

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Sairaanhoitajakoulutus

Henri Nylander
Aleksi Westman

PÄIHDERIIPPUVAISEN HOITONOHJAUS
Palveluiden esite Siun soten Päihdepalvelukeskukselle

Opinnäytetyö
Toukokuu 2020



OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2020
Sairaanhoitajakoulutus

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600 (vaihde)

Tekijät
Henri Nylander, Aleks Westman

Nimeke
Päihderiippuvaisen hoitoonohjaus – Palveluiden esite Siun soten Päihdepalvelukeskuk-
selle

Toimeksiantaja
Siun sote, Päihdepalvelukeskus

Tiivistelmä

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämien tutkimusten mukaan suomalaisten alkoholi-
linkäyttö on vähentynyt viime vuosina, mutta huumeiden käyttö ja kokeilu ovat yleistyneet.
Päihderiippuvuus syntyy käyttäjälle useiden lähekkäin tapahtuvien päihdyttävän aineen
nauttimiskertojen seurauksena. Päihderiippuvuus syntyy, kun käyttäjä nauttii päihdyttävää
ainetta useasti, tiheällä aikavälillä. Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tuottaa tietoa päih-
deriippuvaisille Päihdepalvelukeskuksen palveluista helposti saatavaan muotoon hoi-
toonohjauksen helpottamiseksi. Opinnäytetyön tehtävänä oli tuottaa Siun soten Päihde-
palvelukeskukselle palveluesite. Esitteen kohderyhmänä ovat Päihdepalvelukeskuksen
palveluita tarvitsevat päihderiippuvaiset. Esite annetaan Päihdepalvelukeskuksella uusille
asiakkaille.

Esite Siun soten Päihdepalvelukeskuksen palveluista tehtiin yhteistyössä tämän opinnäy-
tetyön tekijöiden ja Päihdepalvelukeskuksen kanssa. Esitteeseen kirjattiin lyhyesti, mikä
on Päihdepalvelukeskus, tietoa heidän tarjoamista palveluistaan, kuinka hoitoon hakeudu-
taan ja toimeksiantajan toimesta muutama hyödyllinen verkkolinkki.

Esite koettiin tekijöiden kannalta tärkeäksi ja onnistuneeksi, sillä Päihdepalvelukeskuk-
sesta ei ollut juurikaan tietoa esillä verkossa tai paperillisena. Nyt asiakkailta on mahdol-
lista saada yksiköstä reaaliaikaista tietoa, kun toimeksiantajalle jäi sähköinen versio esit-
teestä pidettäväksi ajan tasalla. Jatkotutkimusmahdollisuutena voisi tutkia, kuinka esitteen
tekeminen vaikutti asiakkaiden hoitoonohjaukseen ja millaisia kokemuksia asiakkailta tai
hoitohenkilökunnalla on sen toimivuudesta.

Kieli
suomi

Sivuja 39
Liitteet 1
Liitesivumäärä 2

Asiasanat
hoitoonohjaus, päihde, päihdepalvelujärjestelmä, päihderiippuvainen



THESIS
May 2020
Degree Programme in Nursing

Tikkarinne 9
FI 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358 13 260 600

Authors
Henri Nylander, Aleksi Westman

Title
Referring Substance Addicts to Treatment – A Service Brochure for Siun sote Substance Abuse Centre

Commissioned by
Siun sote, Substance Abuse Centre

Abstract

According to the studies conducted by the National Institute for Health and Welfare, alcohol use by Finns has decreased in recent years but drug use and experimenting with drugs have become more common. Substance addiction arises for the user as a result of multiple ingestion of an intoxicant. The purpose of the thesis was to give substance addicts information on the services provided by the Substance Abuse Centre in an easily accessible format to facilitate referral to treatment. The objective of the thesis was to produce an service brochure for the Substance Abuse Centre. The brochure is aimed at substance addicts who need the services of the Substance Abuse Centre.

The brochure on the services was compiled in collaboration with the authors of this thesis and the Substance Abuse Centre. The brochure briefly covers what the Substance Abuse Service Centre is, what services they provide, how to apply for treatment and it offers a few useful online links recommended by the commissioning organisation.

The authors considered the brochure as important and successful since there is very little information available on the Substance Abuse Centre either online or on paper. It is now possible for the clients to receive real-time information on the unit as the commissioning organisation has an electronic version of the brochure to update. An opportunity for further research is to explore how the brochure has affected referring to treatment and what kind of experiences the clients or the nursing staff have about its functionality.

Language
Finnish

Pages 39
Appendices 1
Pages of Appendices 2

Keywords
Referral to treatment, intoxicant, Substance Abuse Services, substance addicted

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Päihteet.....	6
	2.1 Päihteet Suomessa.....	6
	2.2 Stimulantit.....	8
	2.3 Hallusinogeenit.....	9
	2.4 Opiaatit.....	10
	2.5 Alkoholit (etyylialkoholi).....	11
3	Päihderiippuvuus.....	11
4	Päihdepalvelujärjestelmä.....	13
5	Päihdekuntoutus.....	15
	5.1 Päihdekuntoutuksen järjestäminen.....	15
	5.2 Korvaushoito.....	17
6	Sairaanhoitajana päihdehoitotyössä.....	19
	6.1 Päihdeasiakkaan kohtaaminen.....	19
	6.2 Alkoholiongelmaisen hoito.....	21
	6.3 Huumeongelmaisen hoito.....	22
7	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	23
8	Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat.....	23
	8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	23
	8.2 Alkukartoitus ja toimintaympäristö.....	24
	8.3 Esitteen suunnittelu.....	25
	8.4 Esitteen toteutus.....	26
9	Luotettavuus ja eettisyys.....	27
10	Pohdinta.....	31
	10.1 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusmahdollisuudet.....	31
	10.2 Ammatillinen kasvu.....	32
	10.3 Esitteen tarkastelu.....	33
	Lähteet.....	35

Liite 1 Päihdepalvelukeskuksen esite

1 Johdanto

Päihderiippuvuus syntyy käyttäjälle useiden lähekkäin tapahtuvien päihdyttävän aineen nauttimiskertojen seurauksena. Riippuvuuden vahvuuteen vaikuttaa sekä fyysinen että psyykinen tarve saada lisää päihdyttävää ainetta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2018a.) Riippuvuuden muodostuminen edellyttää, että käyttäjä saa jollain tavalla mielihyvää nautitusta aineesta fyysisesti tai psyykkisesti. Nopeammin ja tehokkaammin mielihyvää tuottavat aineet aiheuttavat helpommin riippuvuutta. Päihdyttävien aineiden käyttö muodostaa myös muutoksia aivojen hermotoiminnassa. (Koski-Jännes 2009.)

2016 tehdyn suomalaisen juomatapatutkimuksen mukaan miehistä 50 prosenttia ja naisista 28 prosenttia vastasi käyttävänsä alkoholia vähintään viikoittain. Aina-kin neljänä päivänä viikossa alkoholia käyttää miehistä 7 prosenttia ja naisista 3 prosenttia. Miehillä alkoholin kulutus on korkeimmillaan 30–49-vuotiaana, kun vastaava ikä naisilla on 20–29 vuotta. (Härkönen, Mäkelä, Savonen & Virtala 2017, 11, 19.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan miehistä 28 prosentilla ja naisista 20 prosentilla oli huumausaineen kokeilua tai käyttöä. Erityisesti 25–34-vuotiailla huumeiden käyttö ja kokeilu on yleistynyt, heistä 45 prosenttia myönsi käyttäneensä laiton huumetta elämänsä aikana. (Karjalainen, Hakkarainen & Salasuo 2019.)

Opinnäytetyön aiheeksi valitsimme päihderiippuvaisen hoitoonohjaukseen molempien tekijöiden yhteisen mielenkiinnon takia. Opinnäytetyön aihe ja tietope- rusta on rajattu toimeksiantaja Päihdepalvelukeskuksen tarjoamien palveluiden mukaan.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa päihderiippuvaisille päihdepal- velukeskuksen palveluista helposti saatavaan muotoon hoitoonohjauksen helpot- tamiseksi. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Siun soten Päihdepalvelukeskuk- selle palveluesite. Esite annetaan Päihdepalvelukeskuksella uusille asiakkaille.

2 Päihteet

2.1 Päihteet Suomessa

Päihde on aine, joka vaikuttaa aivojen toimintaan sekä rakenteisiin. Erityisesti vaikutus näkyy dopamiinivälitteisissä mielihyvä- ja palkitsemisjärjestelmissä. Päihteiden erityispiirteet riippuvat käytettävästä aineesta, joten päihteen tunnistaminen on hoidon kannalta tärkeää. (Kuoppasalmi, Heinälä & Lönnqvist 2017.)

Päihteiden ongelmakäyttäjällä tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää päihteenä alkoholia tai muuta päihtymiseen käytettävää ainetta ja päihde aiheuttaa sosiaalisia tai terveydellisiä ongelmia päihteen käyttäjälle tai tämän läheiselle. Suomessa päihdehuoltoa määrittelee ja ohjaa päihdehuoltolaki. Lain tavoite on vähentää ja ehkäistä päihteen ongelmakäyttöä ja minimoida liitännäisiä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja, päihteidenkäyttäjän sekä heidän läheistensä toimintakykyä ja turvallisuuden edistämisen. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Eri päihteiden vaikutusmekanismit elimistössä voivat olla hyvin erilaisia. Alkoholi vaikuttaa tietyissä välittäjäaineissa ja niiden reseptoreissa. Yksi keskeisimmistä välittäjäaineista, johon alkoholi vaikuttaa, on GABA (gamma-aminovoihappo), joka hillitsee aivojen toimintaa. Se tehostaa kyseisen reseptorien toimintaa lamaannuttaen hermoston toimintaa. Glutamaatti on toinen hermostoon vaikuttava välittäjäaine. Alkoholi vaikuttaa siihen lisäämällä hermosolujen toimintaa, joka on vastakkainen GABAn vaikutusmekanismiin kanssa. Alkoholi vaikuttaa samanaikaisesti molempiin hermojärjestelmiin ja näiden keskinäinen tasapaino vaikuttaa kehoon alkuun lievästi stimuloivana, jonka jälkeen lamaavasti ja lopuksi hermosto voi mennä yliärsytystilaan, tunnetummin krapulaan. (Alho 2015.)

Suomalaisen juomatapatutkimuksen mukaan alkoholin käyttö on vähentynyt suomalaisten keskuudessa. Juomatapatutkimusta on tehty suomalaiselle väestölle 1960-luvulta lähtien kahdeksan vuoden välein terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen

toimesta. Viimeisimmät tutkimustulokset on kerätty vuonna 2016, jolloin miehistä 50 prosenttia ja naisista 28 prosenttia vastasi käyttävänsä alkoholia vähintään viikoittain. Päivittäinen alkoholin käyttö on tutkimuksessa luokiteltu melko harvinaiseksi, eikä tästä ole mainittu tarkkaa lukua. Ainakin neljänä päivänä viikossa alkoholia käyttää miehistä 7 % ja naisista 3 %. Miehillä alkoholin kulutus on korkeimmillaan 30–49-vuotiaana, kun vastaava ikä naisilla on 20–29-vuotta. (Härkönen, Mäkelä, Savonen & Virtala 2017, 11, 19.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan yli kolmekymmentävuotiaita alkoholin riskikäyttäjiä oli miehistä 23,1 prosenttia ja naisista 11,8 prosenttia. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 49.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos teetti vuonna 2018 tutkimuksen 15–69-vuotiaille suomalaisille huumeiden käytöstä. Kyselyyn vastasi 3229 satunnaisotannalla valittua vastaajaa. Tutkimuksen mukaan huumekekeilut ja huumeiden käyttäminen on yleistynyt Suomessa vuodesta 1992 lähtien. Tutkimuksen mukaan Suomessa yleisimmin käytetty huume on kannabis, jota on kokeillut elämänsä aikana suomalaisista joka neljäs (24 %). Saaduista vastauksista miehistä 28 prosentilla ja naisista 20 prosentilla oli huumausaineen kokeilua tai käyttöä. Erityisesti 25–34-vuotiailla huumeiden käyttö ja kokeilu on yleistynyt, heistä 45 % myönsi käyttäneensä laiton huumetta elämänsä aikana. Suomalaisista 42 prosentin mielestä kannabiksen käytöstä ei pitäisi rangaista. Toiseksi yleisimpänä ryhmänä nousivat ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen käytettävät rauhoittavat, kipu- ja unilääkkeet. Stimulantteihin kuuluvien ekstaasin, amfetamiinin ja kokaiinin kokeilu on jatkuvasti lisääntynyt vuodesta 1992 lähtien. (Karjalainen, Hakkarainen & Salasuo 2019.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on suorittanut myös tutkimuksen vuonna 2017 päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden huumeiden käytöstä. Kyselyyn vastanneista 81 prosenttia kertoi käyttäneensä vähintään kahta päihdettä, joista yleisimmät olivat opioidit 77 %, stimulantit 55 % sekä kannabis 52 %. (Nurmi & Rönkä 2018, 1–2.)

Päihteiden käytön on havaittu lisäävän tapaturmariskiä sekä vammojen vaativuutta. Päihteet heikentävät käyttäjänsä koordinaatiokykyä, vaikuttaa näkökykyyn, vireystilaan, riskinottoon sekä rektioaikaan. Tapaturmille voi altistaa niin

päihde kuin sen vieroitusoireetkin. (Nurmi-Lüthje & Lillsunde 2018, 2786.) Kuolemansyytilastossa vuonna 2018 tilastokeskuksen mukaan Suomessa huumausaineisiin kuoli 261 ihmistä, joka on 61 ihmisen kasvu edellisvuoteen verraten. Tämä luku on noussut jo kolmena vuonna peräkkäin, suurin nousu on ollut 20–29-vuotiaiden kuolemissa. Valtaosa huumausainekuolemista oli moniainemyrkytyksiä, jolloin henkilö on huumeiden rinnalla käyttänyt esimerkiksi alkoholia tai psykelaäkettä, mahdollisesti jopa molempia. Yleisin oli kuitenkin lääkkeiden ja huumeiden yhteiskäyttö. Alkoholimyrkytykseen sekä alkoholista johtuviin tauteihin kuoli 1683 ihmistä, joka on yli 100 ihmistä edellisvuotta enemmän. Alkoholiperäiset kuolemat kattavat kaikista Suomen kuolemista 3 %. Alkoholikuolemista yli puolet johtui alkoholin aikaansaamista maksasairauksista. (Tilastokeskus 2019.)

2.2 Stimulantit

Stimulantteihin kuuluu amfetamiini, ekstaasi, kokaiini sekä khati. Ne vaikuttavat keskushermostoa aktivoivasti ja piristävästi. Vaikutukseen kuuluu puheliaisuuden, liikeaktiivisuuden, ylivilkkauden, kiihtymyksen sekä euforian lisääntyminen. Stimulantit vähentää väsymyksen tunnetta, vaikutus määräytyy erityisesti käytetyn stimulantin vaikutusaika sekä stimulanttia kohtaan kehittynyt toleranssi. (Alho 2015.) Esimerkiksi amfetamiini vaikuttaa jo pieninä annoksina keuhkoihin, sydämeen ja muihin sisäelimiin. Pienissä annoksissa amfetamiinin käyttöä näkyy sydämen lyöntitiheyden ja hengityksen nopeutumista, ruokahalun vähenemistä, pupillien laajenemista ja verenpaineen nousua. Isommissa annoksissa näkyy hikoi-lua, päänsärkyä, kuumeilua, huimausta ja näön hämärtymistä. Erittäin suurissa annoksissa ilmenee kouristuksia, koordinaatiokyvyn menetystä ja sydämen rytmihäiriöitä. Amfetamiinin, kuten muiden päihdyttävien aineiden käyttäjäkohtaiset vaikutukset riippuvat, millaisessa seurassa ja mielentilassa ainetta käytetään. Vaikutus muokkautuu myös sen mukaan, käytetäänkö samaan aikaan muita päihdeitä ja se, onko kyseessä ensikertalaisen vai pidempiaikainen käyttäjä. (Tacke 2009.)

Stimulanttien vieroitusoireet ovat useimmiten psyykkisiä ja ne näkyvät pelokkuutena, väsymyksenä, unettomuutena, ärtyneisyytenä, masentuneisuutena sekä

voimakkaana himona stimulanttia kohtaan. Vieroitusoireet kestävät yleisimmit-
täin yhdeksästä tunnista neljään vuorokauteen. (Alho 2015.)

2.3 Hallusinogeenit

Yleisimpiin hallusinogeeneihin kuuluu LSD, fensyklidiini, meskaliini sekä mety-
leenidioksimetamfetamiini eli ekstaasi, sekä monet sienet esimerkiksi suippo-
madonlakki. Hallusinogeenit ovat tajuntaa laajentavia eli psykedeelisiä yhdisteitä.
Ne pystyvät muodostamaan psykoosin kaltaisen tilan, mutta eivät aiheuta sedaa-
tiota tai stimuloi päihteen käyttäjää. Hallusinogeenien yleisimpiin oirekuviin kuu-
luvat kuulo-, näkö-, ja muut aistihallusinaatiot, jotka voivat aiheuttaa vahvoja pa-
ranoidisia reaktioita. Se vaikuttaa usein myös käyttäjän orientaatiokykyyn laske-
vasti. (Alho 2015.) Hallusinogeenien pääasiallinen vaikutus tapahtuu aivoissa se-
rotoniinijärjestelmän kautta. Hallusinogeenit voivat vaikuttaa myös useisiin erilai-
siin välittäjäainejärjestelmiin ja hallusinogeenit voi sitoutua eri reseptorityyppei-
hin. (Surakka 2010.)

Lääkkeet, jotka vaikuttavat serotoniinijärjestelmään, kuten masennuslääkkeet tai
neuroleptit, voivat aiheuttaa yhteisvaikutusta hallusinogeenien kanssa. Hallusi-
nogeeneilla tavoitellaan uskonnollisia, mystisiä tai kosmisia tunne-elämyksiä.
Hallusinogeenien käyttäjä voi nähdä värejä ja kuulla musiikkia. Käyttäjä pystyy
tuntemaan olevansa universumin kanssa yhtä, kokemaan ajattomuutta tai ym-
märtävänsä jotain syvällistä. Käyttäjän kokemat muistot pystyvät sekoittamaan
todellisuutta. Hallusinogeenejä pidetään fyysistä riippuvuutta aiheuttamattomina
ja niiden käytön lopettamisen seurauksena ei tule vieroitusoireita. Hallusinogee-
nien käyttäminen ei aiheuta pakollista tarvetta saada uutta annosta. Muodostu-
minen psyykkiselle riippuvuudelle on myös harvinaista. Hallusinogeenejä pide-
tään heikkona aiheuttamaan mitään hermosto- tai elinvaurioita, eikä pitkäaikai-
senkaan käytön aikana ole ilmennyt fyysisiä seurauksia. Hallusinogeenit voivat
kuitenkin käytön seurauksena johtuvien oireiden vuoksi aiheuttaa jopa kohtalok-
kaita vaaratilanteita, kun käsitys todellisuudesta muuttuu. (Surakka 2010.)

2.4 Opiaatit

Yleisimpiä päihdetarkoitukseen käytettäviä opiaatteja ovat morfiini, metadoni, heroiini, jotka kuuluvat opiaattiagonisteihin eli reseptorin aktivoijiin. Myös buprenorfiinia käytetään päihtymystarkoitukseen, joka kuuluu osittaisiin agonisteihin. Ne vaikuttavat kehoon analgeettisesti eli kipua lievittävästi, sedatiivisesti eli rauhoittavasti, euforisoivasti eli huumaavasti, dysforisesti eli epämiellyttävästi ja hengitystä lamaavasti. Nämä vaikutukset ovat riippuvaisia nautittujen opiaattien opiaattireseptoriaffiniteetistä, joka vaikuttaa myös vieroitusoireiden laatuun. Vieroitusoireet ovat erilaisia käytetyistä opiaateista riippuen. Vieroitusoireet voivat alkaa jo parissa tunnissa tai vasta parin päivän kuluttua aineen käytön lopettamisen jälkeen. Ensimmäisiin vieroitusoireisiin kuuluu yleisimmin verestävät silmät, haukottelu, hikoilu, vuotava nenä ja kiihtynyt käyttäytyminen. Näiden jälkeen voi ilmaantua vapinaa, ripulointia, vatsakipuja, pahoinvointia sekä oksentelua. Mustuiset voivat laajentua, iho mennä kananlihalle ja lisäksi esiintyä nivel- ja lihaskipuja ja toisinaan hallitsemattomia potkuliikkeitä. (Alho 2015.)

Vuonna 2015 tehtiin tutkimus, jossa tavoitteena oli saada tietoa opioidikorvauksen sisällöstä ja potilaista Suomessa. Tutkimuksessa luokiteltiin vuoden 2015 10 844 asiakasta, jotka olivat päihde-ehdoisen asiainnisi asiakkaita. Heidät luokiteltiin opioidikorvauksiossoss osleviin, muihin päihdeasiakkaisiin sekä muihin opiaattien käyttäjiin. 1585 kappaletta asioinneista koski korvauksoshoitoa. Opioidien muut käyttäjät ja opioidikorvauksoshoiossoss oslevat olivat nuorempia kuin muut päihdeasiakkaat. Heidän päihdeidenkäyttösnsä oli muita kovempaa. Muut päihdeiden vuoksi potilaana olleet saivat palveluja enemmän kuin korvauksoshoitolääkkeen otossoss käyneet. Tutkimus osoitti, että päihdetauksoshoitoskenta tavoitti opioidikorvauksoshoiossoss oslevat potilaat kohtalaisesti. Muiden opioidien käyttäjien elämäntilanne ei ollut niin vakiintunut kuin korvauksoshoiossoss oslevien ja tämä on mahdollisesti hoiossoss ansiota. (Mäkelä, Partanen, Alho & Kuussaari 2019.)

2.5 Alkoholi (etyylialkoholi)

Alkoholi vaikuttaa erityisesti glutamaatiksi ja GABA:ksi kutsuttavien hermoston välittäjäaineiden toimintaan. Pääosin vaikutus on keskushermostoa lamaava. Alkoholipitoisten juomien vaikuttavana aineena on etanoli (sen metaboliitit). Farmakologisesti etanoli on teholtaan heikko aine. Saavuttaakseen euforisen ja anksiolyyttisen eli ahdistusta lieventävän tunteen, on nautittujen pitoisuuksien oltava suuria, verrattuna esim. bentsodiatsepiineihin, jotka ovat hermostossa vastaavasti vaikuttavia aineita. Runsaan alkoholin käytön aiheuttamaa tilaa kutsutaan humalaksi. Verenalkoholi pitoisuus säätelee humalatilaa voimakkuutta. Alkoholi voi kuitenkin liian suurina annoksina aiheuttaa alkoholimyrkytyksen, jonka hoitamisen laiminlyönti voi johtaa kuolemaan. Alkoholin tehokasta vasta-ainetta ei ole vielä löydetty, joka kumoaisi alkoholin aiheuttamat vaikutukset elimistössä. (Korpi 2018.)

Alkoholin riskirajat Suomessa on asetettu käypä hoito suosituksiin. Niiden mukaan riskiraja alkoholinkäytössä on naisilla keskimäärin 20g/vrk, sekä miehillä 40g/vrk. Ravintoloiden alkoholiannoksiin muutettuina arvioidut määrät ovat miehillä 23–24 annosta ja naisilla 12–16 annosta viikossa. (Käypä hoito 2018a.) Suomessa alkoholin kulutusta pyritään rajoittamaan ja valvomaan alkoholilailalla. Sillä on tarkoituksena vähentää alkoholin negatiivisia vaikutuksia ja haittoja sen käyttäjälle, muille ihmisille sekä yhteiskunnalle. Lakia sovelletaan kaikkien alkoholipitoisten aineiden valmistuksessa, maastaviennissä, maahantuonnissa, kuljetuksessa, myynnissä sekä muissa käyttöön, hallussapitoon, luovuttamiseen ja markkinointiin liittyvissä asioissa. (Alkoholilaki [1102/2017.](#))

3 Päihderiippuvuus

Päihdeaddiktiolla eli päihderiippuvuudella tarkoitetaan riippuvuutta pähteisiin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018a). Päihderiippuvaisella tarkoitetaan henkilöä, joka on riippuvainen jostakin lääkeaineesta, huumeesta tai muusta päih-

teestä (Duodecim 2020). Käsitteellä addiktio tarkoitetaan hallitsematonta ja pakonomaista päihteiden käyttöä. Siihen liittyy kova himo päihteisiin, päihteet muodostuvat keskipisteeksi elämälle ja päihteiden käyttö jatkuu, huolimatta koetuista haitoista. Alku addiktion kehittymiselle tulee päihteiden aikaansaamasta toistuvasta aktivoitumisesta aivojen palkitsemisjärjestelmässä. Pitkäaikaisessa päihteiden käytössä etuotsalohkon toiminnanohjaus huononee ja stressijärjestelmät aivoissa herkistyy. (Hyytiä 2018.) Yleisimmin se syntyy ihmisen useiden lähekkäin olevien päihteen käyttökertojen seurauksena. Riippuvuutta määriteltäessä on arvioitava ihmisen ja käytettävän aineen välille muodostunutta suhdetta. Siinä arvioidaan myös käyttäjän vaikeutta lopettaa aineen käyttäminen, sekä kuinka yleistä on retkahtaa eli aloittaa aineen käyttö uudestaan. Myös fyysiset sekä psyykkiset oireet kertovat riippuvuudesta ja sen voimakkuudesta. Riippuvuuden aikana myös ihmisen sietokyky eli toleranssi käytettävää ainetta kohti kasvaa. Elimistön toleranssi ainetta kohti kasvaa, kun samaa ainetta käytetään toistuvasti. Myös käytettyjen annosten vahvuus vaikuttaa toleranssin kasvuun. Toleranssin kasvaessa, on käytettävän aineen vahvuutta/määrää lisättävä saman vaikutuksen saavuttamiseksi. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2018a.)

Tarkkaa tietoa huumeekokeiluille ja riippuvuudelle altistavista tekijöistä ei ole. Huumeekokeiluihin ja huumeiden käyttöön on yhdistetty myös lapsuuden turvattomuus, huonot sosiaaliset olosuhteet ja joitakin persoonallisuuden piirteitä. Ympäristötekijöiden lisäksi perimällä voi olla altistavia tekijöitä riippuvuudelle, mutta nämä geneettiset ja neuropsykologiset ominaisuudet vaihtelevat yksilötasolla. Eri huumeet aiheuttavat riippuvuuden eri vaikutuksella, esimerkiksi heroini aiheuttaa riippuvuutta kannabista herkemmin. (Seppä, Aalto, Alho & Kiianmaa 2012, 9.) Tutkimuksissa on todettu, että varhaisella päihteiden käytön aloitusiällä on liitännäisyyksiä päihderiippuvuuteen, runsaaseen päihteiden käyttöön, niiden aiheuttamiin haittoihin ja mielenterveyshäiriöihin. Osalla nuoruudessa runsaasti käytetyt päihteet vähenevät aikuisuudessa. Nuoret ovat erityisesti alttiita päihteistä tuleville haitallisille vaikutuksille, sillä heidän aivonsa ovat vasta kehittymässä ja kypsymässä. Erityisesti alkoholilla ja kannabiksella on havaittu vaikutuksia nuorten käyttäjien aivojen toimintaan ja rakenteeseen. (Haravuori & Raitasalo 2017, 1782.)

Jatkuva, pakonomainen ja addiktiivinen tai humalahakuinen päihteiden tai alkoholin käyttö on vakava sairaustila. Psykologisella tasolla päihteiden addiktiivisen käyttöön liittyy elämäntilanteeseen ja henkilön taustaan sekä mielelle sietämätön tunne avuttomuudesta. Pitkäaikaisen stressin ja jatkuvan päihteiden käytön aiheuttaman toiminnan muutos keskushermostossa on biologisella tasolla sairauden taustalla, jonka vuoksi päihteitä addiktiivisesti käyttävä ei pysty yleensä katkaisemaan päihteen tai alkoholin käyttöä ilman ammattiapua tai katkaisuhuitoa katkaisuyksikössä tai sairaalassa. (Huttunen 2018.)

Addiktiota eli riippuvuutta ylläpitävä muutos keskushermoston toimintatavassa on hitaasti korjautuva ja se edellyttää useiden kuukausien (3–6 kk) raitista jaksoa. Päihteenkäyttäjän raitistumiseen sekä addiktiivisen päihteiden käytön lopettamiseen vaaditaan myös päihdyttävän aineen käytön lopettamista, joka on mielelle keino vapautua erilaisten tunnetilojen sietämättömyydestä. Näiden syiden takia viikon kestävä raittius tai katkaisu ei poista pakonomaista päihteiden tai alkoholin käyttöä. Päihteitä addiktiivisesti käyttänyt ajautuu herkästi pitkänkin raittiuden jälkeen uudelleen pakonomaiseen päihteiden käyttöön. (Huttunen 2018.)

4 Päihdepalvelujärjestelmä

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) säättää palveluiden kehittämisen suunnan, valmistelee lainsäädännön sekä ohjaa kehittämiensä uudistusten toteutumista. Palveluiden laadun valvonnasta vastaa aluehallintavirastot sekä Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira. Palveluiden järjestämisestä vastaavat kunnat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.) Kuntien täytyy terveydenhuoltolain mukaan järjestää tarpeellinen ja asukkaillensa riittävä päihdetyö, jolla pyritään vahvistamaan yhteisön sekä yksilöiden päihteettömyyttä ja poistamaan tai vähentämään päihteistä johtuvia turvallisuutta sekä terveyttä uhkaavia tekijöitä. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.) Kunnille kuuluu lain mukaan myös ehkäisevän päihdetyön järjestäminen asukkailleen. Ehkäisevä päihdetyö on toimintaa, jolla pyritään vähentämään päihteiden käyttöä sekä siitä aiheutuvia yhteiskunnallisia, sosiaalisia sekä terveydellisiä haittoja. Ehkäisevää päihdetyötä ei

tule kohdistaa vain päihteiden käyttäjille, vaan ennaltaehkäisevästi kaikelle kansalle. (Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015.) Asiakkaan on oma-aloitteisesti päästävä hakeutumaan päihdehuollon palveluiden piiriin, jotta ne tukevat itsenäistä suorittamista. Päihdehuollon toiminta perustuu ensisijaisesti päihteiden ongelmakäyttäjän sekä heidän läheistensä edun huomiointiin. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

Kunnat voivat tuottaa tarvitsemansa palvelut itse, tuottaa niitä yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai ostaa niitä muilta kunnilta sekä yksityiseltä sektorilta. Ensisijaisesti päihdepalveluita tarjotaan avopalveluina, ne voivat esimerkiksi olla katkaisuhuolto, sosiaalista tukea, kuntoutusta, ryhmäterapiaa tai perheterapiaa. Mikäli avopalvelut eivät ole palvelunkäyttäjälle tarkoituksenmukaisia tai riittäviä, voi laitoshoidon tai -kuntoutuksen olla tarpeellinen. Päihteidenkäyttäjä voi itse hakeutua avopalveluihin paikallisen terveyskeskuksen, sosiaalitoimiston tai päihdeyksikön kautta. Useimmiten laitoshoidon vaaditaan lähete. Päihderiippuvainen voidaan terveyttä vaarantavien perusteiden tai väkivaltaisen käytöksen vuoksi määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2019.)

Avohoidossa asiakas asuu yleensä kotonaan ja hoito suoritetaan käymällä vastaanotolla. Hoidon alkuun sitä suoritetaan sairaanhoitajan, lääkärin tai sosiaaliterapeutin vastaanotolla, jolloin arvioidaan hoidon tarve ja laatu, sekä kartoitetaan asumis- ja toimeentuloasioita. Avohoidossa voi myös saada esimerkiksi perhe-, yksilö- tai ryhmäterapiaa. (Päihdelinkki 2019a.)

Laitoshoidosta puhuttaessa katkaisuhoidossa oleva asiakas viettää hoitolaitoksessa asuessa muutaman viikon. Laitoshoidon lyhytaikainen hoitajakso kestää yleensä 1–2 viikkoa. Asiakkaan on katkaisuhoidon aikana tarkoitus saada lopetettua päihteidenkäyttö ja hoitaa vieroitusoireita sekä päihteiden aiheuttamia muita haittoja. Katkaisuhoidossa pääsee lepäämään sekä on mahdollisuus keskustella muiden asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa. Katkaisuhoidon aikana on mahdollista saada lääkitystä ja siellä suunnitellaan tuleva jatkohoito. Hoito voi joissain tapauksissa kestää lyhytaikaista laitoshoidon pidempään, jolloin puhutaan laitoshoidon pidempään. Laitoshoidon kesto on yleisimmin 1–4 viikkoa,

mutta voi kestää myös pidempään. Kuntoutuksen tavoitteena on opetella päih-teetöntä elämää sekä hallitsemaan elämäntilanteita, joissa aiemmin ilmeni päih-teidenkäyttöä. (Päihdelinkki 2019a.)

Päihdehuoltolain määrittämisen mukaan yli 18-vuotias päihdeidenkäyttäjä voidaan tarvittaessa määrätä myös tahdosta riippumattomaan hoitoon. Tahdosta riippu-mattomaan hoitoon voidaan määrätä, jos päihdeiden käytöstä on aiheutumassa käyttäjälleen sairaudesta tai vammasta johtuvaa välitöntä hengenvaaraa, tai on saamassa vaurion, joka vaatii kiireellistä hoitoa. Toisena kriteerinä on päihdeiden käytön seurauksena ilmenevä väkivaltaisuus, joka vakavasti vaarantaa perheen-jäsenen tai toisen henkilön terveyden, turvallisuuden tai henkisen kehityksen. Tahdosta riippumattomaan hoitoon tarvitaan aina lääkärin määräys ja se voidaan tehdä korkeintaan viideksi vuorokaudeksi. Myös tällöin asiakkaalla on oltava mahdollisuus osallistua oman hoidon suunnitteluun, hoitoyhteisön toimintaan ja toimenpiteiden valintaan. Tahdosta riippumaton hoito on lopetettava välittömästi, kun edellä kirjoitetut laissa määritellyt kriteerit eivät enää täyty. Tämän jälkeen hoito perustuu vapaaehtoisuuteen. (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.)

5 Päihdekuntoutus

5.1 Päihdekuntoutuksen järjestäminen

Päihdeongelmista toipumiseen vaaditaan yleensä usean erityyppisen avun hyö-dyntämistä, sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden lisäksi tarvitaan itsehoitoa sekä vertaistukea. Joitakin hoitopalveluita löytyy myös internetistä. Päihdeongel-mainen voi saada erityisosaamista hoitoon ja kuntoutukseen etenkin A-klinikoilta, nuorisoasemilta sekä vastaavista avohoitoa tarjoavista päihdehuollon- tai päih-depsykiatrian yksiköistä, sekä mielenterveyspalveluista. Pitkäkestoisella päihde-kuntoutuksella pyritään auttamaan päihderiippuvuudesta toipumista, sekä selviy-tymistä riippuvuuden aiheuttamista elämäntilanteen ongelmista. Jälkikuntoutuk-sella tarkoitetaan päihderiippuvuudesta toipuvan ihmisen itsenäisen elämän tu-

kemista, jolloin helpotetaan rakentamaan uutta arkea päihteiden käytön lopettamisen jälkeen. Kuntoutusta ja jälkikuntoutusta on mahdollista suorittaa myös sosiaalihuoltolain määrittämässä tuki- tai palveluasunnoissa. Tukiasunnoksi voidaan laskea asunto asuntoryhmästä tai yksittäinen asunto. Palveluasunnot ovat asumisyksiköiden asuntoja, joissa on mahdollista saada päivittäistä tukea ja apua itsenäisen suoriutumisen mahdollistamiseksi. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Psykososiaalista kuntoutusta tai hoitoa täytyy tarjota jokaiselle huumeriippuvaiselle. Potilaan ja keskeisten toimijoiden yhteistyönä sovitaan vastuualueet ja laaditaan kokonaissuunnitelma. (Käypä hoito 2018a.) Kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yksikössä voi tunnistaa ja ottaa puheeksi päihdeongelmien tai päihteiden käytön pulmia jo varhaisessa vaiheessa antaen tukea, jotta mahdolliset ongelmat saataisiin ratkaistua käyttäjän omin voimin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.) Päihdehuoltolain (41/1986) nojalla kuntien tehtävä on järjestää asiallinen ja riittävä hoito päihderiippuvaiselle sekä heidän omaisilleen. Päihdeongelmaisia hoidetaan suomessa terveydenhuollossa, sosiaalitoimessa sekä päihdehuoltoa tarjoavissa erityispalveluyksiköissä. Myös kansalaisjärjestöillä on merkittävä rooli. (Käypä hoito 2018a.)

Katkaisuhoidon tarkoituksena on keskeyttää päihdeaineiden käyttökierre sekä luoda toipumiselle hyviä edellytyksiä. Pidempiaikaisella kuntoutuksella edistetään toipumista päihderiippuvuudesta ja parannetaan selviytymistä päihteiden käytön aiheuttamista pitkäaikaisista elämäntilanteen ongelmista. Myös avokuntoutuksen ja -hoidon tukena voi hyödyntää ympärivuorokautisia päihdekuntoutuksen jaksoja sekä katkaisuhoidoa. Jälkikuntoutuksella pyritään helpottamaan kuntoutujan itsenäistä elämää sekä arjen rakentamista uudestaan, kun päihteiden käyttö on jo loppunut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.)

Vertaistuella on suuri merkitys kuntoutuksessa monelle päihderiippuvaiselle riippuvuudesta kuntoutuessaan. Vertaistukea voidaan hyödyntää kuntoutuksen lisäksi myös koko hoitoprosessin aikana tai olla hyödyntämättä ollenkaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b.) Suomessa vertaistukiryhmiä järjestetään

päihdeongelmallisille sekä heidän läheisilleen. Vertaisryhmissä saatua tukea, hyväksymistä ja yhteenkuuluvuuden tunnetta on koettu vahvistavan itseluottamusta ja lisäävän voimia. (Päihdelinkki 2019b.) Esimerkkinä vertaistukiryhmästä on AA (Alcoholics Anonymous), suomeksi Nimettömät Alkoholistit. Se on kansainvälinen järjestö miehille sekä naisille, joilla on tai on ollut alkoholiongelmaa. Se ei ole ammatillinen vaan itsenäinen, monikansallinen, politiikasta ja yhteiskunnasta riippumaton järjestö kaikille vapaaehtoisille, joilla on halukkuutta vaikuttaa alkoholi-ongelmaansa. (Alcoholics Anonymous 2020.) Suomessa AA-kokoontumisissa tai siihen kuulumisessa ei ole jäsen- tai pääsymaksuja, ainoastaan vapaaehtoinen maksu. Tapaamisten ajankohdat ja lisätiedot löytyvät aina AA:n kotisivuilta. (Nimettömät Alkoholistit.)

Kokemusasiantuntijaksi määritellään henkilö, joka on käynyt kokemusasiantuntijakoulutuksen, sekä omaa omakohtaisen kokemuksen kyseisestä elämäntilanteesta, sairaudesta tai kriisistä. He ovat joko itse sairastamassa, kuntoutumassa siitä, käyttämässä palvelua tai ovat läheisenä. Kokemusasiantuntijuudella on myönteisiä vaikutuksia asenteisiin sairauksien kohdalla. Monilla järjestöillä tämä on pysyvä osa heidän toiminnassaan. Heitä näkee toimimassa esimerkiksi ryhmänohjaajan työparina tai vertaisohjaamassa itse vertaistukiryhmää, oppilaitoksissa ja erilaisissa koulutustilaisuuksissa kokemuskouluttajana, tiedottajina, kehittämistehtävissä sekä arvioijina palveluiden toimivuudesta hakemalla niistä itse kokemusta. (Kostiainen, Ahonen, Verho, Rissanen & Rotko 2014, 6.)

5.2 Korvaushoito

Opioidikorvaushoidon arvio tulisi tehdä jokaiselle opioidiriippuvaiselle riippumatta heidän asuinpaikastaan (Käypä hoito 2018b). Korvaushoito aloitetaan asetuksen 33/2008 mukaisesti potilaalle, jolla on todettu opioidiriippuvuus ja hän ei ole siitä vieroittunut (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008). Korvaushoito voidaan aloittaa myös, kun on tarve parantaa elämänlaatua tai tarve opioidien käytöstä johtuvien haittojen vähentämiselle. Avohoidon tulisi ensisijaisesti aloittaa korvaus- ja vieroitushoito. Mikäli potilas on hyvin edistynyt, opioidiriippuvaiselle on mahdollista

toimittaa naloksoni- tai buprenorfiinivalmistetta apteekista. (Heinälä, Kuoppasalmi & Lönnqvist 2017.) Opioidikorvaushoitoon liitetään psykososiaalista hoitoa, joka on yksilöllisesti suunniteltua. Psykososiaalinen hoito yhdistettynä opioidikorvaushoitoon lisää raittiutta ja vähentää oheiskäyttöä. (Käypä hoito 2018b.)

Hoito perustuu hoitosuunnitelmaan, jossa määritetään tavoitteet hoidolle, psykososiaalinen ja lääketieteellinen hoito, seuranta ja kuntoutus. Korvaushoidossa tavoite tulisi asettaa hoidon alussa ja tarpeen mukaan tarkistaa. Erityisesti henkilöille, jotka ei todennäköisesti tule lopettamaan huumeiden käyttöä kokonaan, tulisi asettaa tavoitteeksi haittojen vähentäminen. Näiden henkilöiden kohdalla pystytään todennäköisesti ehkäisemään tartuntatautien leviämistä, muita terveydellisiä haittoja ja heidän elämänlaatua pystytään parantamaan ja valmentamaan vaativampaan korvaushoitoon. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 33/2008.) Hoitosopimusta voidaan käyttää hoidon tukena, jonka tarkoituksena on parantaa hoitotulosta ja potilaan hoitoon sitoutumista (Käypä hoito 2018b).

Metadoni ja naloksoni/buprenorfiinikorvaushoito kestää yleensä pitkään, koska vain harvat pystyvät lopettamaan metadonin niin, että pitkään kestänyt päihteen aika eli remissio seuraisi agonistihoidoa (Heinälä ym. 2017). Korvaushoito pyritään toteuttamaan potilaan asuinpaikan lähellä hoidon pitkäkestoisuuden takia (Käypä hoito 2018). Metadonia käytettäessä oikea annos stabiloidaan nostamalla annosta neljän tunnin välein 10 mg kerrallaan niin kauan, kun vieroitusoireita ei enää havaita. Vuorokauden annoksen pienennys tapahtuu vähitellen: alkuun 5 mg kerrallaan ja 2–3 mg kerrallaan lopussa. Tämä vieroitusvaihe voi kestää muutamista vuorokausista noin yhteen kuukauteen saakka. Naltreksonivieroitus tehdään nukutuksessa ja se mahdollistaa lyhyessä ajassa toleranssin heikentämisen. Nukutuksen tarkoituksena on peittää vaikein vaihe vieroituksesta. Tämä menetelmä mahdollistaa osalle potilaista vieroituksen jo 1–3 vuorokaudessa. Nukutuksessa suoritettavaan naltreksonivieroitukseen sisältyy kuitenkin anestesian aiheuttamat riskit, jonka takia tämä soveltuu vain harvoille potilaista. (Heinälä ym. 2017.)

Olemassa on myös monivaiheisia vieroitushoitoja esimerkiksi heroiinin ja meta-donin käyttäjille. Heille voidaan antaa ensiksi buprenorfiinia, jonka jälkeen jatke-taan vieroitusta lofeniksidiinin ja naltreksonin yhteiskäytöllä tai klonidiinillä. Moni-vaiheista vieroitushoitoa käyttäessä ensimmäisen kolmen kuukauden kuluessa tapahtuu retkahduksia eniten ja ainakin kaksi kolmasosaa retkahtaa uudelleen käyttämään opioideja kuuden kuukauden kuluessa. (Heinälä ym. 2017.)

Vuonna 2015 tehdyn tutkimuksen mukaan opioidivieroitus- ja korvaushoidossa oli 3329 potilasta, joka oli 36 % enemmän edelliseen tutkimukseen 2011 verrat-tuna. Potilaista 64 % kävi kuntouttavassa korvaushoidossa ja 28 % haittoja vä-hentävässä. Opioidikorvaushoito potilaita hoidettiin 75 % päihdehuollon erityis-palveluyksiköissä, 17 % terveyskeskuksissa, 6 % erikoissairaanhoidossa sekä 2 % vankilan terveydenhuollossa. (Partanen, Alho, Forsell, Kotovirta, Kuussaari, Mäkelä, Rönkä, Selin & Vormo 2017.)

6 Sairaanhoidajana päihdehoitotyössä

6.1 Päihdeasiakkaan kohtaaminen

Sairaanhoidajan on työssään suhtauduttava aina asiallisesti päihtyneeseen hen-kilöön. Se ei saa vaikuttaa asiakkaan hoidon tarpeen arvioon, hoidon järjestämi-seen, palvelujen saamiseen tai asiakkaan kohteluun. Päihtymyksen taustalla voi olla esimerkiksi yksinäisyyttä, ahdistusta, häpeää, masennusta, syyllisyyttä, ar-vottomuuden tai irrallisuuden tunnetta. Sairaanhoidajan ja asiakkaan luottamusta saa vahvistettua määrätietoisella, rauhallisella sekä eettisellä toiminnalla. Päih-tyneelle asiakkaalle on vuorovaikutuksella tavoitteena jättää turvallinen ja positii-vinen kokemus auttamiseksi tulemisesta. Työskennellessä päihtyneen kanssa sairaanhoidajan on vuorovaikutuksessa oltava rauhallisen empaattinen, johdon-mukainen, puheen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää, perustella kärsivällisesti hoidon faktoja sekä korostaa hoidon yhteisiä tavoitteita. Vuorovaikutuksessa ei saa näyttää alentuvaa suhtautumista toiseen, käyttäytyä itse uhkaavasti tai pro-

vosoivasti eikä saa itse provosoitua tai korottaa ääntään, ellei se tilanteen huomioiden ole välttämätöntä. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 233.)

Sairaanhoitajaliitto on laatinut sairaanhoitajan eettiset ohjeet vuonna 1996, sekä päivittää niitä jatkuvasti. Sen mukaan sairaanhoitajan tulisi auttaa väestöä terveyden edistämisessä ja ylläpitämisessä, ehkäistä sairauksia sekä lievittää kärsimystä. Sairaanhoitajan tulee auttaa ihmisiä ikää ja elämäntilannetta katsomatta, palvelen yksilöä, perhettä ja yhteisöä. Ihmistä kohdatessa pyritään lisäämään ja tukemaan näiden omia voimavaroja ja parantamaan elämänlaatua. Sairaanhoitaja kohtaa jokaisen potilaan arvokkaasti ihmisenä luoden hoitokulttuurin, jossa huomioidaan potilaan omat tavat, arvot sekä vakaumus. Potilaalle järjestetään mahdollisuus osallistua päätöksen tekoon omasta hoidosta, sekä heidän itsemääräämisoikeuttaan kunnioitetaan. Sairaanhoitaja kuuntelee ja kohtelee potilasta kuin omaa läheistään. Heidän hoitosuhteensa tulee perustua keskinäiseen luottamukseen sekä avoimeen vuorovaikutukseen. Jokaista potilasta on kohdeltava yhtä hyvin ja yksilöllisesti, sekä heitä kohtaan on toimittava oikeudenmukaisesti. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

Päihdepotilaan kohtaaminen toimii heijastuspintana sairaanhoitajan omiin tunteuksiin, kuten pelkoon, vihaan, ärtymykseen, ristiriitaan sekä eettiseen ajatteluun. Kunnioittava ammatillinen kohtaaminen apua tarvitsevaa ihmistä kohtaan on muistettava myös silloin, kun asiakas palaa toistuvasti hoitoon samojen ongelmien vuoksi eikä havaittavissa ole muutosta. Asiakkaalle jää jokaisesta positiivisesta kohtaamisesta myönteinen muistikuva, joka sopivan hetken tullen voi saada muutoksen aikaan. Positiivisia tuloksia ovat jo tässäkin vaiheessa haittojen väheneminen, kärsimyksen helpottaminen ja negatiivisen kehityksen hidastuminen. Hyvää asiakaslähtöisyyttä ilmentää sairaanhoitajan mielenkiinto kulkea potilaan tilanteen mukana, muttei kuitenkaan tarkoita samaa mieltä olemista eikä kaiken hyväksymistä. Tällainen tilanteeseen meneminen vaatii eläytymistä ja välittämistä, joka aiheuttaa hoitajalle kuormitusta, mahdollisesti jopa stressiä. Hoitajan on oltava tietoinen haavoittuvuudestaan ja omista ammatillisuuden, jaksamisen sekä osaamisen rajoista. Sairaanhoitajalla on oltava rohkeutta pyytää

apua haastavissa ja kuormittavissa tilanteissa. Taito iloita pienistäkin asioista ja olla näistä kiitollinen auttaa ihmistä jaksamaan. (Partanen ym. 2015, 176–177.)

Vuonna 2013 tehtiin kyselytutkimus, jonka aineisto muodostui kaikkien Suomessa päihdelääketieteeseen erikoistuneiden tai erikoistumassa olevien lääkäreiden vastauksista. Kyselyjä lähetettiin 101 kappaletta ja vastauksia saatiin 66 kappaletta. Tutkimukseen osallistuneiden lääkäreiden osoitetiedot olivat saatavissa Päihdelääketieteen yhdistyksestä ja Suomen Lääkäriliitosta. Tehdyn kyselytutkimuksen mukaan päihdelääkärit kohtelevat potilaita ammatillisesti. Päihdelääkärit antavat potilaille hoitoja terveydenhuollon yleisten eettisten periaatteiden mukaan. Päihdelääkäreistä 33 % kertoo, että päihdepotilaat ovat miltei aina tai melko usein hankalia. 31 % päihdelääkäreistä uskoo, että päihdepotilaat ovat sairauteensa itse syyllisiä. Tutkimuksen mukaan lääkärit, joilla ei ole suuttumusta päihdepotilaisiin ja ovat näiden potilaiden kanssa tekemisissä päivittäin, kokevat nämä harvemmin hankaliksi muihin lääkäreihin verrattuna. (Koivisto, Heinälä, Helminen & Seppä 2013.)

6.2 Alkoholiongelmaisen hoito

Alkoholitit, juopot ja juopuneet potilaat ovat rasittavia ja vaikeita potilaita. Yleistä näillä on sairaudet ja vammat. Asenteen täytyy silti säilyä ammatillisena. Alkoholien kulutus on yleistä ja ilman alkoholia yhteiskunta ei tule toimeen. Kaikille yhteiskunnalle ei voida määrätä mielialalääkkeitä ja rauhoittavia. Ihmiset tarvitsevat alkoholia ja koska alkoholi on huumeena todella huono, sattuu myös vahinkoja. Alkoholiin tulee himo, alkoholista tulee krapula ja siten se johtaa helposti yliannostukseen. Näiden takia hoitoammateissa toimivien on hyväksyttävä alkoholin vammat ja luovuttava vääristä asenteista, joita ovat paheksunta, aggressiot ja holhoaminen. Alkoholitien parissa työskennellessä työntekijä saa enemmän voimaa, kun hän ei petä itseään vaan mieltää, että aggressiiviset ja negatiiviset asenteet alkoholisteihin perustuvat halveksuntaan ja syrjintään, jota köyhiin ja alempiin sosiaaliryhmiin kohdistetaan ylemmän sosiaaliryhmän toimesta. Potilaalla on oikeus hoitoon aina. Alkoholitien on monesta syystä vaikea vaatia oikeuksiaan, mutta se ei kumoa heidän oikeuksiaan. (Airaksinen 2010, 572–573.)

Motivaation muutokset ja suuri retkahdusriski liittyvät riippuvuussairauksiin. Tärkein edellytys alkoholin käytön lopettamiselle tai vähentämiselle on motivaatio muutokseen itse potilaalla. Mikäli motivaatio muutokseen tulee muualta, muiden sanelemana tai painostuksesta on epätodennäköistä, että tavoitteisiin päästään. On muistettava, että potilaan motivaatio muutokseen vahvistuu, kun potilas kokee muutoksen mahdolliseksi ja tärkeäksi. Motivaatiota muutokseen pystytään tukemaan motivoivan haastattelun periaattein ja työottein. Tavoitteena haastattelulla on vahvistaa potilaan omaa motivaatiota muutokseen pohtimalla ja tutkimalla ongelmakäyttäytymisen sisältämää ristiriitaa, joka kattaa esimerkiksi alkoholin juonnin tuottamaa mielihyvää verrattuna alkoholin kielteisiin vaikutuksiin. Peruspilareita motivoivassa haastattelussa ovat myötätuntoinen ja empaattinen työote, herättely sekä muutosvalmiuden tukeminen ja vahvistaminen ja potilaan juomiseen liittyvien ristiriitojen tunnistaminen. Vuorovaikutuksessa käytetään tekniikkana yhteenvetoa, väittelyä avoimia ja tarkentavia kysymyksiä välttämällä tukien muutokseen pystymistä. Motivoiva haastattelu parantaa eri potilasryhmien myöntövyvyyttä hoitoon. (Castrén, Pakkanen & Alho 2015, 1497.)

6.3 Huumeongelman hoito

Sosiaalista huono-osaisuutta liittyy runsaasti huumeaineiden käyttöön. Selvä riskitekijä on erityisesti peruskoulun jälkeinen koulutuksen poisjäänti. Useat käyttäjät ovat sekakäyttäjiä ja hoidossa on kiinnitettävä tähän enemmän huomiota. Lisähuomiota vaativat myös liitännäissairaudet ja etenkin mielenterveysongelmat. Huumeidenkäyttäjien huomattava ylikuolleisuus vertailuväestöön verrattaessa on muistettava määriteltäessä kansanterveyden prioriteetteja. Keskimäärin vähän yli kolmekymmenvuotiaana sattuvat kuolemat ovat lähipiirin ja yksilön tragedia. Väestötasolla nämä vievät potentiaalisia elinvuosia valtavan määrän. (Kauhanen & Tiihonen 2017.)

Tavoitteena haittojen ehkäisyssä on pistosten harvennus, välineiden yhteiskäytön vähentäminen ja tämän myötä pienentää liitännäissairauksien ilmaantuvuutta

ja tarttumista. Haittojen ehkäisyn tavoitteena on myös kuolleisuuden pienentäminen. Terveyshaittojen ehkäisemiseksi suositellaan huumeidenkäyttäjille ilmaisjakeluna tehtävää puhtaiden pistosvälineiden jakamista tai vaihtamista ja hepatiitti A- ja B-rokotusten pistämistä. HIV:n ilmaantuvuus vähentyy puhtaiden pistovälineiden vaihdolla. HIV:n leviämisen voi olettaa pienentyvän, kun pistosvälineiden yhteiskäyttö vähenee. Terveysneuvontapisteissä motivoidaan hoitoon, annetaan ehkäisyneuvontaa, sosiaalista tukea ja hoidetaan myös vammoja. Muutamassa terveysneuvontapisteessä asiakkaita koulutetaan antamaan vertaisneuvontaa esimerkiksi yliannostilanteessa toimimisessa ja vähemmän haitallisesta pistostekniikasta. Lähelle käyttäjiä järjestettävä terveysneuvonta on HIV-infektioiden hoitoa edullisempaa. (Käypä Hoito 2018b.)

7 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa päihderiippuvaisille päihdepalvelukeskuksen palveluista helposti saatavaan muotoon hoitoonohjauksen helpottamiseksi. Opinnäytetyön tehtävänä on tuottaa Siun soten Päihdepalvelukeskukselle palveluesite. Esite annetaan Päihdepalvelukeskuksella uusille asiakkaille.

8 Opinnäytetyön menetelmälliset valinnat

8.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tavoitellaan ammatillisella puolen toiminnan opastamista, ohjeistamista, jonkin toiminnan suunnittelua ja järjestämistä, tai selvittämistä. Toiminnallisen opinnäytetyön kuuluu olla omaan ammattiin liittyvä, käytännönläheinen, työelämälähtöinen, toteutettu tutkimuksellisella asenteella sekä sen tulee osoittaa riittävää tietoa ja taitoa opinnäytetyön ammattialalta. Hyvän opinnäytetyön aihe syventää sen tekijöiden omaa ammattitaitoa, nousee

esiin oman koulutusalan opinnoista ja mahdollisesti luo yhteyksiä työelämän puolelle tai syventää jo valmiita jo yhteyksiä. Opinnäytetyöprosessi alkaa aiheen ideoinnilla, jonka jälkeen sen etenemisen helpottamiseksi tehdään opinnäytetyösuunnitelma. Toimintasuunnitelmassa kartoitetaan lähtötilanne, mikä on opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite, kohderyhmä, sekä kerrotaan opinnäytetyön tuotoksesta. Sen on oltava jokin konkreettinen tuotos esimerkiksi produkti, kansio, vihko, kotisivut, portfolio, opas, jokin tapahtuma tai tilaisuus. Toimintasuunnitelmaan kirjoitetaan myös tietoperusta, joka toimii opinnäytetyön tuotoksen teoreettisena tietopohjana, eli kaiken tuotoksessa olevan asian teoriatieto on löydyttävä toimintasuunnitelmasta. Tuotoksen teon jälkeen kirjoitetaan vielä raportti, jossa tuodaan esiin kaikki vaiheet tuotoksen kanssa ja pohditaan sen onnistumista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9–10, 16, 23, 26–27, 41,51, 96.)

8.2 Alkukartoitus ja toimintaympäristö

Opinnäyte päätettiin tehdä kahden samassa opintojen vaiheessa olevan sairaanhoitajaopiskelijan kesken. Opinnäytetyöprosessi aloitettiin pohtimalla molemmille tekijöille mielenkiintoisia aiheita. Yhteiseksi mielenkiinnon kohteeksi valikoitui mielenterveys- ja päihdehoitotyö. Halusimme valita aiheeksi ajankohtaisen aiheen, josta olisi hyötyä asiakkaille ja toimeksiantajalle. Tästä syystä olimme sähköpostitse yhteydessä Siun soten mielenterveys- ja päihdepalveluiden ylihoitajaan ja kysyimme, onko heillä tarvetta ammattikorkeakoulun opinnäytetyölle. Puhuimme hänen kanssaan toimeksiantomahdollisuuksista ja saimme Joensuun Päihdepalvelukeskuksen yhteystiedot ja heidän osastonhoitajaltaan toimeksianton. Heidän tarpeiden mukaan toimeksiannoksi muotoutui Siun soten Päihdepalvelukeskuksen tarjoamien palveluiden esittely, heidän asiakkaiden hoitoonohjauksen parantamiseksi. Aiheen valittuamme kävimme tutustumassa Päihdepalvelukeskuksen toimintaan ja palveluihin.

Päihdepalvelukeskus on Joensuussa Siilaisella sijaitseva päihde- ja mielenterveyspalveluita tarjoava yksikkö. Se tarjoaa avopalveluita kaiken ikäisille Joensuun seudun päihdeongelmallisille, päihdeongelmaisten läheisille sekä toiminnal-

lisistä riippuvuuksista kärsiville. Päihdepalvelukeskuksella järjestetään myös laitospalveluita, mutta tämä on tarkoitettu vain täysi-ikäisille. Laitospalvelut ovat koko maakunnan käytettävissä. Tarjotut avopalvelut voidaan jakaa kuuteen palveluun. Avovastaanotolla voi ajanvarauksella käydä yksilötapaamisessa lääkäreiden, sairaanhoitajien, sosiaaliohjaajien, lähihoitajien ja päihdetyöntekijöiden kanssa. Opioidikorvaushoitoa tarjotaan Joensuun kantakaupungin alueen asiakkaille. Ryhmämuotoisessa hoidossa pidetään työntekijän toimesta ryhmätoimintaa. Toiminnallisissa ryhmissä harjoitellaan elämäntaitoja ja niissä on aktiviteetteja. Näitä ryhmiä toteutetaan yhteistyössä eri yhdistysten kanssa. Liikkuvaa työtä toteutetaan Päihdepalvelukeskuksen ulkopuolella asiakkaan kotona tai muualla sovitussa ympäristössä. Terveysneuvonnan palveluihin kuuluu esimerkiksi nimeäntöntä ruiskujen vaihtoa, terveysneuvontaa sekä juttelua työntekijöiden kanssa. Terveysneuvonta Vinkki on avoinna Päihdepalvelukeskuksella tiistaisin klo 14-16. Hoitoon hakeudutaan hoitokoordinaattorin kautta, josta neuvotaan ja varataan tarvittavat ajat asiointiin. (Vainiomäki 2020.)

Avopalveluiden lisäksi on laitospalveluiden kahdeksanpaikkainen päihdeosasto. Päihdeosasto sijaitsee Päihdepalvelukeskuksen tiloissa, siellä tarjotaan ympärivuorokautista hoitoa maakunnan asiakkaille. Osastojaksoille hakeudutaan aina oman alueen mielenterveys- ja päihdepalveluiden avopalveluiden työntekijän kautta, ja osastolle tullaan vain ennalta sovituille jaksoille. (Vainiomäki 2020.)

8.3 Esitteen suunnittelu

Lopullisena tuotoksena toiminnallisessa opinnäytetyössä on aina jotain konkreettista, kuten ohjeistus, kirja, portfolio, esittely- tai messuosasto, tietopaketti tai tapahtuma. Näiden takia raportoinnissa käsitellään käytettyjä keinoja, joilla konkreettinen tuotos on saavutettu. Kaikissa toiminnallisissa opinnäytetyöissä yritetään visuaalisin tai viestinnällisin keinoin luoda kokonaisilme, jonka myötä voidaan tunnistaa tavoitteeksi asetetut päämäärät. Mikäli opinnäytetyön toiminnallinen tuotos sisältää tekstiä, on se suunniteltava kohderyhmää palvelevaksi ja muokattava ilmaisu tekstin tavoitetta, viestintätilannetta, sisältöä, vastaanottajaa ja tekstilajia palvelevaksi. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 51.)

Tavoitteena tuotoksessa on, että se erottuu edukseen muista vastaavista tuotoksista. Tuotoksen tulisi olla persoonallisen ja yksilöllisen näköinen. Siksi pohdittavana tuotoksen tekijöillä on, minkälaisen huomioarvon tuotos suunnitellussa muodossa kohderyhmässä saa. Ensisijaiset kriteerit opinnäytetyössä ovat tuotoksen käytettävyys käyttöympäristössä ja kohderyhmässä, tuotoksen uusi muoto, sopivuus kohderyhmälle asiasisällön osalta, tuotoksen houkuttelevuus, selkeys, informatiivisuus ja tuotoksen johdonmukaisuus. Oppaiden, käsikirjojen, tietopakettien sekä ohjeistusten kohdalla erityisessä asemassa on lähdekritiikki. Pohdittavana tekijöillä on, mistä oppaan tiedot on hankittu. Tekijöiden on kuvattava, kuinka on varmistettu käytetyn tiedon luotettavuus ja informatiivisuus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 53.)

Hyvässä kirjallisessa esitteessä on helposti luettava ja riittävän suuri kirjaisintyyppi, myös tekstin asettelun ja jaottelun on oltavaa selkeää. Jos esitteessä on ymmärtämisen helpottamiseksi kaavioita, kuvioita, kuvia tai taulukoita, tulee niiden olla ymmärrettäviä, mielenkiintoa herättäviä, tarkkoja sekä objektiivisiä. Tärkeimpiä asioita voidaan painottaa esitteen tekstistä esimerkiksi alleviivauksilla, värityksellä tai erikokoisella tekstillä. (Kyngäs, Kääriäinen, poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 127.) Sähköinen esite on käyttäjällä helpommin hallittavissa sekä sitä voidaan päivittää ja pitää ajan tasalla paperista versiota helpommin (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 60).

8.4 Esitteen toteutus

Teoriapohjan tekemisen jälkeen aloimme tehdä esitettä yhteistyössä Siun soten Päihdepalvelukeskuksen kanssa. Kun olimme tehneet luonnoksen esitteestä, pidimme palaverin Päihdepalvelukeskuksen palveluesimiehen kanssa. Saimme reaaliaikaista tietoa heidän palveluistaan esitteeseen, sekä kyselimme heidän toiveitaan esitteen ulkomuodon suhteen. Päätimme tehdä esitteen vaakatasoon kaksipuoleisen A4-arkin kokoiseksi, joka taitellaan kolmeen osaan. Esitteen hahmottelun ja suunnittelun aloitimme heti Microsoft World -ohjelmalla, jotta se on myöhemminkin helposti muokattavissa ajankohtaiseksi. Microsoft-ohjelmat ovat

meillä koulun puolesta käytössä sekä myöskin Siun sotella, jolloin kaikkien osapuolten on mahdollista tehdä esitettä kyseisellä ohjelmalla. Esite suunnitellaan tietokoneella sähköiseen tiedostoon, mutta käyttäjille se on tarkoitus tulostaa paperillisena esitteenä.

Huomioimme esitteen teossa kohderyhmän, joka on Päihdepalvelukeskuksen päihdeasiakkaat. Kohderyhmän erityispiirteet huomioiden esitteestä tehtiin mahdollisimman selkeä ja johdonmukainen. Jaottelimme esitteen tekstiä otsikoinnilla, sekä korostimme lihavoinnilla tärkeitä avainasioita. Erityisesti esitteessä haluttiin korostaa hoitoon hakeutumista hoitokoordinaattorin kautta, joten lokeroimme tämän tiedon erilliseen lokeroon selkeyden vuoksi. Esitteeseen kokosimme Päihdepalvelukeskuksen toiveesta myös kolme linkkiä muiden toimijoiden verkkosivuille, josta heidän asiakkaansa saavat hyödyllistä lisätietoa. Esitteen fontiksi valitsimme Calibrin, sillä se on selkeä ja ajattoman näköinen. Esitteen teemaväriksi muodostui vihreä, jolla saimme jaettua esitteen selkeästi kolmeen osaan ja samalla siitä esteettisemmän näköisen. Myös etusivulle valittu apilan kuva sopi värimaailmaan, sekä oli riittävän neutraali ja miellyttävä kuva esitteeseen. Kuva on otettu Pixabay-sivustolta.

Esite toimitettiin kommentoitavaksi toimeksiantajalle, joka palautti sen meille kommentein ja muokkauksin. Esitteen virheet korjattiin ja se liitettiin osaksi tätä raporttia (Liite 1). Saimme tarvittavat tiedot napakaksi paketiksi ja muotoilu onnistui pitkän säätämisen jälkeen, jotta paperin taitokset menevät osioiden rajojen mukaisesti. Tiedosto jätettiin muokattavaan sähköiseen muotoon, jotta päihdepalvelukeskus pystyy tulevaisuudessa itse muokkaamaan esitettä ja pitämään sen ajan tasalla, sekä tulostamaan siitä uusia paperillisia esitteitä. Esitteen luovutuksen jälkeen vastuu sen päivittämisestä ajantasaiseksi jää toimeksiantajalle.

9 Luotettavuus ja eettisyys

Toiminnallisen opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereillä (Karelia ammattikorkeakoulu 2018). Kriteerit ovat siirrettävyys, uskottavuus, refleksiivisyys sekä vahvistettavuus (Kylmä & Juvakka 2017, 127).

Uskottavuudella tarkoitetaan tuloksien selkeää kuvausta, jolloin lukija ymmärtää kuinka analyysi tehtiin ja mitkä ovat olleet tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet, jolloin tutkimuksen kaikki vaiheet ovat selvästi näkyvillä. Uskottavuuteen vaikuttaa myös tulosten ja aineiston laaja avaaminen tekstissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.) Uskottavuutta pystytään vahvistamaan keskustellen muiden kanssa, jotka osallistuvat samaan työhön. Työn uskottavuutta voidaan vahvistaa myös, kun työskennellään riittävän pitkän aiheen kanssa. Refleksiivisyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tekijä on tietoinen lähtökohdistaan työn tekijänä. Tekijän tulee arvioida sitä, kuinka hän vaikuttaa aineistoon ja koko prosessiin. Lähtökohdat on kirjattava raporttiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 128-129.) Opinnäytetyön edetessä olemme saaneet itse lisää tietoa ja taitoa aihealueeseen liittyen ja prosessin edetessä on päätetty mitä oleellista tietoa otamme mukaan työhömmme. Aihe on rajautunut jo alussa toimeksiantajan toiveiden mukaan, sekä myöhemmin vielä tulevan tiedon mukaan teoriaa on rajattu Päihdepalvelukeskuksen tarjoamien palveluiden mukaan. Tietoa on etsitty monipuolisesti erilaisista lähteistä, tiedon alkuperä on esillä lähdeviitteissä ja –luettelossa sen uudelleen löytämiseksi.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan, että samat tulokset ovat saatavilla toisen tutkijan tekemänä eri tutkimusympäristössä. Se vaatii tarkkaa tutkimusprosessin kuvausta. Tämän varmistamiseksi koko tutkimuksen prosessi ja sen vaiheet on oltava selkeästi ja yksityiskohtaisesti esillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 198.) Vahvistettavuudella arvioidaan opinnäytetyön prosessia. Koko prosessi tulee kirjata tarkasti, että kaikki vaiheet opinnäytetyössä näkyvät raportissa. Tehtyjä muistiinpanoja tulee hyödyntää prosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Tämä opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä, joten varsinaista tutkimusta opinnäytetyössä ei tehty. Prosessin aikana on laajasti tarkasteltu olemassa olevaa tietoa aiheesta, josta valitut asiat on otettu mukaan työhön. Koko prosessi on avattu selkeästi raportissamme, jossa tulee

esiin kaikki tämän opinnäytetyön työvaiheet. Työvaiheet on avattu, jotta työskentely tapamme olisi mahdollisimman näkyvänä raporttia lukeville.

Kaikessa tieteellisessä toiminnassa lähtökohtana on, että se on eettisesti oikein tehty (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Opinnäytetöitä tehdessä merkittäviä ovat eettiset seikat. Eettisissä kysymyksissä epäonnistuminen voi viedä koko työtä pohjan. (Kylmä & Juvakka 2007, 139.) Tieteellinen tutkimus on luotettava ja eettisesti hyväksyttävä, sekä sen tulokset uskottavia ainoastaan, mikäli tutkimus suoritetaan tavalla, jota hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6). Eettisyys on huomioitu opinnäytetyötä tehdessämme. Olemme työskennelleet samojen ihmisten kanssa Päihdepalvelukeskuksella koko prosessin ajan, joka on osaltaan helpottanut asioiden hallintaa. Kohderyhmän kanssa opinnäytetyötä tehdessä ei ole oltu yhteydessä tai kontaktissa, kaikki tieto kohderyhmästä on kerätty tietoperustaan jo olemassa olevan tiedon pohjalta. Myös reaaliaikaista tietoa täsmennettynä Joensuun Päihdepalvelukeskuksen asiakkaista olemme saaneet toimeksiantajaltamme suullisesti. Eettisyyttä lisää myös prosessin läpinäkyvyys, joka on avattu tässä raportissa.

Tutkimuksessa tulee noudattaa hyvän tieteellisen käytännön mukaan rehellisyyttä, tarkkuutta tutkimustyössä ja yleistä huolellisuutta, tulosten esittämisessä ja tallentamisessa ja näiden tulosten arvioinnissa. Muiden tutkijoiden saavutukset ja työt otetaan huomioon asianmukaisella tavalla, että niitä kunnioitetaan ja heidän julkaisuihinsa viitataan oikealla tavalla. Muiden tutkijoiden saavutuksille on annettava niille kuuluva merkitys ja arvo omassa työssä ja julkaistaessa sen tuloksia. Tutkimus tulee suunnitella ja toteuttaa sekä siitä on tehtävä raportti. Tarvittavat tutkimusluvut on hankittava ennen tutkimuksen aloitusta. Tutkimuksen suorittaminen ja rahoituslähteet ilmoitetaan tutkimukseen osallistuville ja asianosaisille. Tutkimuksen tuloksia julkaistaessa on myös rahoituslähteistä raportoitava. Ensisijaisesti tutkijat tai tutkimusryhmään kuuluva jäsen vastaa noudattavansa hyvää tieteellistä käytäntöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6–7.)

Erillistä rahoitusta ei prosessissa tarvittu, esitteiden tulostaminen paperilliseksi jää toimeksiantajalle. Opinnäytetyötä tehdessä on kunnioitettu käytetyn tiedon

hankkijoita, ja lähteet ovat Karelia-ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaan kirjattuna. Käytettyjen lähteiden laatua on arvioitu niitä käytettäessä, osa käytetyistä lähteistä on kuitenkin ollut yli kymmenen vuotta vanhoja. Tällaista lähdettä on käytetty muuttumattoman tiedon suhteen, esimerkiksi 1996 julkaistujen sairaanhoitajan eettisten ohjeiden kohdalla. Tutkimuksissa ja muissa lähteissä on aina pyritty etsimään se uusin ja tuoreimman tiedon sisällään pitävä versio.

Huono hallinta tieteenalassa ja huolimattomuus tulosten kirjaamisessa, raportoinnissa, säilytyksessä ja tutkimuksen suorittamisessa ovat merkkejä tutkijan huonosta ammattitaidosta. Niillä on heikentävä ja jopa mitätöivä vaikutus tulosten luotettavuuteen ja tutkimukseen. Loukkauksilla, jotka liittyvät hyvään tieteelliseen käytäntöön, tarkoitetaan epärehellistä ja epäeettistä toimintaa. Loukkaukset, jotka jaetaan kahteen kategoriaan ovat hyvän tieteellisen käytännön piittaamattomuus ja tieteellisen toiminnan vilppi. Piittaamattomuudella tarkoitetaan holtittomuutta ja törkeitä laiminlyöntejä tutkimuksen eri vaiheissa. Piittaamattomuutta on esimerkiksi muiden tutkijoiden vähättely julkaisussa, muiden tutkijoiden mainitsematta jättäminen, epäasiallinen tai puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tuloksiin tutkimuksissa, käytettyjen menetelmien tai tutkimustulosten harhaanjohtava ja huolimaton raportointi tai julkaistaan samat tulokset useita kertoja niin sanotusti uutena. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8.)

Opinnäytetyön tekemisen kaikissa vaiheissa on pyritty ottamaan asiat laajasti huomioon, laiminlyömättä mitään prosessin tai raportin kannalta oleellista osaluetta. Raportissa on aiemmin jo kerrottu lähdeviitteiden ja -luettelon olevan Karelia-ammattikorkeakoulun ohjeistuksen mukaiset, jolloin tiedon alkuperäinen lähde ja tekijät/tutkijat ovat löydettävissä. Tekijät ovat tehneet kunnioitettavaa yhteistyötä koko prosessin ajan. Tuloksia ja raporttia on käyty usean kerran yhteistyössä pohtien läpi ja molemmat tekijät ovat tasapuolisesti osallistuneet prosessin vaiheisiin.

Vilpillä tarkoitetaan sepittämistä, havaintojen vääristelyä, plagiointia ja anastamista. Sepittämisellä tarkoitetaan havaintojen tekaisemistä ja niiden esittämistä tiedeyhteisölle. Sepitetyt havainnot ei ole tutkimusraportissa kuvatulla menetelmällä tai tavalla tehty. Tekaistujen tulosten esittäminen raportoinnissa on myös

sepittämistä. Havaintojen vääristelyllä tarkoitetaan havaintojen tahallista muokkaamista tai niiden esittämistä niin, että havaintojen tulos vääristyy. Tulosten vääristely tarkoittaa tutkimustulosten tieteellisesti perusteetonta valikointia tai muuttamista. Tulosten esittämättä jättäminen on myös tulosten vääristelyä. Plagioinnilla tarkoitetaan luvaton lainaamista, jolloin esitetään toisen henkilön tuotoksen tietoa omana tietona. Anastaminen tarkoittaa toisen henkilön tutkimusidean, -suunnitelman, -tuloksen, -aineiston tai -havaintojen käyttämistä tai oikeudetonta esittämistä omilla nimissään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 8–9.) Opinnäytetyössä esille tuotua tietoa emme esitä omana tietonamme, vaan olemme selkeästi tuoneet tekijät esille viitteissä. Lähteiden tietoa ei ole lähdetty sepittämään tai muuttamaan, vaan tieto on tuotu muuttumattomana tähän työhön. Lähteistä tuotu tieto on tarkistettavissa alkuperäisiin lähteisiin verraten paikansapitäväksi, tiedon keräämisessä ja käyttämisessä on huomioitu tekijän kunnioitus ja plagiointi.

Huomioimme salassapitovelvollisuuden ja anonyymiteetin koko opinnäytetyön prosessin ajan ja sen jälkeen. Tuomme raportissa esille vain oleellista tietoa organisaatiosta, emmekä levitä tietoa muualle.

10 Pohdinta

10.1 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusmahdollisuudet

Alkoholin ja huumeiden käytöstä Suomessa on tehty ajan saatossa useita tutkimuksia ja tilastoja, joista osaa on käytetty lähteenä myös tässä opinnäytetyössä. Näiden tutkimusten mukaan suomalaisten alkoholinkäyttö on vähentynyt, mutta huumausaine kokeilut ja -käyttö ovat lisääntyneet, joten päihdepalvelut nousevat mielestämme entisestään suurempaan rooliin.

Opinnäytetyö on mielestämme ajankohtainen ja muokattavuutensa vuoksi se on hyödynnettävissä myös myöhemmin. Produktin avulla saimme koottua tietoa

Päihdepalvelukeskuksesta helposti saatavaan muotoon. Siun soten Päihdepalvelukeskuksella ei ollut ennestään tietoa omista palveluistaan verkossa eikä paperilla, joten nyt he saivat esitteen omista palveluistaan hoitoonohjauksen helpottamiseksi.

Pääsimme asettamaamme opinnäytetyön tavoitteeseen tiedon tuottamisesta helposti saatavaan muotoon, joka toteutui esitteen muodossa. Nyt Päihdepalvelukeskuksella on mahdollisuus antaa tekemämme esite asiakkaalle itselleen, joista asiakkaat näkevät heidän tarjoamat palvelut ja kuinka niihin hakeudutaan. Tämä edistää mielestämme asiakkaiden hoitoonohjausta, koska tieto palveluista on saatavilla aiempaa helpommin. Tämän uskoisimme myös madaltavan kynnystä hoitoon hakeutumisessa. Jatkokehittämissideana tai jatkotutkimuksena olisi esimerkiksi mahdollista tutkia, millaisia vaikutuksia esitteellä oli Päihdepalvelukeskuksen asiakkaiden hoitoonohjaukseen tai onko hoitoonohjausta tarpeen parantaa esitteen lisäksi muullakin tavalla.

10.2 Ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen venyi suunniteltua pidemmäksi prosessiksi. Opinnäytetyötä tehtiin noin 1,5 vuoden ajan. Opinnäytetyön prosessia hidasti molempien tekijöiden työssäkäynti opintojen aikana ja toisella tekijöistä tuli perheeseen jälki-kasvu. Opinnäytetyön aikana oli pidempiäkin taukoja, jolloin työ ei juurikaan edennyt. Yhteistä aikaa työn tekemiselle löydettiin kuitenkin arjen välistä ja motivaatiota opinnäytetyön tekemiseen piti yllä molemmille mieleinen aihe. Yhteistyö opinnäytetyön aikana on sujunut erinomaisesti ja olemme oppineet tuntemaan toisiamme paremmin. Molempien panostus on ollut prosessin aikana samalla tasolla ja olemme tyytyväisiä yhteistyöhömmme. Microsoft Word -ohjelman käyttäminen ja Karelian asettamien opinnäytetyön asetusten ja muotoilujen toteuttaminen tuotti pientä ongelmaa. Työn tekeminen kehitti meidän raporttien laatimista ja atk-taitoja.

Ammatillisesti kehityimme paljon opinnäytetyön tekemisen aikana. Etenkin tutkitun tiedon etsiminen kehittyi molemmilla tekijöillä. Opimme yleisimmin käytetyistä

päihteistä ja niiden vaikutusmekanismeista, sekä saimme runsaasti tietoa Suomen päihdepalvelujärjestelmästä ja suomalaisten päihteiden käytöstä. Päihteiden käytön yleisyys yllätti molemmat etenkin huumeiden osalta.

Paremmiin opinnäytetyön prosessissa olisimme voineet suunnitella aikataulun. Aikataulun heikko suunnittelu aiheutti prosessissa pitkiäkin taukoja, joka viivästytti opinnäytetyön valmistumista. Mikäli prosessi aloitettaisiin uudelleen, niin panostaisimme paremmiin aikatauluun ja tekisimme selkeän lukujärjestyksen, jonka mukaan tekisimme opinnäytetyötä eteenpäin. Kansainvälisiä tutkimuksia opinnäytetyön tietoperustassa ei ole käytetty lähteenä, mikä olisi parantanut työn luotettavuutta.

10.3 Esitteen tarkastelu

Tekijöiden mielestä esitteestä tuli houkuttelevan näköinen, esitteen värimaailma on rauhallinen ja väreillä saatiin selkeytettyä esitteen muotoilua. Esitteeseen saatiin tiivistettyä kaikki oleelliset tiedot ja muotoiltua se selkeäksi kohderyhmälle. Tähän haasteen toi esitteen koko, koska sen oli suunniteltu olevan kaksipuoleisen A4-kokoinen. Onnistuimme hyvin huomioimaan toimeksiantajamme toiveet esitteen suhteen ja saimme heiltä tarvitsemamme tuen esitteen viimeistelyä varten. Koimme tärkeäksi, että myös toimeksiantaja oli tyytyväinen esitteen sisältöön ja ulkoasuun, sillä tämä edesauttaa esitteen ottamista mukaan käytännön työhön.

Microsoft Word -ohjelma ei osoittautunut esitteen suunnittelun ja asetusten kannalta parhaimmaksi ohjelmaksi, mutta teimme esitteen kuitenkin kyseisellä ohjelmalla loppuun. Tällä saatiin varmistettua, että myös toimeksiantajalla on myöhemmin mahdollista päivittää esitettä ajantasaiseksi. Ohjelman käyttämisestä joutui prosessin aikana paljon opettelemaan, jotta kaikki osiot, tekstit ja kuva saatiin kunnolla asettumaan esitteeseen.

Toimeksiantajalta saadun palautteen mukaan esitteen ulkoasu ja väri oli mieleinen. Palveluiden sisältö oli saatu riittävän tiiviiksi huomioiden esitteen rajallinen

koko ja neliapilan kuva kannessa koettiin hyväksi ja toivoa herättäväksi symboliksi. Kysyimme toimeksiantajalta käyttökokemuksia esitteestä, mutta esitettä ei ole COVID-19 -tilanteen vuoksi saatu otettua käyttöön. Toimeksiantajan mukaan esitettä on tarkoitus antaa uusille asiakkaille, kun he tulevat Päihdepalvelukeskukselle, josta he näkevät selkeän kokonaiskuvan tarjolla olevista palveluista.

Lähteet

- Airaksinen, T. 2010. Hoidon etiikka ei saa horjua juoppojen kohdalla. *Lääkärilehti*, 65 (7), 572-573.
- Alho, H. 2015. Päihtymisen mekanismi. Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/neu00226/do?p_haku=paihde#q=paihde. 28.5.2019.
- Alkoholilaki 1102/2017.
- Alcoholics Anonymous. 2020. What Is A.A? https://www.aa.org/pages/en_US/what-is-aa. 17.1.2019.
- Castrén, S., Pakkanen, A-M. & Alho, H. 2015. Alkoholien ongelmakäytön tunnistaminen ja hoito. *Lääkärilehti*, 70 (21), 1497–1501.
- Duodecim. 2020. Lääketieteen termit. <https://www.terveysportti.fi/sovellukset/sanakirjat/#/q/riippuvainen>. 24.2.2020.
- Nurmi-Lüthje, I. & Lillsunde, P., 2018. Päihteet lisäävät tapaturmavaaraa. Käyttöön kannattaa hoitotilanteessa puuttua. *Lääkärilehti*, 73 (47) 2786–2791.
- Haravuori, H. & Raitasalo, K. 2017. Nuorison päihteidenkäytön trendit 200-luvulla. *Lääkärilehti*, 71 (34), 1782–1787.
- Heinälä, P., Kuoppasalmi, K. & Lönnqvist, J. 2017. Opioideihin liittyvät häiriöt. Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/pkr01810/do?p_haku=korvaushoito#T27. 29.5.2019.
- Huttunen, M. 2018. Alkoholien ja huumeiden väärinkäyttö. Duodecim. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00194. 26.11.2019.
- Hyytiä, P. 2018. Addiktion Neurobiologia. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2018/20/duo14556>. 26.11.2019.
- Härkönen, J., Mäkelä, P., Savonen, J. & Virtala, E. 2017. Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968–2016, juomatapatutkimusten tuloksia. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134585/URN_ISBN_978-952-302-873-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y. 17.1.2020.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018. Opinnäytetyön ohje. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje.pdf. 7.1.2019.
- Karjalainen, K., Hakkarainen, P. & Salasuo, M. 2019. Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet 2018. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137660/Suomalaisen_huumeiden_kaytto_ja_huumeasenteet_2018_tilastoportti.pdf?sequence=3&isAllowed=y. 17.01.2020.
- Kauhanen, J. & Tiihonen, J. 2017. Huumeiden terveysriskit Suomessa – voiko niitä hallita?. Duodecim. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2017/1/duo13488>. 24.2.2020.
- Koivisto, T., Heinälä, P., Helminen, M. & Seppä, K. 2013. Päihdelääkäreiden asenteet potilaitaan kohtaan. *Lääkärilehti*. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/paihdelaaakarien-asenteet-potilaitaan-kohtaan/>. 2.4.2020.

- Kostiainen, E., Ahonen, S., Verho, T., Rissanen P., & Rotko, T. 2014 Kokemukset käyttöön – kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Korpi, E.R., 2018. Alkoholi (etyylialkoholi, etanoli). Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/lft00136/do?p_haku=alkoholi#q=alkoholi. 4.6.2019.
- Koski-Jännes, A., 2009. Riippuvuus. Päihdelinkki. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/mielenterveys/riippuvuus>. 23.9.2019.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Kuoppasalmi, K., Heinälä, P. & Lönnqvist, L. 2019. Päihdehäiriöt. Duodecim. https://www.oppiportti.fi/op/pkr01800/do?p_haku=p%C3%A4ihde#q=p%C3%A4ihde. 22.8.2019.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Käypä hoito. 2018a. Alkoholiongelmaisen hoito. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50028#readmore>. 22.8.2019.
- Käypä hoito. 2018b. Huumeongelmaisen hoito. <https://www.kaypa-hoito.fi/hoi50041#readmore>. 24.2.2020.
- Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä 523/2015.
- Mäkelä, N., Partanen, A., Alho, H. & Kuussaari, K. 2019. Miten opioidikorvaushoidossa olevat eroavat muista päihdeasiakkaista?. Lääkärilehti. https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/miten-opioidikorvaushoidossa-olevat-eroavat-muista-paihdeasiakkaista/?utm_campaign=unspecified&utm_content=unspecified&utm_medium=email&utm_source=apsis-anp-3. 6.4.2020.
- Nimettömät Alkoholistit. Mitä AA on. <https://www.aa.fi/attachments/files/Mit%C3%A4%20AA%20on.pdf> 17.1.2019.
- Nurmi, T. & Rönkä, S., 2018. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136921/Tr31_18.pdf?sequence=5&isAllowed=y. 17.1.2019.
- Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>. 24.2.2020.
- Seppä, K., Aalto, M., Alho, H. & Kiiänmaa, K., 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Päihdepalvelut. <https://stm.fi/paihdepalvelut> 28.10.2019.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta erällä lääkkeillä 33/2008.
- Surakka, V-M. 2010. LSD ja muut hallusinogeenit. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-ja-muut-paihdyttavat-aineet/lsd-ja-muut-hallusinogeenit>. 7.11.2019.
- Tacke, U. 2009. Amfetamiini, metamfetamiini sekä muut piristeet. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-ja-muut-paihdyttavat-aineet/amfetamiini-metamfetamiini-seka-muut-piristeet>. 7.11.2019.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015b. Päihdehoito, kuntoutus ja arjen tuki. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut/paihdehoito-kuntoutus-ja-arjen-tuki>. 28.10.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015a. Päihdeongelmien tunnistaminen ja hoito. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut>. 24.09.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018a. Keskeiset käsitteet. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/keskeiset-kasitteet>. 22.8.2019.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018b. Riippuvuutta aiheuttavien aineiden vertailu. <https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/keskeiset-kasitteet/paihteiden-riippuvuus-vertailu>. 22.8.2019.
- Tilastokeskus. 2019. Huumeisiin ja alkoholiin kuolleita aiempaa enemmän. https://www.stat.fi/til/ksyyt/2018/ksyyt_2018_2019-12-16_tie_001_fi.html. 24.2.2020.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S., 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 19.2.2020.
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Partanen, A., Alho, H., Forsell, M., Kotovirta, E., Kuussaari, K., Mäkelä, N., Rönkä, S., Selin, J. & Vormaa, H. 2017. Opioidikorvaushoito ja laajentunut ja monipuolistunut. Lääkärilehti. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/opioidikorvaushoito-on-laajentunut-ja-monimuotoistunut/>. 7.4.2020.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
- Päihdelinkki. 2019a. Tietoa päihdehoidosta. <https://paihdelinkki.fi/fi/mista-apua/tietoa-paihdehoidosta>. 3.12.2019.
- Päihdelinkki. 2019b. Vertaistukiryhmät. <https://paihdelinkki.fi/fi/mista-apua/vertaistukiryhmat>. 17.1.2020.
- Vainiomäki, P., Päihdepalvelukeskuksen osastonhoitaja, Siun sote, 13.3.2020.
- Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Esite on tehty yhteistyössä Karelian ammattikorkeakoulun ja Päihdepalvelukeskuksen kanssa.

Tekijät:
Sairaanhoitajaopiskelijat
Nylander Henri ja Westman Aleks
Karelia ammattikorkeakoulu 2020
Etusivun kuva: Pixabay

Tämä esite on osa tekijöiden opinnäytetyötä ”PÄIHDERIIPPUVAISEN HOITONOHJAUS – Palveluiden esite Siun Soten Päihdepalvelukeskukselle”



Hyödyllisiä linkejä:

<https://www.jelli.fi/>

Kokoaa tietoa Pohjois-Karjalassa toimivista yhdistyksistä ja yhdistysten tarjoamasta toiminnasta, tuesta, tapahtumista, uutisista ja vapaaehtoistehtävistä.

<https://www.mielenterveystalo.fi/>

Kaikille avoinna olevasta Mielenterveystalosta löytyy tietoa, omahoito-ohjelmia, oppaita, oirenavigaattoreita sekä palveluhakuja.

<https://paihdelinkki.fi/>

Päihdelinkki-verkkopalvelu tarjoaa tietoa ja tukea päihteistä ja riippuvuuksista. Päihdelinkistä löytyy kattavan tietopankin lisäksi testejä, oma-apusältyjä, vertaistukea ja neuvontapalvelu. Palvelu on tarkoitettu päihteiden käyttäjille, läheisille ja kaikille riippuvuustiedosta kiinnostuneille.



Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Päihdepalvelukeskus
Noljakantie 17 B, 80130 Joensuu



Mikä on Päihdepalvelukeskus?

Päihdepalvelukeskus on päihde- ja mielenterveyspalveluita tarjoava yksikkö, jonka avopalvelut ovat tarkoitettu kaiken ikäisille päihdeongelmallisille, päihdeongelmaisen läheisille sekä toiminnallisista riippuvuuksista kärsiville. Laitoshoitoa järjestetään vain täysi-ikäisille. Avopalvelut ovat käytettävissä Joensuun seudun asiakkaille. Laitospalvelut ovat koko maakunnan käytettävissä.

**Hoitoon hakeudutaan
pääsääntöisesti
hoitokoordinaattorin kautta**

**Hoitokoordinaattori
013 330 2145
Ma-Pe 8-15:45**

Mitä avopalveluihin kuuluu?

Avovastaanotto on tarkoitettu yksilötapaamisiin ajanvarauksella. Vastaanottoja pitävät lääkärit, sairaanhoitajat, sosiaalihoitajat, lähihoitajat ja päihdetyöntekijät.

Opioidikorvaushoito, jota tarjotaan Joensuun kantakaupungin alueen asiakkaille.

Ryhmämuotoinen hoito painottuu ryhmätoimintoihin.

Toiminnalliset ryhmät, joissa harjoitellaan elämäntaitoja ja järjestetään aktiviteettejä. Näitä toteutetaan yhteistyössä eri yhdistysten kanssa.

Liikkuva työ, joka toteutetaan asiakkaan kotona tai muussa ympäristössä.

Terveysneuvonnan palvelut, joka on nimettömänä tapahtuvaa ruiskujen vaihtoa, terveysneuvontaa ja juttelua työntekijöiden kanssa. **Vinkki avoimena tiistaisin 14-16.**

Mitä laitospalveluihin kuuluu?

Päihdepalvelukeskuksen yhteydessä sijaitseva kahdeksanpaikkainen **päihdeosasto** on maakunnallinen ympärivuorokautista hoitoa tarjoava yksikkö. Osastojaksolle hakeudutaan aina oman alueen mielenterveys- ja päihdepalveluiden avopalveluiden työntekijän kautta. Päihdeosastolle tullaan ennalta sovitulle jaksolle.