahansa muu kansalainen. Heidän mielestään huume politiikan tulisi perustua tieteeseen eikä ideologioihin. Huume politiikan tulisi myös kunnioittaa ihmisoikeuksia ja oikeudenmukaisuutta.

Huumeaine politiikassa on kaksi päälinjaa: rajoittava huumeaine politiikka ja haittoja vähentävä huumeaine politiikka. Rajoittavan huumeaine politiikan tavoitteena on huumeaineiden käytön vähentäminen ja tarkka valvonta. Haittoja vähentävän huumeaine politiikan tavoitteena on vähentää haittoja yhteiskunnalta, käyttäjältä itseltään ja tämän läheisiltä, (Suomen huume strategia 1997.) Yleisimpiä haittoja, joita huumeet aiheuttavat, ovat suonensisäisestä käytöstä johtuva hiv- tai C-hepatiitti-infektio sekä yliannostuskuolemat (Hurme 2002, 417). Tämän opinnäytetyön tavoite on haittoja vähentävä työ. Työn tarkoituksena on lisätä huumeidenkäyttäjien tietoutta vaaratilanteissa toimimisesta.

Haittoja vähentävä työ on reformiliike, joka 1980-luvulla levisi länsimaihin (Tammi & Hurme 2006, 113). Sen asema on ollut kiistelty sekä Suomessa että muualla maailmalla. Haittoja vähentävän työn pelätään antavan kuvan huumeiden käytöstä hyväksyttävänä. (Saarto 2009.) Negatiivisimmin työhön ovat suhtautuneet Venäjä, Yhdysvallat ja Aasian maat. Sen puolesta ovat taas olleet voimakkaasti Englanti, Hollanti ja Sveitsi. (Törmä 2009, 25.)

Poliittinen ydinajatus haittoja vähentävässä työssä on, ettei huumeongelmaa voida poistaa, mutta haittoja voidaan kontrolloida (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola & Salminen 2008, 21). Haittoja vähentävässä työssä pyritään edistämään terveyttä ja ehkäisemään terveysvaaroja. Työ ehkäisee myös syrjäytymistä, rikollisuutta ja alakulttuurien kasvua (Törmä 2009, 23). Haittoja vähentävään työhön kuuluu terveysneuvontaa, hoitoa, puhtaiden ruiskujen ja neulojen antamista sekä korvaushoitoa opiaattiriippuvaisille. (Saarto 2009.) Työ korostaa yksilön vapautta ja käyttäjän oikeuksia. Tavoitteena on saada huumeiden käyttäjistä täysivaltaisia kansalaisia, jolloin he ottaisivat vastuuta omasta terveydestään. (Hurme ja Tammi 2006, 119.)

Huumeiden käytön alussa haittoja vähentävä työ voi olla neuvontaa, ettei satunnaiskäyttö kehittyisi ongelmakäytöksi. Jos näin kuitenkin käy, tarjolla on

lääkkeellistä korvaushoitoa sekä käytettyjen neulojen ja ruiskujen vaihtoa puh-  
tasiin. Neulojen ja ruiskujen vaihdon tarkoituksena on huolehtia siitä, etteivät  
suonensisäisiä huumeita käyttävät käyttäisi samoja välineitä, eivätkä levittäisi  
vakavia tartuntoja, kuten HIV-infektiota tai C-hepatiittia. (Arponen ym. 2008, 21–  
22.)

## 5 ENSIAPU

Pietiläinen, Halkoaho ja Matveinen (2010) ovat haastatelleet terveydenhoito-henkilökuntaa terveyden edistämisen näkökulmasta päivittäisessä työssä. Tässä haastattelussa haastateltavan ensihoitajan tavoitteena oli potilaan lisävaurioiden ehkäisy, selviytyminen ja hänen elämänsä jatkuminen. Ensihoitaja koki työssään tekemänsä valinnat tärkeiksi, koska on kyse potilaan tulevasta elämästä. Hoitaja esimerkiksi päättää, viedäänkö potilas läheiselle terveysasemalle vai kauemmas keskussairaalaan. (Pietilä, Halkoaho & Matveinen 2010, 235 & 239.)

### 5.1 Huumeita käyttävän myrkytystila

Myrkytyksellä tarkoitetaan yleensä suun kautta tai suonensisäisesti tapahtuvaa myrkytystilaa. Myrkytystilanteessa auttajan on huomioitava tilanteen turvallisuus esimerkiksi potilaan aggressiivisuus ja tarvittaessa pyydettävä apua. (Kurola & Lund 2009, 41.) Huumeiden käyttäjät saattavat olla arvaamattomia ja väkivaltaisimpia. Myrkytystilanteessa pyritään selvittämään aine tai aineet, jotka ovat aiheuttaneet myrkytyksen. Myrkytyksen saanut henkilö olisi pidettävä rauhallisena ja estettävä häntä ottamasta enempää esimerkiksi huumetta. Jos ympärillä on avattuja pulloja tai huumeastioita tai muuta sellaista, ne täytyisi ottaa talteen ja antaa terveydenhoitohenkilökunnalle. Auttaja ei saa eikä hänen tarvitse tietää, miksi joku on ottanut huumeita. On myös hyvä olla sanomatta omia mielipiteitä huumeiden yliannostustilanteissa. Huumeiden yliannostusta ei ole aina helppo tunnistaa, joten sitä epäiltäessä on soitettava apua. (MedlinePlus, Trusted health information for you 2011.) Huumeidenkäyttäjien hoitotilanteissa on myös muistettava veriteitse tarttuvat taudit (Kurola & Lund 2009, 41) ja itsensä suojaaminen.

Tajunnanhäiriössä autettavan hengitys turvataan nieluputkella ja hänelle annetaan lisähappea. Yleensä myrkytykset ovat sekamyrkytyksiä eli nautittuja aineita on useampia. Välittömän avun antamisen jälkeen on otettava selvää myrkytyk-

sen saaneen esitiedoista: käytössä olevista lääkkeistä ja perussairauksista. Jos nautittu aine on tiedossa, kannattaa mahdollinen lääkemäärä yliarvioida. Myrkytyspotilasta ei okseteta (Kurola & Lund 2009, 41–42.)

Huumausaineista johtuvassa myrkytystilanteessa on hoidon kannalta tärkeää tietää nautitut aineet ja niiden määrät, sillä esimerkiksi opioideille ja bentsodiatsepiineille on olemassa tietty vastamyrkky, naloksoni. Naloksoni toimii salpaamalla opiaattireseptorit ja estää näin opiaattien vaikutuksen. Naloksonin käyttämistä yliannostustilanteessa on kuvattu aiemmin luvussa 3.1. Mikäli nautittuja aineita ei tiedetä, hoidetaan potilasta niin, että myrkky saataisiin poistettua elimistöstä. Tässä käytetään apuna suun kautta nautittavaa lääkehiiltä, joka estää vatsassa tapahtuvaa imeytymistä. Lääkehiiltä tulisi ottaa mahdollisimman pian, 15–30 minuuttia myrkytyksestä, mutta se voi auttaa myös myöhemmin otettuna. (Vähäkangas 2003, 952–954.)

Myrkytyksen hoidossa keskitytään potilaan yleishoitoon, jolla pyritään varmistamaan peruselintoiminnot. Tässä käytetään apuna spesifisiä keinoja: esimerkiksi hengityslamaa helpottamaan laitetaan potilas respiraattoriin. Mikäli potilaalla on hypotoniaa eli nestevajetta, hänelle annetaan nesteystä ja tarvittaessa lisäksi dopamiinia. Mahdollisia rytmihäiriöitä hoidetaan antamalla potilaalle lidokaiinia tai beetasalpaajia ja kouristuksia antamalla diatsepaamia. Lisäksi potilas saattaa tarvita esimerkiksi nesteen poistamista diureeteilla tai metabolisen tasapainon korjaamista. (Vähäkangas 2003, 953.)

## 5.2 Tajuttoman, normaalisti hengittävän ensiapu

Ensiaputilanteessa on tarkistettava autettavan tajunnantaso sekä hengitysteiden avoimuus. Jos autettava on tajuton, soitto hätänumeroon 112 on tehtävä heti. Alle murrosikäiselle täytyy painelu-puhallus elvytys aloittaa heti ja soittaa minuutin kuluttua hätänumeroon. Näin toimitaan, koska lapsella sydämen pysähtyminen johtuu usein hapen puutteesta ja lyhytkin painelu-puhalluselvytys voi saada sydämen toimintaan. (Käypä hoito 2011.)

Potilaalta on tarkistettava suu mahdollisten pillereiden poistamiseksi (Kurola & Lund 2009, 192). Hengityksen tarkistamiseksi hänet käännetään selälleen ja avataan hengitystiet nostamalla alaleukaa ylöspäin ja toisella kädellä painamalla otsaa (Suomen punainen risti 2010b & Käypä hoito 2011). Tällöin kieli nousee takanielusta. Hengittäminen tarkistetaan siten, että kokeillaan tuntuuko ilmavirta esimerkiksi kämmenselkään sekä katsomalla nouseeko rintakehä hengitysilmosta. Suositusten mukaan hengityksen tarkistamiseen saisi käyttää aikaa vain kymmenen sekuntia. (Käypä hoito 2011.)

Mikäli henkilö hengittää normaalisti, mutta on tajuton, hänet käännetään kylkiasentoon. (MedlinePlus, Trusted health information for you 2011). Kylkiasentoon laittamisella varmistetaan, että hengitys kulkee normaalisti (Suomen punainen risti 2010c). Kylkiasennossa myös mahdollinen oksennus pääsee valumaan suusta pois eikä tuki hengitysteitä (Käypähoito 2011). Jos henkilö on tajuton ja hänellä ei ole vaatteita, on hänelle laitettava päälle lämmintä vaatetta ja käännettävä kylkiasentoon (MedlinePlus, Trusted health information for you 2011), koska on tärkeää, että tajuton pysyy lämpimänä. Kylkiasennossa olevan henkilön hengitystä on tarkkailtava avun saapumiseen saakka (Suomen punainen risti 2010c).

### 5.3 Elottoman elvytys

Päätös elvytyksestä tulisi tehdä kymmenessä sekunnissa. Sykkeen tunnistaminen on vaikeaa, joten sitä ei tarvitse tehdä. Jos henkilö alkaa elvytyksen yhteydessä herätä, esimerkiksi liikutella silmiään, syke tunnustellaan kaulavaltimosta. Jos hengitys on lakannut kokonaan tai se on epänormaalia, aloitetaan painelu-puhalluselvytys. Henkilön on oltava kovalla alustalla, sillä muuten painelu on tehotonta. (Käypä hoito 2011.) Painelun tulisi tapahtua sata kertaa minuutissa ja olla mahdollisimman keskeytyksetöntä rytmillä kolmekymmentä painalusta ja kaksi puhallusta. (Käypä hoito 2011 & Suomen punainen risti 2010a). Painelut lasketaan ääneen (Suomen punainen risti 2010a.) Tämä auttaa painelijaa pysymään itse laskuissa mukana ja helpottaa mahdollisen avustajan toimintaa.



Aikuisen elvytyksessä painelukohta on rintalastan keskellä. Toisen käden kämmenen tyvi asetetaan painelukohtaan ja toinen käsi painelevan käden päälle sormet lomittain. Sormien pitäisi olla irti rintakehästä, jolloin paineluvoima kohdistuu rintalastaan eikä murra kylkiluita. Käsivarret pidetään suorina ja hartiat ovat samassa linjassa elvytettävän rintakehän yläpuolella. (Suomen punainen risti 2010a & Käypä hoito 2011.) Jotta painelu olisi tehokasta, rintalastan tulisi painua 5–6 senttimetriä (Suomen punainen risti 2010a).

Kolmenkymmenen painelun jälkeen avataan hengitystiet. Suu laitetaan autettavan suun päälle tiiviisti ja samalla suljetaan autettavan sieraimet. (Suomen punainen risti 2010a.) Puhalluksen tulisi olla rauhallinen ja molempien puhallusten tulisi kestää sekunnin. Rintakehän tulisi nousta puhallusten mukaisesti. Jos puhallus ei onnistu, on tarkistettava suu mahdollisista esineistä ja kokeiltava uudestaan kahta puhallusta. Puhallus ei saa olla liian voimakas tai lyhyt, koska ilma menee helposti mahalaukkuun. Jos puhallukset eivät onnistu, on jatkettava paineluelvytystä. (Käypä hoito 2011.)

Painelu-puhalluselvytystä tulisi jatkaa niin kauan kunnes autettava herää. Heräämisen merkkejä ovat liikkuminen, silmien avaaminen ja hengityksen normalisoituminen. (Suomen punainen risti 2010a.)

#### 5.4 Hoitohenkilökunnan vaitiolovelvollisuus

Jokainen ihminen on samanarvoinen ja jokaisella on oikeus hyvään ja asiantuntevaan hoitoon. Hoitajalla on myös velvollisuus käyttää kaikki tietämänsä tieto hoitotilanteessa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 41–42.)

Suomessa on oikeus saada hoitoa syrjimättä, jos asuu pysyvästi maassa. Hoitohenkilökunnan täytyy kohdella jokaista potilasta oikeudenmukaisesti ja ihmisarvoa loukkaamatta. Mahdollisuuksien mukaan myös äidinkieli ja kulttuuriset tarpeet on otettava huomioon hoidossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Laissa määritellään myös että, työskentelevän terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on edistää ja ylläpitää terveyttä. Hänen velvollisuutenaan on laatia potilasasiakirjat sekä säilyttää niitä. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä koskee vaitiolovelvollisuus, josta laki määrää näin:

Salassapitovelvollisuus: Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa sivulliselle luvatta ilmaista yksityisen tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559, 17. §.)

Jos huumeiden käytöstä aiheutuu henkeä uhkaava vaara, on tärkeää kutsua paikalle ammattiapua soittamalla hätänumeroon. Huumeiden käyttäjä ei välttämättä kuitenkaan uskalla tehdä näin, sillä pelkää huumeiden käytöstä johtuvaa rangaistusseuraamusta. Lain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pystyä arvioimaan tasapuolisesti hoitotoimistaan potilaalle aiheutuva hyöty ja haitat. Kiireellisesti hoidon tarpeessa olevalle tulee lain mukaan aina antaa apua. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä § 15.) Lain mukaan sairaanhoitajia, kuten muitakin terveydenhuollon ammattihenkilöitä, sitoo vaitiolovelvollisuus koskien potilaaseen liittyviä tietoja (Oikeudenkäymiskaari 1734). Tästä vaitiolovelvollisuudesta voidaan poiketa ainoastaan silloin, kun asiaan liittyy rikos, josta voi rangaistuksena seurata kuuden vuoden vankeus tai enemmän (Esitutkintalaki 1987).

## 6 ENSIAPUOPAS HUUMEYLIANNOSTUKSEEN

Oppaan aihe on ensiapu suonensisäisten huumeiden yliannostustilanteessa. Opas on osa Helsingin Diakonissalaitoksen tilaamaa opinnäytetöinä toteutettavaa sarjaa huumeidenkäyttäjien terveysneuvontaoppaita. Oppaista osa on jo valmistunut, joten meillä oli oman oppaamme tekoon selkeä mallipohja. Aiemmin oppaista ovat ilmestyneet Turvallisempaa pistämistä (2009), Tietoa sukupuolitaudeista (2010) ja Tulehtunut pistoskohta (2011). Samaan aikaan oman oppaamme kanssa valmistuu myös Raskaudenehkäisyopas. Oppaiden malli tulee olemaan kaikissa samanlainen, paitsi että ne ovat erivärisiä. Oppaan sisältö sovittiin yhdessä työelämätahon kanssa. Helsingin Diakonissalaitoksella on tähän asti käytetty A-klinikkasäätiön opasta Ei syytä paniikkiin – Huumeiden yliannostuksen ehkäisy ja yliannostuksen saaneen auttaminen.

Oppaan toteutuksessa otettiin huomioon kohderyhmän erityisluonne. Oppaasta on tarkoitus tehdä mahdollisimman selkeä ja helppolukuinen. Lukemista helpottavat myös oppaaseen tulevat havainnollistavat kuvat. Haasteena on saada oppaasta mahdollisimman huomiota herättävä, jotta se saisi aikaan mielenkiintoa kohderyhmässä.

### 6.1 Oppaan tekstiosuus

Oppaan tekstien valintaa varten tutustuimme alan huumausaineita, yliannostusta ja ensiapua koskevaan kirjallisuuteen. Oppaaseen tulevan tiedon on oltava ajanmukaista ja luotettavaa. Varmistimme tätä tarkoitusta varten oppaan tiedot useammasta eri lähteestä.

Oppaan tekstit kirjoitettiin kohderyhmän saavuttavaan muotoon (Vilkkä & Airaksinen 2003, 129). Oppaaseen oli tarkoitus saada mahdollisimman tiiviisti ja yksinkertaisesti kaikki yliannostuksen ja siihen liittyvän ensiavun kannalta tärkeä tieto. Oppaaseen tulevan tekstin oli tarkoitus olla mahdollisimman informatiivista ja selkokielistä. Selkokeskus on määritellyt selkokielen vuonna 2001 ”sisällöl-

tään, sanastoltaan ja rakenteeltaan yleiskieltä luettavammaksi ja ymmärrettäväksi mukautetuksi kieleksi sellaisia ihmisiä varten, joilla on vaikeuksia lukemisessa tai ymmärtämisessä” (Virtanen 2002, 8). Selkokieltä käyttävät muun muassa vammaiset, lukemis- tai kirjoitusvaikeuksista kärsivät henkilöt, vanhukset. Selkokielestä saattaa olla myös hyötyä voimakkaasti syrjäytyneissä väestöryhmissä, kuten joillakin vangeilla. (Virtanen 2002, 14.)

Kirjallinen ohjaus on tärkeää silloin, kun suullisen ohjauksen aika on vähäistä. Tekstin tulisi olla sisällöllisesti sekä kielellisesti ymmärrettävää. Hyvässä kirjallisessa ohjeessa kerrotaan selkeästi mikä on ohjeen tarkoitus ja kenelle se on suunnattu. Opetettavan asian sisältö tulisi olla vain pääkohdittain, ettei tietoa ole liikaa. Kirjallisessa ohjaamisessa tekstin tulisi vastata muun muassa kysymyksiin: mitä, miten, miksi. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 124–126.) Tekstin olisi myös hyvä edetä loogisesti. Pitkät sanat saattavat olla hankalia ymmärtää, jolloin olisi hyvä käyttää lyhyempää ilmaisuja. Tämä ei kuitenkaan aina ole mahdollista ja silloin sana kannattaa katkaista riviä vaihtamalla. Myös suuret luvut voivat olla hankalia ymmärtää ja niiden tarpeellisuutta kannattaa miettiä. (Selkokeskus i.a.) Päätimmekin jättää oppaasta pois tilastot ja yliannostuskuolemiin liittyvät lukumäärät.

Kirjallisen ohjeen kirjasinkoon tulisi olla riittävän iso ja selkeä. Ymmärrettävyyttä lisää myös selkeä kieliasu ja jaottelu. Tärkeitä tekstikohtia voidaan painottaa esimerkiksi alleviivauksin. Tekstissä pitäisi käyttää tuttuja ja konkreettisia sanoja. Lisäksi virkkeiden tulisi olla lyhyitä. (Kyngäs ym. 2007, 127.) Monimerkitykselliset sanat kuten terveydenhuolto saattavat olla hankalia ymmärtää (Selkokeskus i.a.). Jos kirjallisessa ohjeessa käytetään lääketieteellisiä sanoja, ne tulisi selittää lukijalle. Kirjallisessa ohjeessa voidaan käyttää myös kuvia ja taulukoita. Kuvien pitäisi olla tarkkoja ja ymmärrettäviä. (Kyngäs ym. 2007, 127.)

Olemme korostaneet oppaassa muutamia kohtia, kuten hätänumeroa 112 tummentamalla ja suurentamalla fonttia. Kohtaa vaarallinen yhdistelmä: subutex, bentsodiatsepaami ja alkoholi päätimme korostaa punaisella värillä. Tekstien korostuksilla halusimme tuoda esiin mielestämme tärkeimmät huomioon otettavat kohdat. Oppaassa on ensiavun antamista selkeyttäviä kuvia. Kuvissa esitel-

lään kylkiasento, painelu – puhalluselvytyksen painelukohta ja hengitysteiden avaaminen. Lisäksi halusimme kuvan avulla tuoda esiin sekakäytön vaarallisuutta.

Tekstimuodosta ja tekstin määrästä päätettiin yhdessä työelämän yhteistyötahon kanssa. Koska oppaasta oli tarkoitus tehdä mahdollisimman käyttökelpoinen, oli mielestämme tärkeää huomioida työelämän yhteistyötahon toivomukset oppaan sisällön suhteen. Oppaasta saamaamme palautetta ja kehitysehdotuksia käsittelemme tarkemmin oppaantekoprosessia koskevassa luvussa.

## 6.2 Oppaan ulkoasu

Opasta tehdessämme päätimme laittaa ensiapuohjeet sisäsivulle, koska ne ovat mielestämme oppaan tärkein sisältö. Näin ne ovat myöskin helposti katsottavissa. Ensiapuohjeiden jälkeen laitoimme yliannostuksen oireet ja ennaltaehkäisyyn. Mielestämme rakenne on näin looginen ja selkeä. Takasivulle tuli lisäksi terveysneuvontapalvelujen yhteystietoja.

Oppaassa on selkeä kuvitus, joka helpottaa ensiavun antamista. Suunnittelimme ja toteutimme kuvat itse. Päätimme käyttää oppaassa selkokuviakin. Selkokuva tarkoittaa kuvaa, johon liittyy vastaava teksti. Kuvan ja tekstin on oltava loogisia ja mahdollisimman selkeitä, että oppiminen ja ymmärtäminen ovat mahdollisia. Tutkimuksissa on myös todettu, että kuva ja sana yhdessä ovat paremmin ymmärrettävissä kuin pelkkä kuva tai teksti. (Laukka 2002, 48.) Liitimme kuvat oppaassamme niihin osiin ensiapuohjeita, jotka koimme ensiavun onnistuneen antamisen kannalta tärkeimmiksi. Mielestämme saimme oppaaseen kaiken oleellisen tiedon ja opas on selkeä. Oppaan kansikuvaksi valitsimme kylkiasennon, koska mielestämme kuva kertoo oppaan sisällöstä.

Selkeät kuvat ja teksti eivät pelkästään riitä ymmärrettävään ja helppolukuiseen kokonaisuuteen. Helppolukuisuudessa on otettava huomioon myös taitto, koristelut ja pohjavärit. Valkoisella taustalla oleva musta teksti on helpointa lukea. Myös kellertävät ja vaaleat värit ovat hyviä taustavärejä. (Virtanen 2002, 56–

57.) Tämän pohjalta, päätimme yhdessä työelämätahon kanssa valita oppamme taustaväriksi vaaleansinisen.

### 6.3 Oppaantekoprosessi

Aloitimme opinnäytetyön teon aiheen valinnalla syksyllä 2009. Valitsimme aiheen Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetyöpankista. Diakonissalaitoksella oli muutamia huumetyöhön liittyviä opinnäytetöitä tarjolla. Päätimme valita suonensisäisiin huumeisiin liittyvän yliannostus-ensiapuoppaan, koska meitä kiinnostaa terveyttä edistävä päihdehoitotyö. Otimme heti yhteyttä opinnäytetyön tilanneeseen Helsingin Diakonissalaitokseen (HDL). Yhteistyöhenkilöitämme HDL:lla ovat opinnäytetyöprosessin aikana olleet Riitta Vehviläinen ja Sanna Häkkilä. Kävimme syksyllä 2009 tapaamassa työelämätahoa ja keskustelemassa oppaan teon aikataulusta. Meille suositeltiin keskustelussa käytännön harjoittelujakson suorittamista HDL:n haittoja vähentävässä päihdehoitotyössä.

Käytännön harjoittelujakson aikana keväällä 2010 oli mahdollista keskustella osastonhoitaja Riitta Vehviläisen kanssa. Häneltä saimme ehdotuksia oppaan toteutuksen ja opinnäytetyön kirjallisen osuuden suhteen. Keskustelussa Vehviläisen kanssa päädyimme rajaamaan opinnäytetyössä käsiteltävät huumausaineet yleisimpiin suonensisäisesti käytettäviin huumeisiin. Hänellä oli myös hyviä ehdotuksia haittoja vähentävää ja yliannostuksia ennaltaehkäisevää työtä koskevaan osioon, sekä diakonisen aspektin yhdistämisestä opinnäytetyöhön. Tässä vaiheessa keräsimme aiheesta tietoa eri lähteistä. Lisäksi hahmottelimme opinnäytetyön sisältöä ja oppaan ulkoasua. Kirjallista materiaalia aloimme työstää keväällä 2011.

Kävimme tapaamassa osastonhoitaja Riitta Vehviläistä seuraavan kerran 11.5.2011. Tällöin meillä oli esitellä hänelle oppaan ensimmäinen versio. Hänen mielestään opas vaikutti hyvältä ja hän vei oppaan esiteltäväksi HDL:n terveysneuvonnan työryhmälle. Syyskuussa saimme tietää työelämän vastuuhenkilön muuttuneen. Loppuvaiheessa ohjauksestamme vastasi Stoorissa työskentelevä Sanna Häkkilä. Saimme häneltä palautetta oppaasta sekä hyviä kehitysehdotuksia.

tuksia. Näytimme myös hahmotelmia kuvista, jotka olivat hänen mielestään hyviä. Stoorista saamamme palaute edisti oppaan tekoa. Aloimme viimeistellä kuvia ja muuttaa tekstiosuuksia. Muutimme tekstiosuutta huumeiden käyttäjille tutummaksi ja liitimme kuvia oppaaseen ja lähetimme uuden version.

Stoorin työntekijät esittelivät oppaan vertaistyöntekijöille. Vertaistyöntekijät ovat huumeiden käyttäjiä, jotka työskentelevät Stoorissa. Vertaistyöntekijöillä oli muutamia parannusehdotuksia sanojen käyttöön. Teimme korjauksia ja olimme yhteydessä Stooriin ja oppaamme hyväksyttiin painettavaksi.

Olemme etsineet alan kirjallisuutta Diakonia-ammattikorkeakoulun kirjasto- ja tietopalvelujen internetsivuilla olevasta Nelliportaalista. Olemme käyttäneet tiedonhaussa myös ammattikorkeakoulujen ja Helsingin kaupungin kirjaston tietokantoja. Tiedon hakeminen ei ole tuottanut suuria vaikeuksia. Internetistä tietoa etsiessä on ollut syytä olla kriittinen lähteiden suhteen, sillä saatavilla olevan tiedon määrä on niin valtava. Vaikeinta oli löytää diakoniseen hoitotyöhön, sekä diakoniseen päihdetyöhön liittyvää materiaalia.

## 7 POHDINTA

### 7.1 Prosessin arviointi

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja kirjallisuuteen oli mielenkiintoista tutustua. Etenkin tilastot liittyen yliannostuskuolemiin tarjosivat paljon uutta tietoa. Aluksi työn rajaaminen tuntui vaikealta, erityisesti diakoniaan liittyen. Mietimme eri näkökulmia kirjoittaa diakoniatyöstä ja pohdimme kuinka saisimme sen loogisesti liitettyä työhömmе. Alussa vaikutti siltä, että se jäisi työssämme irralliseksi kokonaisuudeksi. Päätimme lähestyä diakoniatyötä päihdehoitotyön kautta, koska koemme, että päihdehoitotyö ja sen tuomat haasteet on tärkeä osa myös kirkon diakoniatyötä.

Diakonissalaitoksen arvopohjaa ajatellen diakoniatyö oli mielestämme hyvä näkökulma työhömmе. HDL:n arvopohja nivoutuu kristilliseen ihmiskäsitykseen ja Diakonissalaitoksessa tehtävän työn pohjalla on lähimmäisenrakkaus. Mielestämme tämä on erittäin tärkeää ja myös näkyvästi esillä Diakonissalaitoksen tekemässä työssä. Etenkin huumetyöstä välittyy kaikkien ihmisten arvostaminen.

Mielestämme haittoja vähentävä huumetyö on kokonaisuudessaan diakonista hoitotyötä, koska sen tarkoituksena on auttaa suurimmassa hädässä olevaa ihmistä. Haittoja vähentävässä huumetyössä työntekijällä täytyy olla oikea arvopohja, jotta hän pystyy kunnioittavasti tekemään työtään. Ollessamme harjoittelussa haittoja vähentävässä korvaushoitoyhteisössä huomasimme kuinka tärkeää korvaushoito on opioidiriippuvaisille ja kuinka suuren avun he saavat hoidosta, jonka avulla he pysyvät kiinni yhteiskunnassa. Kokemustemme mukaan suonensisäisiä huumeita käyttävät tuntevat, että heitä arvostetaan ihmisenä matalankynnyksen hoitopaikoissa.

Kerätessämme materiaalia tuntui välillä haastavalta saada kaikkein ajankohtaisin tieto työhömmе. Keräsimme paljon materiaalia, mutta kirjoittamisen aloitta-



minen tuotti ongelmia. Kun pääsimme opinnäytetyöprosessissa kirjoitusvaiheeseen, työ alkoi edetä vauhdikkaasti.

Oppaan suunnittelu oli kaikista mukavinta ja meillä oli jo alussa mielessämme kuva millaisen oppaasta haluaisimme. Näkemyksemme oppaasta olivat hyvin samanlaiset, eikä meillä tullut juurikaan erimielisyyksiä oppaan visuaalisesta ilmeestä tai sen sisällöstä. Saimme lisäksi työelämätaholta oppaan tekoon selkeät kehukset ja rakentavaa palautetta.

Käyttämämme lähdeaineisto on mielestämme monipuolinen. Olemme pyrkineet tutustumaan kaikkiin osa-alueisiin monista eri näkökulmista. Tarkoituksenamme oli saada mahdollisimman moni internetissä julkaistu lähde konkreettisesti käsiimme. Tämä onnistui mielestämme ja olemme tyytyväisiä lähdemateriaaliimme.

Opinnäytetyöprosessi tuntui aluksi helpolta, mutta työn edetessä aloimme huomata, että työ vie paljon aikaa. Koulun ja harjoittelujen aikana oli vaikea löytää aikaa työn tekemiselle. Työtä tehdessä ovat kehittyneet myös ajanhallintataidot. Työelämälähtöisessä opinnäytetyössä koimme välillä haastavaksi yhteyden työelämätahon yhteyshenkilöihin. Olisimme toivoneet aktiivisempaa otetta työn tilaajalta.

## 7.2 Eettinen pohdinta

Valitessamme opinnäytetyön aihetta koimme ensiapuoppaan yliannostustilanteeseen hyödylliseksi. Opinnäytetyötä tehdessämme meidän oli pohdittava aiheeseen liittyviä näkökulmia. Osaavatko päihteiden käyttäjät tunnistaa itsessään ja toisissaan yliannostuksen oireita. Onko tällaisen henkilön antama ensiapu riittävää. Yliannostustapauksessa ei aina ole kuolemanvaaraa ja on tärkeää osata tunnistaa, tarvitaanko elvytystä vai ei. Jos henkilö on eloton, on parempi antaa elvytystä, vaikkei se menisikään aivan oikein, kuin olla kokonaan antamatta. Vaikka elvytys onnistuisi vain osittain, se voi silti auttaa yliannostanutta selviytymään ammattiavun saapumiseen saakka.

Lain mukaan jokaisella on velvollisuus auttaa vaarassa tai hengenvaarassa olevaa ja kutsua paikalle apua. Esimerkiksi kadulla makaavaa päihtynyttä henkilöä ei jokaisen ole helppo lähestyä. Päihteiden käyttäjillä ei aina ole mahdollisuuksia tai kiinnostusta huolehtia henkilökohtaisesta hygieniastaan ja heidän olemuksensa voi olla luotaantyyntävä. Auttaja saattaa myös pelätä oman turvallisuutensa puolesta, sillä päihteenkäyttäjä saattaa reagoida auttamisyrityksiin ennalta-arvaamattomalla tavalla, esimerkiksi aggressiivisesti. Painelupuhalluselvytykseen liittyy lisäksi tarttuvien tautien vaara, joka auttajan on otettava huomioon. Tällaisen tilanteen varalta voi jokainen kantaa mukanaan apteekista saatavaa elvytyssuojaa.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme pohtineet haittoja vähentävää työtä. Katuruvassa näkyvien haittojen väheneminen on hyvä asia. Esimerkiksi keräämällä käytettyjä ruiskuja ja neuloja vaihtopisteissä voidaan vähentää niiden päätymistä ympäristöön. Haittoja vähentävällä työllä on myös pystytty vaikuttamaan infektioiden, kuten C-hepatiitin ja HIV:n leviämiseen. Antamalla huumeiden käyttäjille ja heidän läheisilleen ohjeita yliannostustilanteessa toimimiseen voidaan säästää ihmishenkiä. Oikealla toimimisella voidaan myös välttää vaikeita vammautumisia. Terveystieteiden näkökulmasta jokainen ihminen on samanarvoinen ja päihteidenkäyttäjät kuuluvat selkeästi riskiryhmään, jolle ensiaputaidot ovat tarpeellisia.

### 7.3 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on edistänyt ammatillista kasvuamme ja tietoisuutta omista valmiuksistamme. Opinnäytetyön teossa on auttanut prosessin aikana saamamme tuki ja palaute työelämätaholta, opettajilta ja toisilta opiskelijoilta. Suunnittelussa oli haasteellista ottaa huomioon kohderyhmän erityistarpeet. Tässä meitä auttoi käytännön harjoittelujakso Helsingin Diakonissalaitoksen huumetyön Munkkisaaren yksikössä. Sen aikana saimme tutustua päihdeongelmaisten hoitotyöhön ja kuntoutukseen. Harjoittelussa huomioimme myös päihdetyöhön liittyviä haasteita, kuten asiakkaiden motivoimista.

Opinnäytetyön tekeminen vaati syventymistä paitsi huumetyöhön, myös ensiapuun. Ensiaputaidot kuuluvat sairaanhoitajan pätevyysvaatimuksiin ja opasta varten oli tarpeellista kerrata myös omia perustietoja. Tämä oli hyödyllistä, sillä ensiapusuosituksia päivitetään jatkuvasti ja sairaanhoitajan on syytä olla aina perillä viimeisimmästä tiedosta. Opinnäytetyötä tehdessämme perehdyimme myös tarkemmin sellaisiin asioihin, joita tulee ottaa huomioon päihteiden käyttäjien ensiaputyössä.

Huumetyöhön liittyvä ammatillisuus on vahvistunut käytännön harjoittelujakson aikana ja ajankohtaisiin materiaaleihin tutustuen. Työtä tehdessä heräsi vahva kiinnostus päihde- ja erityisesti huumetyöhön. Päihdeongelmaisten kanssa työskenteleminen on haastavaa, eivätkä päihteiden käyttäjät aina ole itse hoitomyönteisiä. Perehtymällä asioihin syvällisemmin tämän prosessin aikana olemme mielestämme saaneet paremmat valmiudet kohdata päihdeongelmaisia työelämässä. Tämä on hyödyllistä, koska päihdeongelmaisia kohtaa hoitotyössä jatkuvasti myös päihdehuollon ulkopuolella.

Diakoniatyöhön ja diakoniseen hoitotyöhön liittyvään kirjallisuuteen on ollut mielenkiintoista syventyä. Erityisen mielenkiintoista ja haastavaa on ollut diakonisen hoitotyön näkökulma. Diakonisen hoitotyön toteuttaminen on tuntunut vaikealta, mutta tätä työtä tehdessä ja asioita pohtiessa on huomannut, että diakonisen hoitotyön valmiudet ovat kasvaneet. Rohkeus, valmiudet ja halu kohdata päihteiden käyttäjiä diakoniatyössä ja hoitotyössä ovat kasvanut opinnäytetyöprosessin aikana.

Harjoittelujaksolla haittoja vähentävässä työssä saattoi huomata päihteiden käyttäjien hengelliset kysymykset esimerkiksi liittyen kuolemaan tai syyllisyyteen omista valinnoista. Myös Niemelän väitöskirjasta tuli ilmi kuinka tärkeää hengellisyys on päihteiden käyttäjille. Koemmekin, että ihmisen hengellisyys pitäisi huomioida paremmin päihdehoitotyössä. Seurakuntien diakoniatyö olisi mielestämme hyvä yhteistyötaho haittoja vähentävän työn palveluille. Diakoniatyöhön syventyminen on herättänyt ajatuksia kristillisestä päihdetyöstä ja sen tärkeydestä. Niin harjoittelujakso, kuin materiaaleihin tutustuminenkin ovat saaneet meidät ajattelemaan yhteiskunnan eriarvoisuutta. Tärkeää on pohtia, kuin-

ka huumeiden käyttäjää voisi auttaa vielä paremmin elämään terveellisesti. Diakonissan opinnot tuovat rohkeutta tähän päihdeongelmaisen ihmisen henkiseen ja hengelliseen kohtaamiseen.

## LÄHTEET

- Aahos, Marjatta, Alstela, Juha, Hiilamo, Heikki, Ikkala, Mika, Inkinen, Ari, Laine, Terhi, Lusikka, Seppo, Mikkola, Ansa, Silander, Nina, Sulkko, Seppo, Tonteri, Tarja, Tuomola, Pekka & Varamäki, Ritva 2005. Kirkon päihdestrategia. Viitattu 7.6.2011. <http://sakasti.evl.fi/sakasti.nsf/A-klinikkasäätiö> 7.6.2010. Helsingin Vinkki. Viitattu 28.10.2011. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/toimipisteet/helsinki>
- Alho, Hannu 8.12.2005. Opioidimyrkytyksen hoito naloksonilla. Viitattu 14.10.2011. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/naytaartikkeli/.../nak05131>.
- Arponen, Anne; Brummer-Korvenkontio, Henriikki; Liitsola, Kirsi & Salminen Mika 2008. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapisteminnan onnistumisen edellytyksinä: poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Helsinki: Kansanterveyslaitos: Yliopistopainon kirjamyynti.
- Barbosa da Silva, António 1994. Rakkaus hoidon välttämättömänä perusedellytyksen. Teoksessa António Barbosa da Silva & Katie Eriksson (toim.) Usko ja terveys, Johdatus hoitoteologiaan. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 51–70.
- Dahl, Päivi & Hirschovits, Tanja 2002. Tästä on kyse: tietoa päihteistä. Helsinki: YAD, Youth Against Drugs ry.
- Eriksson, Katie 1994. Usko terveyden palveluksessa. Teoksessa António Barbosa da Silva & Katie Eriksson (toim.) Usko ja terveys, Johdatus hoitoteologiaan. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö. 156–183.
- Esitutkintalaki 30.4.1987/449. Viitattu 14.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870449>.
- Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus. Vuosiraportti 2010: Huumeongelma Euroopassa. Viitattu 7.6.2011. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 10.11.2010. 2010 Annual Report: Drug-related infectious diseases and drug-related

deaths: Reducing drug-related deaths. Viitattu 11.10.2011.

<http://www.emcdda.europa.eu/online/annual-report/2010/diseases-and-deaths/5>

Forsell, Martta, Virtanen Ari, Jääskeläinen, Marke, Alho, Hannu & Partanen, Airi 2010. Huuutilanne Suomessa 2010: Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntauokset ja erityisteemat huumeista. Helsinki: Yliopistopaino.

Fugelstad, Anna, Johansson, Lars Age & Thiblin, Ingemar 2010. Allt fler dör av metadon – "Läckage" från dagens mer liberala behandlingsprogram kan vara en orsak. *Läkartidningen* 107: 18, 1225–1228.

Gothóni, Raili & Jantunen, Eila 2010. Käsitteitä ja käsityksiä diakonityöstä ja diakonisesta työstä. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Hakala, Pirjo 2007. Sielunhoidon suuntauokset ja diakonia. Teoksessa *Auttamisen teologia*. (toim.) Kari Latvus & Antti Elenius (toim.) 2007. Helsinki: Kirjapaja, 231–255.

Hanhirova, Marjaana & Aalto, Kirsti 2009. Ihmisen hengelliset tarpeet. Teoksessa *Kirsti Aalto & Raili Gothóni (toim.) Ihmisen lähellä*. Helsinki: Kirjapaja, 9–24.

Havio, Marjaliisa, Inkinen, Maria & Partanen, Airi (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi.

Helin, Matti; Hiilamo, Heikki & Jokela, Ulla 2010. Diakoniatyö asiakkaan palveluksessa. Helsinki: Edita.

Helne, Tuula 2002. *Syrjäytymisen yhteiskunta*. Helsinki: Stakes.

Helsingin Diakonissalaitos i.a. A Diakonissalaitoksen arvot. Viitattu 5.12.2010. <http://www.hdl.fi/fi/konserni/163>

Helsingin Diakonissalaitos i.a.B Huumetyö. Viitattu 5.12.2010. <http://www.hdl.fi/fi/huumetyo>

Helsingin Diakonissalaitos i.a.C Hiv-positiivisten päiväkeskus – matalan kynnyksen palvelut hiv-positiivisille huumeidenkäyttäjille. Viitattu 5.12.2010. <http://www.hdl.fi/fi/huumetyo/hiv-positiivisten-paivakeskus>

Helsingin Diakonissalaitos i.a. D Korvaushoitoyhteisö – haittoja vähentävää korvaushoitoa opioidiriippuvaisille asiakkaille. Viitattu 2.12.2010. <http://www.hdl.fi/fi/huumetyo/korvaushoitoyhteisoe>

- Helsingin Diakonissalaitos i.a. E Liikkuva terveysneuvontayksikkö - terveysneuvontapalvelut suonensisäisiä huumeita käyttäville. Viitattu 5.12.2010. <http://www.hdl.fi/fi/huumetyo/liikkuva-terveysneuvontayksikko>
- Helsingin Diakonissalaitos i.a. F Päiväkeskus Stoori. Viitattu 24.10.2011. <http://www.hdl.fi/fi/huumetyo/paivakeskus-stoori>
- Helsingin Diakonissalaitos i.a. G Tukipiste Salli. Viitattu 24.10.2011. <http://www.hdl.fi/fi/huumetyo/salli>
- Helsingin seurakuntayhtymä i.a. Viitattu 28.03.2011 <http://www.helsinginseurakuntayhtyma.fi/?Deptid=2345>
- Hietalahti, Anne 20.12.2005. Buprenorfiini päihdekäytössä. Viitattu 8.11.2010. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/321-buprenorfiini-paihdekaytossa>
- Hoppu, Kalle & Pajarre-Sorsa Suvi 2011. Naloksoni. Teoksessa Esko Ruokonen, Irma Koivula, Ilkka Parviainen & Juha Perttilä (toim.) Akuutti-hoidon lääkkeet. Helsinki: Duodecim, 206–207.
- Hurme, Toivo 2002. Harmin paikka? Haittojen vähentämisen käsitteellinen ongelmallisuus huumeapolitiikassa. Yhteiskuntapolitiikka 67: 5, 415–422.
- Huttunen, Matti O. 23.7.2008. Lääkkeiden väärinkäyttö. Viitattu 8.11.2011. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lam0001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lam0001)
- Irti huumeista ry 1.3.2010. MDPV altistaa yliannostuksille. Viitattu 8.11.2011. [http://www.irtihuumeista.fi/ajankohtaista/aikaisemmat\\_tiedotteet/mdpv\\_altistaa\\_yliannostuksille.html](http://www.irtihuumeista.fi/ajankohtaista/aikaisemmat_tiedotteet/mdpv_altistaa_yliannostuksille.html)
- Jokela, Ulla 2011. Diakoniatyön paikka ihmisten arjessa. Helsinki: Diakoniammattikorkeakoulu.
- Järvi, Ulla 16.9.2010. Metadonia yhä useammin huumekuolemista. Viitattu 25.10.2011. [http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=9417/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=9417/type=1)
- Jääskeläinen, Ilkka 2002. Diakoniatoiminnan muodot. Teoksessa Riitta Helasvuori; Esko Koskenvesa, Pauli Niemelä & Juhani Veikkola (toim.) Diakonian käsikirja. Helsinki: Kirjapaja, 192–232.

- Kirkkolaki 26.11.1993/1054. Viitattu 21.5.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1993/19931054>.
- Kurola, Jouni & Lund, Vesa 2009. Myrkytys. Teoksessa Tom Silfvast, Maaret Castrén, Jouni Kurola, Vesa Lund, & Matti Martikainen (toim.) Ensihoito-opas. Helsinki: Duodecim, 41–42.
- Kuuppelomäki, Merja 2001. Hengellisyys hoitotyössä. Miten tuen anto toteutuu? Sairaanhoitaja 6/2001, 28–30.
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito 21.2.2011. Elvytys. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Elvytysneuvoston, Suomen Anestesiologiyhdistyksen ja Suomen Punaisen Ristin asettama työryhmä. Viitattu 2.8.2011.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/ho17010#s2>.
- Käypä hoito 23.1.2006. Huumeongelmaisen hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 25.10.2011.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041?hakusana=yliannostus#s8>.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 21.5.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Viitattu 21.5.2011  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>
- Laukka, Maria 2002. Havainnosta selkokuvaan – kuvanlukemisen aakkosia. Teoksessa Hannu Virtanen (toim.) Selko-opas. Tampere: Tammer-Paino Oy, 47–53.
- MedlinePlus, Trusted health information for you 2011. Viitattu 30.8.2011.  
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000016.htm>
- Mikkonen, Antti, Rantala, Virve & Saarijärvi, Simo 2010. Nuorten huumeriippuvuus – tarvitaanko opioidikorvaushoitoa? Suomen Lääkärilehti 65: 37, 2943-2948.




- Myllylä, Marjatta 2004. Diakonisen hoitotyön mallin rakentaminen. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto.  
<http://herkules.oulu.fi/isbn9514273567/isbn9514273567.pdf>
- Mäkelä, Klaus 2002. Huumeiden käyttäjien korvaushoito. Yhteiskuntapolitiikka 67:2, 176-179.
- Niemelä, Jorma 1999. Usko, hoito ja toipuminen. Tutkimus kääntymyksestä ja kristillisestä päihdehoidosta. Helsinki: Stakes.
- Oikeudenkäymiskaari 1.1.1734/4. Viitattu 14.10.2011.  
<http://www.finlex.fi/fi/ajantasa/1734/17340004>
- Partanen, Juha 2002. Huumeet maailmalla ja Suomessa. Teoksessa Olavi Kaukonen, & Pekka Hakkarainen (toim.) Huumeiden käyttäjä hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 13–37.
- Partanen, Päivi, Hakkarainen, Pekka, Hankilanoja, Arto, Kuussaari, Kristiina, Rönkä, Sanna, Salminen, Mika, Seppälä, Timo & Virtanen, Ari 2007. Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. Yhteiskuntapolitiikka 72: 5, 553-561.
- Pietilä, Anna-Maija, Halkoaho, Arja & Matveinen, Mari 2010. Terveiden edistäminen päivittäisessä työssä – asiantuntijoiden näkemyksiä. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveiden edistäminen: teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 231–242.
- Pietilä, Anna-Maija, Länsimies-Antikainen, Helena, Vähäkangas, Kirsi & Pirttilä, Tuula 2010. Terveiden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveiden edistäminen: teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro, 15–31.
- Päihdelinkki 20.12.2005. Huumeiden yliannostus ja sen ehkäisy. Viitattu 25.10.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/341-huumeiden-yliannostus-ja-sen-ehkaisy>
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saarto, Ari 2009. Päihdelinkin julkaisu 372: Haittojen vähentämispolitiikka. Viitattu 5.12.2010. <http://www.paihdelinkki.fi/>
- Salaspuro, Mikko; Kiianmaa, Kalervo & Seppä, Kaija (toim.) 2003. Päihdelääketiede. Helsinki: Duodecim.

- Salasuo, Mikko; Vuori, Erkki, Piispa; Mikko & Hakkarainen, Pekka 2009. Suomalainen huumekuolema 2007. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saraneva, Tapio 2001. Teologisia näkökohtia syrjäytymiseen. Teoksessa Juhani Veikkola (toim.) Diakonian näköaloja kolmannelle vuosituhanalle. Helsinki: Diakonia, 92–97.
- Sarvimäki, Anneli & Stenbock-Hult, Bettina 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Helsinki: WSOY.
- Selkokeskus i.a. Viitattu 30.8.2011. [www.papunet.net/selkokeskus/teoriaa](http://www.papunet.net/selkokeskus/teoriaa)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Suomen huumestrategia 1997. Viitattu 5.12.2010. <http://www.stm.fi/etusivu>. Hyvinvoinnin edistäminen > Päihdehaittojen ehkäisy > Huumausainepolitiikka > Huumausainestrategia 1997.
- Suhonen, Katri (toim.) 2004. Huumeet ja maailma: YK:n kehitystavoitteet ja huumealan torjuminen: työkirja kansainvälisyys- ja huumekasvatukseen. Helsinki: Elämäntapaliitto.
- Suomen punainen risti 2010a. Elvytys. Viitattu 30.8.2011. <http://www.redcross.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/elvytys/>
- Suomen punainen risti 2010b. Estä tukehtuminen avaamalla hengitystiet. Viitattu 30.8.2011. [http://www.redcross.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/fi\\_FI/hengitystiet/](http://www.redcross.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/fi_FI/hengitystiet/)
- Suomen punainen risti 2010c. Näin autat tajutonta. Viitattu 30.8.2011. [http://www.redcross.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/fi\\_FI/tajuttomanensiapu/](http://www.redcross.fi/ensiapu/ensiapuohjeet/fi_FI/tajuttomanensiapu/)
- Tammi, Tuukka & Hurme, Toivo 2006. Huumeidenkäyttäjän asema ja huumeepolitiikan terveystaju. Teoksessa Anne Puuronen (toim.) Terveystaju, nuoret, politiikka ja käytäntö. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto: Nuorisotutkimusseura, 113–122.
- Työryhmä Jaakkola, Tapio et al. 2001. Suomi ja huumeet: tietopaketti huumeista. Helsinki: Irti huumeista.
- Törmä, Sinikka & Huotari, Kari 2005. Sateisten teiden kulkijoita. Huonosaisimmat päihteiden sekakäyttäjät avun tarvitsijoina ja asiakkaina. Helsinki: Helsingin Diakonissalaitos.

- Törmä, Sinikka 2009. Kynnyskysymyksiä: huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys. Helsinki: Sosiaalikehitys.
- Vilka, Hanna & Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, Hannu 2002. Selkojulkaisujen ulkoasusta. Teoksessa Hannu Virtanen (toim.) Selko-opas. Tampere: Tammer-Paino Oy, 55–69.
- Virtanen; Hannu 2002. Selkokielen määritelmä, tarve ja käyttäjäryhmät. Teoksessa Hannu Virtanen (toim.) Selko-opas. Tampere: Tammer-Paino Oy, 7–21.
- Vuori, Erkki, Ojanperä, Ilkka, Nokua, Jari & Ojansivu, Riitta-Leena 2009. Oikeuskemiallisesti todetut myrkytyskuolemat Suomessa vuosina 2005–2007. Suomen Lääkärilehti 64: 39, 3187–3195.
- Vähäkangas, Kirsi 2003. Kliininen toksikologia. Teoksessa Olavi Pelkonen & Heikki Ruskoaho (toim.) Lääketieteellinen farmakologia ja toksikologia. Helsinki: Duodecim, 951–961.
- Väänänen, Tuula 28.9.2011. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Tilanneraportti. Viitattu 8.11.2011.  
[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr24\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr24_11.pdf)

## LIITE 2 Opinnäytetyöprosessin aikajana

- 
- 8.9.2009 Opinnäytetyöprosessi alkoi aihe valinnalla.
  - lokakuu 2009 tapaaminen Munkkisaarella Riitta Vehviläisen ja Tuula Bernardin kanssa.  
Keskusteltu työn sisällöstä.
  - Kevät 2010 Harjoittelut Haittoja vähentävän työn parissa.
  - 12.5.2010 Keskustelu Riitta Vehviläisen kanssa teoriaosuuden rajaamisesta.
  - Materiaalin keräämistä  
OTT1 opintokokonaisuus, kirjallisen työn aloitusta ja sisällysluettelon hahmottelua.
  - 11.5.2011 Tapaaminen Riitta Vehviläisen kanssa. Oppaan ensimmäisen version esittely. Opas jäänyt arvioitavaksi.
  - 10.8.2011 Kyselimme oppaan palautetta, jota emme olleet vielä saanut. Saimme tietää, että työstämme vastaa Sanna Häkkinä. Otimme häneen yhteyttä.
  - 6.9.2011 Saimme palautetta oppaasta.

- 
- 16.9.2011 Tapaaminen Itäkeskuksen Stoorissa. Saimme korjaus-ehdotuksia oppaaseen.
  - Oppaan muokkaamista.
  - 21.10.2011 Oppaan uusi versio lähetetty Sanna Häkkilälle arvioitavaksi.
  - 24.10.2011 Saimme kommentteja oppaasta.
  - 31.10.2011 Esitarkastus ja lopputyöstäminen.
  - Valmis työ 28.11.2011.