

Mervi Hokka-Kräkin

Tiina Mikkonen


IKÄIHMISTEN
ALKOHOLIONGELMA- HAASTE
VANHUSPALVELUILLE?
Heinäveden päihdehoitopolku malli


Opinnäytetyö
Sosiaalialan koulutusohjelma



MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences		Opinnäytetyön päivämäärä 16.4.2007
Tekijä(t) Mervi Hokka-Kräkin Tiina Mikkonen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaalialan koulutusohjelma	
Nimeke Ikäihmisten alkoholiongelma - haaste vanhuspalveluille? Heinäveden päihdehoitopolku malli.		
Tiivistelmä Opinnäytetyömme ensimmäisenä tavoitteena oli kartoittaa vanhuspalveluissa työskentelevän henkilökunnan käsityksiä iäkkäitten ihmisten alkoholin käytöstä ja henkilökunnan koulutustarpeista. Kartoitus osoitti, että henkilöstö koki tarvitsevansa tukea ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamisessa. Henkilöstölle oli epäselvää, miten tilanteessa toimitaan, miten asia otetaan puheeksi iäkkään asiakkaan tai hänen omaistensa kanssa. Koulutustarvetta ilmeni perusasioista katkaisuhuopitotilaiden ongelmiin ja esim. alkoholidentiaan. Työntekijöille toivottiin yhtenäistä ja selkeää toimintamallia heidän kohdatessaan työssään ikäihminen, jolla on päihdeongelma. Kartoituksessa esille tulleeeseen koulutustarpeeseen Heinävedellä järjestettiin koulutus ”Päihdeidenkäyttö ja ikääntyminen” 12.4.2007. Kouluttajana toimi Leena Paasikannas Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskuksesta. Opinnäytetyömme toisena tavoitteena oli laatia kuntaamme yhtenäinen päihdetyökäytäntö vanhuspalveluihin, ns. päihdehoitopolku Päihdehoitopolulla tarkoitamme päihdeasiakkaan kohtaamista ja prosessia, joka johtaa päihdeasiakkaan alkoholin käytön vähentämiseen tai päihdeettömyyteen. Tavoitteena on myös saada ikääntyneiden päihdepalvelut osaksi vanhushuoltoa, jotta hoitoon olisi luontevaa hakeutua.		
Asiasanat (avainsanat) Alkoholi, päihdetyö, vanhustyö, huolenpito, koulutus, kehittäminen.		
Sivumäärä 44 s. + liitteet 4 s.	Kieli suomi	URN URN:NBN:fi:mamk-opinn200712222
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Leena Kokkonen	Opinnäytetyön toimeksiantaja	

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 16.4.2007
Author(s) Mervi Hokka-Kräkin Tiina Mikkonen	Degree programme and option Degree Programme in Social Services	
Name of the bachelor's thesis Elderly people's alcohol problem – A challenge to old-age services? The intoxication treatment path model of Heinävesi		
Abstract <p>The purpose of our study was to obtain information on elderly people's use of intoxicants visible in nursing and caring work, as well as on employees' need for support and further training in facing an elderly client with an intoxication problem. The target group consisted of home health care and home help service, which work with elderly people on a daily basis, and a hospital ward where detoxification takes place.</p> <p>According to the results, the personnel clearly experienced that they needed support in facing an elderly substance abuser. It was unclear to personnel how to act in such a situation and how to bring up the subject with an elderly client or his/her relatives. The need for training varied from basic issues to the problems of detoxification patients and alcohol dementia, for example. The personnel also clearly identified the problems brought by substance abuse and experienced that these made their work more difficult. The mixed use of medicines and alcohol raised questions in every sector. Bringing up the subject for discussion was embarrassing, and measures would be needed for developing cooperation between home care, health care and intoxication abuse work. Unified and clear practice was wished for, because it would make the work easier.</p> <p>As a conclusion of our inquiry, a need for an intoxication treatment path from facing an intoxicant abuser to his quitting or reducing the use was brought up. When an employee feels that he has 'forwarded the matter to be taken care of', his workload decreases. The treatment path also reduces practical problems in work situations. The intoxication treatment path model was planned for Heinävesi for the home care manager to be passed on. The personnel also need training on intoxicants. Increasing the knowledge makes it easier to work with intoxicant abusers and has a positive effect on attitudes. Consequently, we carried out a tailored training package based on the results of our study. The occasion was organized by the Tyynelä Rehabilitation and Development Center on April 12th 2007 in Heinävesi.</p>		
Subject headings, (keywords) Elderly people, alcohol, intoxicants, caring, care, training, intoxication treatment path		
Pages 44 p. + app 4 p	Language Finnish	URN URN:NBN:fi:mamk-opinn200712222
Remarks, notes on appendices		
Tutor Leena Kokkonen	Bachelor's thesis assigned by	

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	
2. IKÄIHMISTEN ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ	2
2.1 Yhteiskunnallinen keskustelu ikäihmisten alkoholin käytöstä	2
2.2 Alkoholin haittavaikutukset ikäihmisillä	5
2.3 Alkoholi ja lääkkeet	6
2.4 Alkoholi ja tapaturmat.....	7
2.5 Hankkeita ja työvälineitä ikäihmisten päihdetyöhön	9
3. PÄIHDETYÖ VANHUSTYÖSSÄ	12
3.1 Elämää ikäihmisenä	12
3.1.1 Sosiaalinen verkosto	13
3.1.2 Elämänhallinta vanhuudessa	14
3.2 Vanhustyön palvelujärjestelmä	15
3.3 Vanhustyö Heinävedellä	18
3.4 Päihdetyön kulmakiviä vanhustyössä	19
4. PÄIHDETYÖ HEINÄVEDEN IKÄIHMISILLE.....	22
4.1 Keskeiset toimijat päihdetyössä	22
4.2 Päihdestrategia	24
4.3 Hoito- ja kuntoutusprosessi	25
4.4 Päihdetyöryhmä	27
4.4.1 Mini-interventio	27
4.4.2 Audit-kysely	28
4.5 Päihdetyössä toimijat	28
5 HENKILÖSTÖN KOULUTUSTARVEKARTOITUS	31
5.1 Kartoituksen tavoite ja tehtävä	31
5.2 Aineiston keruu ja analyysi	31
5.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	32
5.4 Kyselytutkimuksen tulokset	33
6 HOITOPOLUN SUUNNITTELU JA KUVAUS	36
6.1 Koulutuksen suunnittelu ja toteutus.....	36
6.2 Hoitopolun keskeiset periaatteet	37
6.3 Heinäveden päihdehoitopolku malli	38
7 POHDINTA	40
8. KEHITTÄMIS EHDOTUKSET	41
LÄHTEET	43

LIITTEET

1. Alkukartoituskaavake
2. Lupa luovuttaa tietoja -kaavake
3. Kysely kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja sairaalan henkilöstölle

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe syntyi kiinnostuksestamme sekä vanhustyöhön että päihdetyöhön. Työharjoittelujaksoillamme kohtasimme ikäihmisten liiallista alkoholin käyttöä, johon ei pystytty puuttumaan riittävästi. Heidän kanssaan työskentelevillä henkilöillä ei ollut riittävästi tietoa päihteiden käyttäjistä, alkoholismista sairautena. Yhtenäinen työkäytäntö puuttui, ja se aiheutti epävarmuutta, stressiä ja turvattomuutta työntekijöille. Myöskään ikäihmisten oikeudet saada samanarvoista kohtelua päihdeasiakkaana ei toteudu verrattuna nuorempaan väestöön. Mietimme, että aiheutuuko alkoholismien hyväksyminen ikäihmisillä iän tuoman ”koskemattomuuden” vuoksi ja hankaloittaako se ikäihmisten hoitoon saattamista.

Ikäihmisten alkoholin käyttö on noussut yhä enemmän yleisen keskustelun aiheeksi lisääntyneitten tapaturmien ja työntekijöitten lisääntyneen työn ja huolen vuoksi. Olemme yhteiskunnallisesti lähivuosina suurien haasteiden edessä, kun suuret ikäluokat eläköityvät ja ikääntyvien määrä kääntyy vuosikymmenen lopussa jyrkkään nousuun. (Juhela 2007.) Sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena on kehittää erilaisia ikä-ihmiselle tarkoitettuja päihdepalveluja vastaamaan jo olemassa oleviin ongelmiin ja tulevaisuuden haasteisiin. Ikäihmisten alkoholin käyttö on nostettu esiin monina hankkeina, mm. ”Liika on aina liikaa” – hanke (2005–2008) kehittää, tiedottaa ja lisää osaamista.

Opinnäytetyömme ensimmäisenä tavoitteena on kartoittaa kotikuntamme vanhuspalvelujen henkilöstön päihdetietoutta ja koulutustarvetta, sekä kartoituksen pohjalta suunnitella ja järjestää ammatillista päihdealan koulutusta. Toisena tavoitteena on suunnitella kuntaamme yhtenäinen päihdetyökäytäntö vanhustenpalveluihin, ns. päihdepolku Päihdehoitopolulla tarkoitamme päihdeasiakkaan kohtaamista ja prosessia, joka johtaa päihdeasiakkaan alkoholin käytön vähentämiseen tai päihteettömyyteen. Nykyiset kunnan päihdepalvelut on suunniteltu työikäisille, eivätkä sellaisinaan sovellu ikäihmisille. Myöskään resursseja puuttua ikäihmisen päihdeongelmaan ei tällä hetkellä riittävästi ole. Tavoitteena olisi myös saada ikääntyneiden päihdepalvelut osaksi vanhushuoltoa, jotta hoitoon olisi luontevaa hakeutua.

2. IKÄIHMISTEN ALKOHOLIN ONGELMAKÄYTTÖ

2.1 Yhteiskunnallinen keskustelu ikäihmisten alkoholin käytöstä

Kansainvälisesti on keskustelua ikääntyneiden liiallisesta päihteidenkäytöstä käyty jo pitkään ja siitä on julkaistu lukuisia tutkimuksia. Amerikkalaisten tutkimusten mukaan 1 - 4 %:lla yli 60- vuotiaista on alkoholiriippuvuus, 10–15 % on ongelmajuoja (Juhela 2007, 17). Suomessa keskustelu on herännyt vasta viime vuosina. Aihepiiriä on sivuttu epäsuorasti muihin teemoihin keskittyneiden tutkimusten yhteydessä. Keskustelu yleensä vanhuspolitiikasta on lisääntynyt ja saanut huomion kiinnittymään myös ikääntyneiden päihdeongelmiin. Ikäihmisten arvostus on nousemassa, keskustelu heidän roolistaan yhteiskunnassa on nostanut esiin yhtenä teemana liiallisen alkoholinkäytön. Muita ikäihmisten ympärillä käytäviä keskusteluja ovat mm. palvelujärjestelmien toimivuus väestön lisääntyvässä ikääntymisessä, työntekijöiden vallankäyttö ikääntyneiden riippuvuuden näkökulmasta, yksinäisyys, syrjäytyminen. Sininauhaliiton projektipäällikkö Eija Kilgast viittaa kirjoituksessaan ”Tarvitsemme ikäspesifiä päihdetyötä?” (2007) siihen, että juomakulttuuri on myös ikäihmisten keskuudessa muuttunut. Enää ei ole hyve olla täysin raitis, vaan alkoholi kuuluu sekä arkeen, että juhlaan. Hän myös viittaa alkoholiveron alenemisen vaikuttavan ikäihmisten alkoholin saatavuuteen.

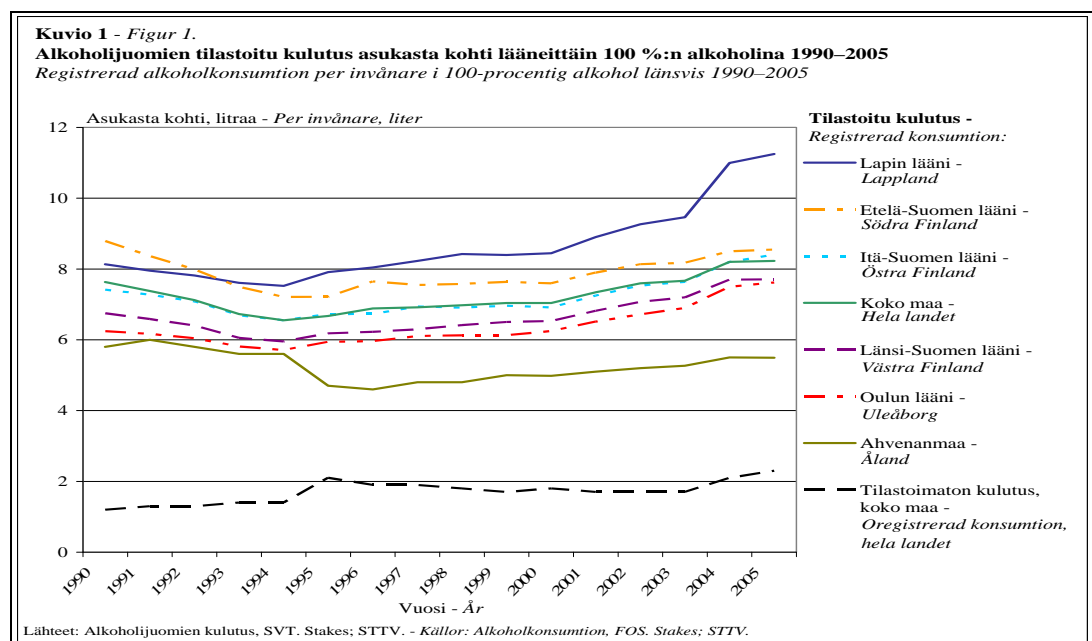
Kahdenkymmenen vuoden aikana tehdyn laajan kyselytutkimuksen mukaan yhä useampi ikäihminen käyttää alkoholia, mutta nautitun aineen määrä on pysynyt ennallaan (Sulander ym.2006,9). Ajattelemme pääsääntöisesti, että iäkkäällä henkilöllä on alkoholin käyttöön, myös liialliseen, oikeus ja meillä ei ole oikeutta puuttua siihen. Maamme kulttuuri on ikäihmisiä kunnioittava, jonka miellämme niin, ettei vanhemmalle ihmiselle helposti sanota vastaan. Miellämme alkoholin ikäihmisellä lääkkeeksi. Yhteiskunnassamme ikäihmisten alkoholin käyttö verrattuna muihin ikäryhmiin on vähäisempää, mutta trendi on nouseva (Sulander ym.2006, 9,16.).

Ikäihmisten alkoholin käytöstä käyty keskustelu herättää monia kysymyksiä, kuten onko väestön nopean ikääntymisen myötä tulossa hoitohenkilöstölle uusia haasteita ikäihmisten alkoholin liikkäytön suhteen (Parviainen 2005,16)? Ovatko hoitohenkilökunnan resurssit vähenemässä ja näin ollen nyt jo aika tehdä työtä

ikäihmisten liiallisen alkoholinkäytön ehkäisemiseksi? Olisiko hoitohenkilöstön aktiivinen koulutus ja varhainen puuttuminen saatava juurrutettua työtavaksi, joka jää elämään ja helpottamaan toimimista sitten, kun ikäihmisiä on paljon ja hoitohenkilöstöä vähän?

Alkoholijuomien kokonaiskulutus sadan prosentin alkoholina oli 55,2 miljoonaa litraa vuonna 2005. Asukasta kohti laskettuna kokonaiskulutus oli 10,5 litraa. Vuoteen 2004 verrattuna kulutus kasvoi 2,5 prosenttia. Kokonaiskulutus sisältää alkoholijuomien tilastoidun ja tilastoimattoman kulutuksen. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus oli 43,3 miljoonaa litraa sadan prosentin alkoholia vuonna 2005. Asukasta kohti alkoholijuomien tilastoitu kulutus oli 8,2 litraa sadan prosentin alkoholia. Tämä oli saman verran kuin edellisenä vuonna. Asukasta kohden laskettu alkoholin tilastoidun kulutuksen kasvu pysähtyi ensimmäistä kertaa sitten vuoden 1995 (Stakes 2007.).

Kuvio 1. kertoo alkoholijuomien tilastoidun kulutuksen lääneittäin asukasta kohden. Itä-suomen lääni on kokomaan keskitasoa alkoholin kulutuksessa. Mutta suuntaus on nouseva Itä-suomessakin, kuten muuallakin maassa.



(Stakes)

KUVIO 1. Alkoholijuomien tilastoitu kulutus asukasta kohti lääneittäin 100 % alkoholina 1990–2005

Raittiiden määrä on vanhimmissakin ikäryhmissä laskenut, erityisen selvä muutos on ollut ikääntyneiden naisten kohdalla. Vielä 1970-luvulla tutkimuksissa todettiin, että

noin puolet 65–79-vuotiaista miehistä ja 90 prosenttia vastaavan ikäryhmän naisista oli raittiita. Kymmenen vuotta myöhemmin raittiita oli 10 % 60–69-vuotiaista, 23 % 70–79-vuotiaista ja 40 % 80–89-vuotiaista miehistä. Raittiita naisia oli vastaavassa ikäryhmissä tuolloin 29 %, 42 % ja 42 %. Kyseisessä tutkimuksessa todettiin, että eläkkeellä olevat käyttävät työikäisiä vähemmän alkoholia, mutta kymmenvuotisseurannassa heidän alkoholinkäyttönsä varsinkin naisten keskuudessa lisääntyi työikäisiä enemmän (Suhonen 2005,10.)

Raittiiden eläkeläisten osuus on vähentynyt 1990-luvun alusta lähtien. Raittiiden miesten osuus väheni hieman myös vuosien 2003–2005 aikana. Vuonna 2005 eläkeläismiehistä 78 % ja –naisista 53 % raportoi käyttäneensä alkoholia edellisen vuoden aikana. 65–69-vuotiaiden miesten väkevän alkoholin käyttö lisääntyi vuodesta 2003 vuoteen 2005. Toisaalta vähintään 8 viikkoannosta alkoholia käyttävien 65–84-vuotiaiden miesten ikävakioitu määrä ei lisääntynyt mainittavasti. Alkoholinkäyttö oli koulutusryhmä-sidonnaista. Alkoholia käyttivät useammin ylempään kuin alempaan koulutusryhmään kuuluvat (Sulander ym.2006,18.).

Heikki Suhonen (2005) tutkimuksessaan ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuuksistaan toteaa, että ikääntyneet juovat väestötasolla tarkastellen nuorempia ikäryhmiä vähemmän ja heillä on myös juomiseen liittyviä haittoja nuorempia harvemmin. Näihin on esitetty monia syitä, ehkä klassisimpana selitysmallina Stallin(1987) esittämiä hypoteeseja:

1. Kuolleisuushypoteesi:

Runsaasti päihteitä käyttävät kuolevat muita nuorempina, joten he eivät näy enää tilastoissa.

2. Sairastumishypoteesi:

Ikääntyneet joutuvat rajoittamaan juomistaan terveydellisten ongelmien lisääntyessä.

3. Biologinen hypoteesi:

Normaalit ja väistämättömät vanhenemismuutokset pakottavat ikääntyneen rajoittamaan alkoholinkäyttöään siihen liittyvien kielteisten fyysisten ja psyykkisten vaikutusten lisääntyessä. Alkoholinkäyttö on heille epämiellyttävää ja vaarallista.

5. Kohorttihypoteesi:

Historialliset ja kulttuuriset tekijät, joiden kanssa ikääntyneet ovat joutuneet elämään (esim. kieltolaki, alkoholia runsaasti käyttävien leimautuminen, yleisten normien kunnioittaminen ym.) saavat ikääntyneet käyttämään nuorempia vähemmän päihteitä.

6. Kypsymishypoteesi:

Päihdeongelmat ja alkoholismi ovat itseään rajoittavia eli iän myötä rankka ja ongelmia aiheuttava juominen vähenee spontaanisti.

7. Mittaamishypoteesi:

Ikääntyneiden keskuudessa tehdyt päihteidenkäyttöä kartoittavat tutkimukset antavat keinotekoisesti alhaisia lukuja. Tämä johtuu mm. alkoholinkäytön täsmälliseen mittaamiseen liittyvistä ongelmista ja alkoholinkäytön haittojen linkittymisestä moniulotteisesti yksilön psykofyysiseen kokonaisuuteen (Suhonen 2005, 15–16.).

Pelkkä tilastojen tarkastelu vain yleisellä tasolla saattaa olla syynä siihen, että ikääntyneiden päihdeongelmia ja –haittoja on aliarvioitu sekä sosiaali- että terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, mutta ne ovat jääneet piiloon myös laajemmassa yhteiskunnallisessa keskustelussa. Tilastojen sinänsä pieniltä vaikuttavat luvut ovat osittain hämääviä. Ikäihmiset myös salailevat päihdeongelmiaan nuorempia ikäryhmiä useammin (Suhonen 2005, 15.).

2.2 Alkoholien haittavaikutukset ikäihmisillä

Miksi liika on aina liikaa - vanhuspsykiatrian näkökulmasta (2006) Pirjo Juhela apulaisylilääkäri, HYKS/Peijaksen sairaala, vanhuspsykiatrian yksiköstä, näkee Ikääntyvien alkoholiin liittyviä ongelmia työnsä puolesta: ”Ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyy erityisongelmia: ikääntyessä alkoholinsietokyky laskee, pienemmät määrät voivat aiheuttaa pahojakin haittavaikutuksia ja ilmeisesti myös alkoholisoituminen ikääntyneenä voi tapahtua melko nopeasti ja vähäisemmällä alkoholinkäytöllä kuin nuorempana.” Vanhuudessa ihminen haurastuu monella tavalla. Fysiologiassa on samantapaisia piirteitä kuin lapsilla: vanha elimistö poistaa kuona-aineita hitaammin kuin nuorempi aikuinen, vanha elimistö reagoi hitaammin kuin nuorena ja menettää mm. nestetasapainon herkästi. Elimistö palautuu rasituksissa ja tulehduksissa hitaammin kuin aiemmin. Alkoholien pitkäaikaisen käytön haitat näkyvät alkoholien käytön aiheuttamina sairauksina, sairaalahoitoina, tapaturmina, pysyvinä vammoina, työkyvyttömyyseläkkeinä, sosiaalisina ongelmina, väkivaltaisena käyttäytymisenä, masennuksena, itsemurhina ja kuolemantapauksina (Parviainen 2005.).

Juhela (2006) kertoo, että Yhdysvaltalaisten arvioissa 15–30% ikääntyneistä alkoholisteista on alkoholisoitunut vasta keski-ian jälkeen. Hänen kokemuksensa mukaan tämä on meilläkin selkeästi nähtävissä oleva ryhmä. Ikääntyneiden nykyiseen alkoholiongelmaan puututaan Suomessa yleensä vasta siinä vaiheessa kun ongelma on jo todella niin pitkälle edennyt, että ikäihminen on alkoholisminsa takia jo avuttomassa kunnossa. Puuttumiset aikaisemmassa vaiheessa ovat edelleenkin lähes olemattomia lukuun ottamatta pieniä paikallisia hoitokokeiluja. Osaaminen, joka käsittäisi sekä alkoholiongelmaan että vanhenemiseen liittyvät seikat, on vähäistä, ellei peräti olematonta monin paikoin. Tämä on valitettavaa, sillä tutkimusten valossa tulokset ikääntyvien hoidoista ovat yhtä hyviä tai useimmiten parempiakin kuin nuoremmilla aikuisilla. Erityisesti myöhään riskijuojien ryhmään ajautuneiden katsotaan hyötyvän hoidosta parempien sosiaalisten verkostojensa ja sosiaalisen selviytymisensä takia. Pienilläkin toimenpiteillä (mini-interventioilla) voidaan myös iäkkäiden riskijuomista muuttaa (Juhela 2006.).

2.3 Alkoholit ja lääkkeet

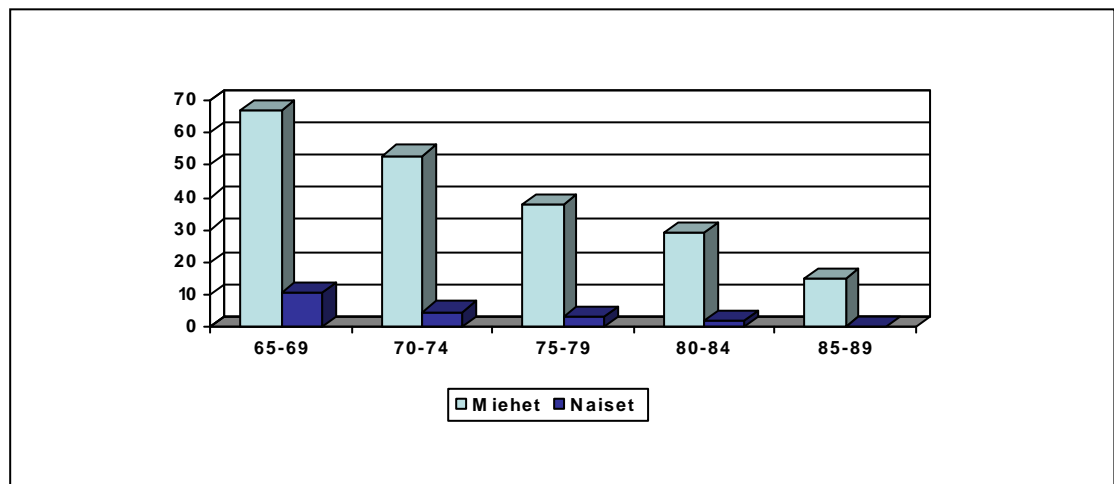
Alkoholi ei sovi yhteen kaikkien lääkeaineiden kanssa. Alkoholi voi joko voimistaa tai heikentää lääkeaineen tehoa. Usein käytetyn alkoholin määrä vaikuttaa yhteisvaikutuksen voimakkuuteen. Keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käyttäjien ei tulisi nauttia alkoholia lainkaan, koska yhteiskäyttöön liittyy merkittävästi lisääntynyt onnettomuusriski. Keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden ja alkoholin yhteisvaikutukset ovat usein vaihtelevia ja arvaamattomia. Yleensä satunnainen alkoholinkäyttö voimistaa keskushermostoa lamaavien lääkkeiden, kuten psyykenlääkkeiden sekä voimakkaiden kipulääkkeiden, keskushermostoa lamaavaa vaikutusta, jolloin sekavuus ja onnettomuusriskit lisääntyvät. Myös itsehoidosta saatavilla kipulääkkeillä voi olla yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. Tulehduskipulääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytöstä voi seurata maha-suolikanavan ärtyminen. Haitat eivät kuitenkaan yleensä tule esiin satunnaisesti kipulääkettä käytettäessä. Sen sijaan parasetamolin ja alkoholin yhteiskäyttö aiheuttaa huomattavan maksavaurioiden riskin, joten niiden yhteiskäyttöä ei suositella lainkaan. Useimpien hengitystietulehduksissa käytettyjen antibioottien ja alkoholin samanaikaisesta käytöstä ei ole haittaa. Tiettyjen antibioottien kanssa alkoholia ei tule kuitenkaan käyttää lainkaan. Tällaisia lääkkeitä ovat suoliston ja emättimen tulehduksiin käytetyt antibiootit, jotka sisältävät metronidatsolia. Yhteisvaikutuksena

syntyy voimakas pahanolon tunne, niin sanottu antabus-reaktio. Antabus-reaktion pääoireita ovat päänsärky, ihon kuumotus ja punoitus, hengenahdistus sekä verenpaineen aleneminen. Reaktion laukaisemiseksi riittää hyvin pieni määrä alkoholia. Yhteisvaikutuksesta hankalan tekee se, että kyseisen lääkeaineen vaikutus säilyy elimistössä pari päivää kuurin loppumisen jälkeen. Myös tällöin täytyy välttää alkoholin käyttöä Pitkäaikaissairauksien lääkityksissä alkoholin käyttöä joudutaan arvioimaan eri lähtökohdista kuin lyhytaikaisissa lääkityksissä. Koska kyseessä voi olla jopa koko eliniän kestävä lääkitys, alkoholista kokonaan kieltäytyminen lääkityksen takia voi rajoittaa elämää liikaa. Useimpien pitkäaikaisten lääkitysten kanssa voi alkoholia käyttää kohtuudella. Esimerkiksi verenpainelääkkeiden pakkauselosteissa on usein maininta, että alkoholi voi voimistaa lääkeaineen verenpainetta alentavaa vaikutusta ja aiheuttaa täten huimausta esimerkiksi ylösnoustessa. (Alkoholi ja lääkkeet 2007.)

2.4 Alkoholi ja tapaturmat

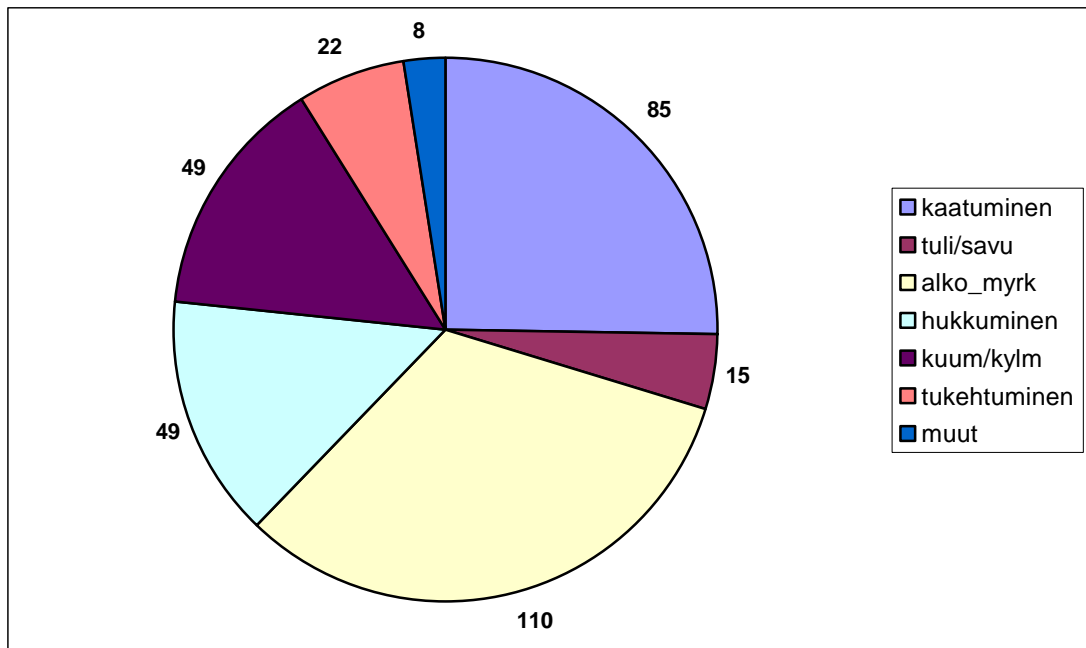
Alkoholikuolleisuus on Herttuan,(valmistele Helsingin yliopiston sosiologian laitoksessa väitöskirjaa alkoholin hinnanalaskun vaikutuksista), Martikaisen,(Helsingin yliopiston tutkija - kollegiumin tutkija) ja Mäkelän,(erikoistutkija Stakesin alkoholi- ja huume tutkimusryhmässä) (Herttua ym. 2007, 40), mielestä selvästi yleistynyt alkoholin hinnanalennuksen jälkeen. Kovimman laskun heidän mukaansa ovat maksaneet yksinasuvat, työttömät tai ennenaikaisesti eläkkeellä olevat miehet. Alkoholikuolemat lisääntyivät reilusti alkoholiveron laskun jälkeen vuosina 2004 ja 2005. Vuosista 2001–2003 miesten kuolleisuus kasvoi yli 15 ja naisten yli 30 prosenttia, kun alkoholikuolemiin lasketaan mukaan alkoholisairauksien ja -myrkytysten lisäksi myös kuolemat, joissa alkoholi oli osallisena. Näitä ovat esimerkiksi humalassa tapahtuneet tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemat sekä alkoholin käyttöön liittyvät sydänperäiset kuolemat. Ylivoimaisesti eniten alkoholiin kuoli 45–74-vuotiaita miehiä ja naisia. Alkoholiin kuolee eniten perheettömiä miehiä. Hinnanalennuksen jälkeen alkoholikuolema yleistyi myös eniten heidän parissaan. Kuva alkoholikuolleisuuden ja viina-alen yhteydestä muuttuu melkoisesti, kun katsotaan, miten kuolleet hankkivat elatuksensa ennen kuolemaa. Sekä miesten että naisten keskuudessa alkoholiin kuolivat ensisijaisesti työttömät ja eläkeläiset. Myös halvemman viinan aiheuttamat ylimääräiset kuolemat osuivat lähes yksin heihin. Monet alkoholitaudit kehittyvät pidemmän ajan kuluessa. Esimerkiksi maksakirroosiin

kuolevalla on yleensä takanaan pitkä ura suurkuluttajana. Maksakirroosiin kuoli vuosina 2004 ja 2005 poikkeuksellisen moni. Se tarkoittaa, että alkoholikuolleisuus on yleistynyt erityisen paljon sellaisten suurkuluttajien joukossa, jotka ovat jo vaurioittaneet maksaansa. Koska suurkuluttajia on erilaisten valikoitumisprosessien vuoksi enemmän työttömien, sairauseläkeläisten ja perheettömien parissa, lienee tässä ainakin yksi syy siihen, miksi alkoholikuolleisuus on yleistynyt lyhyessä ajassa juuri heidän keskuudessaan. (Herttua ym. 2007, 40.)



KUVIO 2. Alkoholiin liittyvä tapaturma- ja väkivaltakuolleisuus iän mukaan, kuolemia tuhatta henkeä kohden. (Pailjärvi 2005)

Miehillä riski kuolla tapaturmaisesti tai väkivaltaisesti alkoholin ollessa mukana kuvioissa on huomattavasti suurempi kuin naisilla. 75–79 vuotiaista miehistä, n. 40 (tuhatta henkeä kohden) henkeä kuolee tapaturmaisesti tai väkivallan uhrina.



KUVIO 4. Päähtyneenä kuolleiden lukumäärät ulkoisen syyn mukaan yli 64-vuotiailla. (Pailjärvi 2005)

Pailjärvi (2005) kertoo luentomateriaalissaan, että alkoholi liittyy erityisesti vakaviin vammoihin: lievissä vammoissa alle 40 %:ssa ja vakavissa noin 50 %:ssa. Kaatuminen on päihdyksissä tapaturmaan kuolleiden yleisin kuolinsyy. Hänen mukaan myös suurin päähtyneiden osuus on hukkuneissa, tulen, kuumuuden ja kylmyyden vaikutuksesta kuolleista. Iän myötä hänen mukaansa tulee huomioida seuraavia asioita: alkoholin sietokyky alenee, alkoholin vaikutukset ovat yksilöllisiä, joten kohtuus on yksilöllistä ja tilanteesta riippuvaa. Jos iäkkäällä on lääkitys tai perussairaus, on syytä neuvotella alkoholinkäytöstä lääkärin kanssa. Myös kaatumishistoria on otettava huomioon ja toleranssin myötä kulutusmäärät helposti kasvavat, jos alkoholia käytetään sen humalluttavan vaikutuksen takia. Se edesauttaa riskin kasvua haitoille. Alkoholi ei myöskään sovi lääkkeeksi. (Pailjärvi 2005.)

2.5 Hankkeita ja työvälineitä ikäihmisten päihdetyöhön

Ikääntyvien päihteidenkäytön lisääntyminen on johtanut erilaisten toimenpiteiden käynnistymiseen. Sininauhaliiton koordinoima Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi-hanke on yksi näistä. Projektin keskeisenä tehtävänä on kehittää asiakastyön avulla ikääntyvien kohtaamiseen ja hoitoon soveltuvia toimivia päihdetyön menetelmiä, tiedottaa ikääntyvien terveyteen vaikuttavista alkoholin haitoista, lisätä päihde- ja vanhustyön ammattilaisten osaamista, tuottaa relevanttia tutkimustietoa ja

herättää aiheeseen liittyvää yhteiskunnallista keskustelua (Kiviniemi 2006, 2). Pääkaupunkiseudulla osahankkeita on kaksi. Toista hallinnoi ikäinstituutti, ja toista yhdessä Sininauhasäätiö ja Helsingin Diakonissalaitos. Näiden kumppanina toimii Espoo, Helsinki ja Vantaa. Itä-Suomessa Tyynelän kehittämiskeskuksen kumppanina toimii Savonlinna, Pieksämäki, Haukivuori ja Pieksänmaa. Yhteistyöjärjestöjä ovat: Eläkeliitto ry, Eläkeläiset ry, Vanhustyön keskusliitto, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto, Suomen Psykogeriatrinen yhdistys, Suomen vanhusten turvakotiyhdistys sekä Omaishoitajat ja Läheiset -liitto ry. Hanke on Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama ja toteutuu vuosina 2005–2008.(Kiviniemi 2006, 2)

Maria Viljanen, Liika on aina liikaa - hankkeen projektipäällikkö (2006) toteaa Sininauhaliiton tiedotteessa, ettei hankkeessa on selvinnyt, ettei alkoholiongelmista ikäihmisillä enää puhuta minään marginaali-ilmionä palvelurakenteen sisällä. Alkoholiongelmien näyttäisivät olevan haaste palveluille: kuinka niissä työskentelevät pystyvät kohtaamaan ja mahdollisesti myös auttamaan päihderiippuvaisia? Entä osaavatko päihdealan ammattilaiset ottaa huomioon ikääntyneiden asiakkaiden erityistarpeet? Ikääntyviä ei voi holhota siksi, että he aiheuttavat meille työikäisille harmia ja ikävyyksiä, vaan meidän täytyy auttaa niitä ikääntyneitä, joilla on ongelmia alkoholin kanssa. Ikäihmisillä tulee olla oikeus saada asianmukaista hoitoa ja apua, myös elämänsä viimeisinä vuosina. (Viljanen 2006, 3.)

Ikäinstituutti on mukana ”Liika on aina liikaa”- hankkeessa, sen tavoite on kehittää ja toteuttaa kolmessa pääkaupunkiseudulla sijaitsevassa palvelutalossa henkilökunnalle koulutusmallia. Koulutusmallissa opetellaan tunnistamaan ja kohtaamaan päihdeongelmainen vanhus ja tämän jälkeen myös auttamaan häntä tai ohjaamaan hoitoon. Mukana on myös palvelutalojen lähialueiden kotihoidon henkilökuntaa. Ikäinstituutti kehittää myös palvelutaloissa ja niiden ympäristössä asuville ikääntyneille soveltuvia interventiomalleja yhteistyössä henkilöstön kanssa (Koivula 2006, 12).

Projektityöntekijä Riitta Koivula (2006) arvelee päihderiippuvuuden olevan sinänsä määrällisesti vähäistä ikäihmisten osalta, varsinkin palvelutaloissa. Monet palvelutalot elävätkin sallivaa alkoholipolitiikkaa. Kohtuullinen alkoholin käyttö on sallittua, niin kuin kenen tahansa kotona. Tosin lääkkeiden käytön kanssa tiedon tarvetta on. Alkoholi ja lääkkeet yhdessä toimivat usein odotusten vastaisesti. Ongelmista

puhuminen ja niihin tarttumisen taito tuo kuitenkin paitsi henkilökunnalle, myös ongelmista kärsiville suuren avun (Koivula 2006, 12.).

Helsingin sosiaaliviraston pohjoisen sosiaali- ja lähityön vanhusvastuun vs. sosiaalityöntekijä Kaarina Helenius (Sosiaaliturva 2006, 15) suunnitteli yli 65-vuotiaiden oman päihdehoitopolun, koska hänen mukaansa nykyiset päihdepalvelut eivät sellaisenaan sovellu heille. Kyseisessä hoitopolussa otetaan huomioon ikäihmisten tarpeet. Hänen mallissaan lähityöntekijät kartoittavat asiakkaan sen hetkisen tilanteen ja ilmoittavat siitä vanhuspalvelun sosiaaliohjaajalle. Sosiaaliohjaaja harkintansa mukaan järjestää jatkotoimenpiteet tai ottaa asiakkaan itse palveluohjauksen piiriin ja tukee häntä. Uutuutena päihdehoidonpolussa on A-klinikalta tuleva apu eli arvioiva sairaanhoitaja, joka kartoittaa asiakkaan terveydentilan. Sosiaaliohjaaja tai kotihoidon työntekijä voi tilata hänet kotikäynnille ja toimia sairaanhoitajan työparina kotikäynnillä. Samaista hoitopolkua voi soveltaa myös kotihoidon päihdeasiakkaille. Hänen ehdotuksessaan myös suositellaan katkaisuhoidon pidentämistä ikäihmisille. Hoitoympäristön täytyisi olla myös ikäihmisille soveltuva, esim. esteetön liikkumiseen apuvälineiden varassa liikkuvalla. Katkaisuhoidon aikana arvioidaan asiakkaan kotona selviytymistä. Mikäli asiakas ei ole kotiutuskuntoinen, hoitoa voidaan jatkaa esim. vanhainkodissa. Kotiutus tapahtuu yhteistyössä sosiaaliohjaajan kanssa. Sosiaaliohjaajan työskentelymallina on palveluohjaus, jonka raamit on suunniteltu jo hoitojaksolla. Sosiaaliohjaajan tehtävä on tukea asiakkaan elämänhallintaa ja pyrkiä rakentamaan raittiutta tukevia verkostoja. Sosiaaliohjaaja on asiakkaan arjessa tiiviisti alussa ja kerrat vähenee tarpeen vähetessä. (Helenius 2006, 15)

Alkoholi-ohjelma 2004–2007 on tuottanut vanhusten kanssa työskenteleville Sosiaali- ja terveysministeriön esitteen ”Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet” 2006:6, joka on tarkoitettu annettavaksi vanhukselle herättämään kysymyksiä joko itsenäisesti tai yhdessä työntekijän kanssa. Opas kertoo iän mukanaan tuomasta muutoksesta elimistössä suhteessa alkoholiin, alkoholista ja lääkkeistä ja haitallisesta määrästä alkoholin käytössä.

Myös ”Vähennä vähäsen, opas alkoholinkäytön vähentäjälle”, Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:10, on tarkoitettu työkaluksi päihdetyöhön jaettavaksi yli 18-vuotiaille miehille ja naisille. Opas auttaa arvioimaan ja tarvittaessa vähentämään alkoholin käyttöä tai lopettamaan sen kokonaan. Sininauhaliitolla on

myös oma julkaisu yhteistyökumppaneiden kanssa ”Kippis, asiaa alkoholista”. Esite on tarkoitettu jaettavaksi asiakkaille ja esite kertoo alkoholista ja sen vaikutuksista. Esitteen avulla saa selville, minkälainen alkoholinkäyttäjä on ja mitä voi tehdä, jos alkoholista on tullut ongelma. Aiheesta on useita internet-sivuja, mm. www.tippavaara.info, joka kertoo ”Liika on aina liikaa” – hankkeesta, sekä muista ajankohtaisista ikäihmisiin ja päihteisiin liittyvistä asioista.

3. PÄIHDETYÖ VANHUSTYÖSSÄ

3.1 Elämää ikäihmisenä

Ihminen muuttuu ikääntyessään, puhutaan fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta vanhenemisestä. Fyysisellä vanhenemisellä tarkoitetaan elimistön biologista vanhenemista, psyykinen vanheneminen puolestaan kehittymistä, kypsymistä, muuttumista. Se ei ole rappeutumista vaan pikemminkin päinvastoin: psyykinen vanheneminen on kehitystä ja siirtymistä uuteen elämänvaiheeseen. Sosiaalinen vanheneminen merkitsee muutoksia ihmisen asemaan yhteiskunnassa. Se on paljolti sitä, miten muut mieltävät ikääntyvät ihmiset, mitä he heiltä odottavat ja mitä vanhat ihmiset voivat odottaa muilta (Koskinen ym.1998,91–118, 125.).

Viimeistään eläkeiän saavuttaminen merkitsee yleensä vetäytymistä työelämästä. Eläkkeelle jääminen on suuri elämänmuutos. Eläkeläiseksi jääminen saattaa muuttaa taloudellista asemaa, laskea statusta, muuttaa itsearvostusta ja sosiaalista vuorovaikutusta. Jotkut kärsivät eläkkeelle jäätyään psyykkisistä ongelmista, koska he eivät enää tunne olevansa tarpeellisia. Työn mukana menetetään myös tärkeitä ihmissuhteita. Työtä arvostavissa yhteiskunnissa eläkeläiset voivat kokea olevansa taloudellinen rasite työssä käyville. Enemmistö eläkeläisistä on kuitenkin tyytyväisiä, jopa tyytyväisempiä kuin töissä ollessaan. Tyytyväisyyteen vaikuttavat tietenkin myös terveys ja taloudellinen tilanne. Eläkkeelle jäänyt joutuu vaihtamaan työelämän arvot (tekemisen, saavuttamisen ja tehokkuuden) ”pehmeämpiin” arvoihin, kuten läsnä olemiseen, rakastamiseen ja läheisyyteen. Työstä luopuminen voi siis olla joko menetys tai saavutus ihmisen sopeutumisen mukaan (Vallejo Medina ym. 2006,27.).

3.1.1 Sosiaalinen verkosto

Yleisesti sosiaalisuus ja ulospäin suuntautuneisuus vähenevät vanhuudessa ja sisäänpäin kääntyvyys lisääntyy. Tästä voi olettaa, että ihmiset vanhetessaan syventyvät entistä enemmän itseensä, omiin ajatuksiinsa ja yhä vähemmän ulkopuoliseen maailmaan. Toisaalta ulkomaailmasta eristäytyminen saattaa johtua monista muistakin syistä kuin vanhenemisestä. Se voi johtua depressiosta, virikkeiden puutteesta, toimintakyvyttömyydestä tai huonosta kuulosta (Vallejo Medina ym. 2006,26.).

Ikäännyttäessä luovutaan usein erilaisista yhteiskunnallisista luottamustoimista ja järjestöjen jäsenyyksistä. Asema perheessä muuttuu vanhemmuudesta isovanhemmuudeksi ja isoisovanhemmuudeksi. Fyysisen kunnon heikkeneminen saattaa vaikuttaa harrastuksiin (Koskinen ym. 1998,118.).

Vanhenemisen sosiaalisuus tulee konkreettisesti esiin erityisesti jokapäiväisessä vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Ikääntyvän ihmisen ihmissuhteet muodostuvat perhesuhteiden lisäksi ystävyys- ja naapuruussuhteista. Monille vanhoille ihmisille tulevat merkittäviksi ihmissuhteiksi suhteet siihen henkilökuntaan, jota he kohtaavat käyttäessään erilaisia kulttuuri-, sosiaali- ja terveystalv palveluja. Sosiaalinen verkosto rakentaa vanhuksen sosiaalista identiteettiä ja itsearvostusta sekä mahdollistaa voimavarojen esiintulon. Verkosto ankkuroi ja liittää vanhan ihmisen yhteisöön sekä toimii puskurina erilaisia stressin aiheuttajia vastaan (Koskinen ym. 1998,122.). Verkoston varassa voidaan käsitellä vaikeita elämäntilanteita ja lähteä liikkeelle toimimaan ja osallistumaan. Esimerkiksi puolison kuoleman jälkeisessä surutyössä läheisten ihmisten tuki voi olla ratkaiseva. Naiset jäävät leskeksi miehiä useammin, koska heidän keskimääräinen elinikänsä on pitempi. Surun lisäksi leskeksi jääminen saattaa aiheuttaa taloudellisia ongelmia, sosiaalisen elämän ja ystäväpiirin kaventumista, harrastusmahdollisuuksien vähenemistä sekä sukupuolielämästä luopumista. Leskeys näyttää tutkimusten mukaan olevan erilaista miehille ja naisille. Naiset saattavat selvitä puolison menettämisestä miehiä helpommin, vertaistuen ja samaistumismallien avulla. Naisleskillä ei myöskään ole vaikeuksia selvitä arkielämän askareista, koska he ovat hoitaneet niitä jatkuvasti (Vallejo Medina ym. 2006,27.).

Sosiaalinen verkosto auttaa sopeutumaan vanhuuteen. Hyvä verkosto on omiaan turvaamaan itsemääräämisoikeutta, mutta myös toimimaan tukiverkkona silloin, kun avuntarve kasvaa (Koskinen ym. 1998, 123).

3.1.2 Elämänhallinta vanhuudessa

Aiemmin vanhuus nähtiin pelkkinä menetyksinä, jotka lisäävät stressiä ja aiheuttavat avuttomuuden tunnetta. Tämä taas johtuu vanhuuden tuottamasta kyvyttömyydestä hallita näitä menetyksiä. Terveiden ja toimintakyvyn heikkeneminen ovat sellaisia muutoksia, joihin useimpien on vanhetessaan sopeuduttava. Monen voi olla vaikea hyväksyä sitä, että on päivittäisissä toiminnoissa, itsensä ja kotinsa hoitamisessa tullut riippuvaiseksi toisten avusta. Nuoruudessaan ja keski-ikäisenä ihminen on tottunut arvostamaan itseään voimakkaana, pystyvänä ja itsenäisenä. Nyt onkin opittava ajattelemaan itseään apua tarvitsevana ihmisenä, jonka ulkonäköönkin ikä ja sairaudet ovat vaikuttaneet. Tällainen elämänmuutos on suuri menetys. Se herättää usein ihmisessä surua, masennusta ja vihaa, jotka hänen lähellään elävien tulisi jaksaa kohdata. (Koskinen, ym. 1998, 98–109).

Tutkimukset ovat kuitenkin muuttaneet käsitystä vanhuudesta. Mitkään elämän merkittävistä käännekohdista eivät näytä aiheuttavan ylivoimaisia ongelmia ikääntyneiden elämänhallinnassa. Ei ole myöskään havaittu elämänhallintakeinojen muuttumista aktiivisesta passiiviseksi vanhenemisen myötä. Ikäihmisten hallintakeinot ovat siten aiemmin luultua monipuolisempia ja yksilöllisempiä. Nuoret ihmiset käyttävät ikäihmisiä useammin puolustusmekanismina torjuntaa ja heijastamista, kun taas ikääntyneiden ihmisten hallintakeinoja ovat korvaaminen, tukahduttaminen tai huumori (Koskinen ym. 1998, 110.).

Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen vanheneminen kuitenkin vaikuttavat elämänhallintaan. Iäkkään ihmisen toimintakykyä voivat heikentää sekä elimistön normaalit vanhenemismuutokset että sairaudet. Koska vanhenemismuutokset ovat luonteeltaan rappeuttavia ja kaventavat elimistön pelivaraa, vanha ihminen sairastuu helpommin kuin nuori. Tämä koskee sekä pitkäaikaisia että äkillisiä sairauksia (Koskinen ym. 1998, 98.). Ihminen joutuu elämään entistä hitaammaksi muuttuvassa kehossaan ja sopeutumaan muutoksiin. Kehon rappeutumisen synnyttämä suru on käytävä läpi, jotta voisi hyväksyä vanhuuden rajoitukset ja luopumiset (Vallejo

Medina ym.2006,25–26.). Yksi vanhuusikään sijoittuva persoonallisuuden kehitystehtävä on oppia hyväksymään oma fyysinen heikkeneminen ja löytää sellaisia tyydytyksen lähteitä, joille se ei ole esteenä (Koskinen ym. 1998,108). Ikääntyvillä ihmisillä on useita sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja käytettävissään raskaissa elämäntilanteissa. Ulkoiset voimavarat, kuten kokea koulutustaso ja hyvä taloudellinen asema, sekä sosiaalisen verkoston antama tuki auttavat paremmin selviytymään vastoinkäymisistä. Sisäiset voimavarat liittyvät elämäkokemukseen, kypsytyteen, persoonallisuuteen ja motivaatioon. Leppoisa asenne ja optimistisuus ovat myönteisiä persoonallisuuspiirteitä elämäntilanteiden kannalta, mutta neuroottisuus taas vaikuttaa kielteisesti stressin kokemiseen ja selviytymismahdollisuuksien löytämiseen. Määrätietoiset, hallitsemaan pyrkivät ja haasteista pitävät yksilöt ovat aktiivisia ja tehokkaita elämäntilanteissaan (Koskinen ym. 1998, 110).

3.2 Vanhustyön palvelujärjestelmä

Vanhustyö on toimintaa vanhusten parissa erilaisissa organisaatioissa, toimintayksiköissä ja arkielämässä. Vanhustyötä tehdään epävirallisena hoivana perheissä ja muissa lähiverkostoissa. Työ voi olla luonteeltaan hoitoa, huolenpitoa, hoivaa, kuntoutusta ja elämän monipuolista tukemista sen mukaan, mikä on vanhan ihmisen elämäntilanne ja mikä on työntekijän koulutus. Ammatillinen vanhustyö on toimintaa, jonka päämääränä on edistää iäkkään ihmisen hyvinvointia ja elämänlaatua sekä lisätä hänen elämäntilanteensa ja turvallisuuttaan. Päämääränä on myös luoda edellytyksiä mielekkäälle toiminnalle ja osallisuudelle tasavertaisena kansalaisena korostaen vanhan ihmisen omia voimavaroja ja omatoimisuutta (Koskinen ym.1998,55).

Vanhustyön tehtävänä on aina turvata ikääntyneen ihmisen hyvinvointi ja elämänlaatu. Vanhustyön avulla voidaan lisätä ihmisen elämänlaatua esimerkiksi parantamalla omassa kodissa asumisen mahdollisuuksia, ylläpitämällä sosiaalisia kontakteja, järjestämällä kiinnostavaa tekemistä ja antamalla inhimillistä hoitoa. Hyvän elämän turvaaminen on vanhustyön perustava arvopäämäärä (Koskinen ym.1998, 55).

Kunta vastaa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä asukkailleen. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä naapurikuntien kanssa. Kunta voi myös ostaa

palveluja yksityisiltä, liikeperiaatteella toimivilta yrittäjiltä, voittoa tuottamattomilta yhteisöiltä taikka muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä. Vanhusten palvelujen tarkoituksena on tukea vanhusten arkielämän sujumista, parantaa sosiaalisen integraation edellytyksiä ja varmistaa tarpeellinen hoito ja huolenpito. Laadullisista ja taloudellisista syistä palveluissa on 1990-luvulla siirrytty kohti avohoitopainotteisempaa järjestelmää. Samalla on kiinnitetty huomiota palvelujen kohdentamiseen ja erilaisiin tuottamistapoihin. Palveluvalikoimaa on monipuolistettu, jotta se vastaisi tarpeisiin. (STM 1999.)

Yksilöllisten palvelu- ja hoitosuunnitelmien laatiminen varmistaa palvelujen laatua ja helpottaa niiden kohdentamista. Suunnitelma laaditaan yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa. Siihen kootaan asiakkaan elämäntilanteeseen parhaiten sopiva palvelujen yhdistelmä. Samalla kun selvitetään avun tarpeessa olevan vanhuksen elämäntilannetta, arvioidaan myös omaisten ja vapaaehtoisten mahdollisuudet ja edellytykset osallistua hoitoon ja huolenpitoon. Kunnissa on myös käytössä erilaisia vanhuksen toimintakykyä arvioivia mittareita, joiden perusteella suunnitelmia laaditaan ja tarkistetaan. Vastuu yksittäisen vanhuksen hoidosta ja huolenpidosta on yleensä sen alan työntekijällä, jonka vastuualueeseen kuuluvia palveluja vanhus tarvitsee eniten (STM 2006).

Kunnalliset kotipalvelut jakautuvat kotipalveluun ja kotisairaanhoidon, jotka toimivat yleensä tiiviissä yhteistyössä. Kotipalvelu auttaa, kun asiakas tarvitsee sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi apua kotiin selviytyäkseen arkipäivän toiminnoissa. Kotipalvelun työntekijät ovat kotiavustajia, kodinhoitajia tai lähihoitajia. Työntekijät seuraavat myös vanhuksen vointia ja neuvovat palveluihin liittyvissä asioissa. Palveluja annetaan monissa kunnissa myös iltaisin ja viikonloppuisin. Kotisairaanhoidon palveluja käyttävät kaikki ikäluokat, mutta vanhusten osuus potilaista kasvaa jatkuvasti. Kotisairaanhoidon järjestämisestä vastaa kunta ja sitä varten kuntien terveyskeskuksissa on erillistä henkilökuntaa, joka on koulutukseltaan terveydenhoitajia, erikoissairaanhoidajia, sairaanhoitajia, lähihoitajia tai perushoitajia. Kotisairaanhoidon kuuluu hoitotoimenpiteitä sekä näyttöiden ja kokeiden ottoa. Varsin vaativaakin sairaanhoitoa voidaan toteuttaa kotona, sillä monet haluavat asua kotona elämänsä loppuun saakka. Myös omaisten tukeminen on osa kotisairaanhoidon työtä.

Osassa kuntia kotisairaanhoido ja kotipalvelu on yhdistetty kotihoidon yksiköksi. Kotisairaanhoido on myös kehittynyt osaksi hoitoketjua, jonka lenkit ovat perusterveydenhuolto - erikoissairaanhoido - terveyskeskuksen sairaala - koti. Esimerkiksi lonkkamurtuman saaneen vanhuksen hoito painottuu sairaalahoidon sijasta kotisairaanhoidoon. Terveyskeskuksen vuodeosasto ja kotisairaanhoido vastaavat yhteistyössä yhä useammin myös syöpäpotilaiden saattohoidosta. Kotipalvelun maksu peritään sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta (STM 2006).

Kotipalveluja tarjoavat myös järjestöt ja yksityiset yritykset. Kotipalveluja voidaan antaa myös erilaisina tukipalveluina. Näitä ovat seuraavat: ateriapalvelu, virkistyspalvelu, saattajan apu, turvapalvelu, siivouspalvelu, korjaajapalvelu ja kuljetuspalvelu (Vallejo Medina ym. 2006,45–46).

Perusterveydenhuollossa tutkitaan tai hoidetaan ja hoidetaan yleislääketieteen periaatteiden mukaisesti. Vuodesta 1993 lähtien kunnat ovat voineet järjestää perusterveydenhuollon myös ostamalla palveluita toisesta kunnasta tai yksityiseltä palveluntuottajalta (Vallejo Medina ym. 2006,48). Jokaisella kunnan asukkaalla on oikeus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin. Useimmat kunnat järjestävät perusterveydenhuollon palvelut omassa terveyskeskuksessaan, jolla voi olla useita toimipisteitä. Lähes kaikilla terveyskeskuksilla on terveyskeskuksen sairaala. Niissä hoidetaan sekä äkillisesti sairastuneita että erikoissairaanhoidosta jatkohoidon ja kuntoutukseen siirtyneitä potilaita. Suuri potilasryhmä ovat pitkäaikaisessa hoidossa olevat vanhuksat. Terveysdenhuollossa painopistettä on siirretty erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuoltoon ja laitoshoidosta avohoitoon. Väestövastuista toimintaa on kehitetty siirtämällä hoivaa ja kuntoutusta tarvitsevien vanhusten hoitoa erikoissairaanhoidosta terveyskeskusten sairaaloihin, vanhainkoteihin, palveluasumisyksikköihin ja kotiin. Hoitoajat erikoissairaanhoidossa ovat lyhentyneet, mikä on osittain seurausta hoitokäytäntöjen muuttamisesta, osin uusista hoitomenetelmistä. Kuntoutusta järjestetään usean eri lain perusteella. Ikäihmisten kannalta merkittävimpiä ovat kuntien terveydenhuollon järjestämä lääkinällinen kuntoutus sekä valtion rahoittama rintamaveteraanien ja sotainvalidien kuntoutus (STM 2006.).

Vanhusten toimeentuloturva muodostaa tärkeän perustan vanhuspalveluissa. Suomessa ansio- ja kansaneläkejärjestelmä muodostavat lakisääteisen eläketurvan. Yleinen vanhuuseläkeikä on ollut 65 vuotta, mutta ikäraja on muuttunut liukuvaksi. Tarveharkintaisesti eläkkeensaajalle voidaan myöntää asumistukea, lapsikorotusta ja hoitotukea korvaamaan hoitoa, palveluja ja erityiskustannuksia. Sodassa tai sotaan liittyvissä tehtävissä palvelleille voidaan lisäksi maksaa rintamalisää ja ylimääräistä rintamalisää. Eläkkeiden arvo säilytetään vuosittain tarkistettavalla kansaneläkeindeksillä, joka noudattaa kuluttajahintojen kehitystä (Vallejo Medina ym. 2006,51).

3.3 Vanhustyö Heinävedellä

Kotihoidon tehtäväalueen tarkoituksena on ylläpitää ja edistää asiakkaiden toimintakykyä ja kotona selviytymistä tuottamalla yksilöllisiä ja suunnitelmallisia palvelukokonaisuuksia kotipalvelujen, välimuotoisten asumispalvelujen, lyhythoidon ja päiväkeskustoiminnan avulla. Säännöllinen kotihoito on vähintään kerran viikossa, maksimissaan 3-5 kertaa päivässä toistuvaa kotihoitohenkilöstön antamaa hoito- ja hoivapalvelua. Palvelusta tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan, omahoitajan, mahdollisuuksien mukaan omaisten kanssa. Kotipalvelu toimii alueellisesti, itseohjautuvissa tiimeissä. Kotipalveluhenkilöstö tekee myös ilta- ja viikonlopputyötä.

Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstöön kuuluvat: kotihoidon johtaja, 3 sairaanhoitajaa, 1 määrääikainen sairaanhoitaja, 1 perushoitaja, 10 lähihoitajaa, 8 kodinhoitajaa, 3 kotiavustajaa ja sosiaaliohjaaja.

Heinäveden palvelukeskus sisältää palveluasuntoja ja ryhmäkodin. Palveluasunnoissa on 21 vuokra-asuntoa ja 2-3- vuorohoitopaikkaa. Ryhmäkodissa on 12 vuokra-asuntoa ja 2-3 vuorohoitopaikkaa, sekä mahdollisuus osavuorokautiseen hoitoon. Ryhmäkodit on tarkoitettu dementoituneille henkilöille. Palvelukeskuksen läheisyydessä, samassa pihapiirissä on tukiasuntola, joka sisältää viisi vuokra-asuntoa.

Palvelukeskuksen henkilöstöön kuuluvat 1 vastaava sairaanhoitaja, 4 perushoitajaa, 8 lähi/kodinhoitajaa, 5 hoitoapulaista ja 2 laitoshuoltajaa.

Heinäveden terveyskeskuksen vuodeosastolla annetaan yleislääkäritasoisista sairaalahoitoa lyhytaikais- ja pitkäaikaispotilaille. Hoito toteutetaan alueellisen väestövastuun ja yksilövastuun hoitotyön periaatteita noudattaen. Vuodeosastolla on 43 potilaspaiikkaa, jotka on jaettu kolmeen soluun: A-solu; akuutti sairaanhoito, B-Solu; pitkäaikaissairaanhoito, C-solu; Sinikello, dementiahoito (Heinäveden kuntaportaali 2007).

Ikäihmisten hyväksi toimii Heinävedellä myös vanhusneuvosto. Vanhusneuvoston tehtävänä on edistää viranomaisten, vanhusten sekä eläkeläis- ja vanhustyöjärjestöjen yhteistoimintaa sekä edesauttaa ikäihmisten osallistumista ja vaikuttamista kunnalliseen päätöksentekoon. Vanhusneuvosto pyrkii myös edistämään ikäihmisten selviytymistä eri toiminnoissa, kuten asumisessa, sosiaali- ja terveyspalvelujen saamisessa sekä kulttuuri ja vapaa-ajan toiminnoissa. Heinäveden vanhusneuvosto koostuu seuraavista tahoista: Eläkeliitto, Heinäveden Eläkkeensaajat ry, Heinäveden Eläkeläiset ry., Heinäveden sotien veteraanit, Heinäveden seurakunta, sekä edustajat perusturvan toimialalta (sihteerinä kotihoidonjohtaja), sivistyslautakunnasta ja teknisestä lautakunnasta (Heinäveden kuntaportaali 2007.).

Lisäksi Heinävedellä toimii Pitäjän Olkkari-yhdistys, joka ylläpitää ikäihmisille suunnattua toimintaa. Yhdistyksellä on yksi palkattu työntekijä toiminnanohjaajana ja viisitoista vapaaehtoistyöntekijää. Pitäjän Olkkari on avoinna asiakkaille neljänä päivänä viikossa, toimintaan sisältyy pienimuotoinen kahvila, ohjattuja liikunta-, musiikki- ja tanssituokioita, askartelua, käsitöitä ja asiantuntijavierailijoita. Myös seurakunnan kanssa tehdään yhteistyötä kerran kuukaudessa pidettävän hartauden merkeissä (Pitäjän Olkkari ry:n toimintakertomus 2006.).

3.4 Päihdetyön kulmakiviä vanhustyössä

Nykypäivän päihdetyö pohjautuu 1980-luvulla aloitettuun lainsäädäntöuudistukseen. Vuoden 1984 alusta voimaan tulleessa sosiaalihuoltolaissa toteutetaan siirtymä viranomaislähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen, joka tuo asiakkaille enemmän sananvaltaa ja myös vastuuta huoltotapahtumassa. Asiakas mielletään nyt hoidon ja avun hakijaksi ja saajaksi, subjektiksi, entisen palvelujen kohteena olijan sijasta. Koska sosiaalihuoltolaki on päihdehuoltolain peruslaki, päihdeasiakkaita koskevat samat sosiaalihuoltolain mukaiset sosiaaliturvan etuudet kuin muitakin kansalaisia.

Päihdehuoltolaki tuli voimaan 1987 (41/86). Siinä kunnat velvoitetaan järjestämään ja rahoittamaan tarpeenmukaiset palvelut päihdeongelmallisille ja heidän läheisilleen. (Saarelainen ym. 2003,50.).

Voimassa olevasta päihdelaista on hävitetty kokonaan sosiaalisin perustein määritelty alkoholisti-käsite. Päihdetyön kohteeksi katsotaan ongelmakäytön ja siitä aiheutuvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisy ja vähentäminen ja päihteiden ongelmakäyttäjien ja heidän läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Merkille pantava muutos lainuudistuksessa oli ennalta ehkäisevän työn korostaminen. (Saarelainen ym. 2003,51.)

Alkoholin kulutus Suomessa on viime vuosina kasvanut poikkeuksellisen nopeasti, ja kasvu jatkuu käytettävissä olevien ennusteiden mukaan myös tulevina vuosina. Sen myötä lisääntyvät myös erilaiset päihdehaitat, suhteessa vieläpä nopeammin. Myös huumeiden käyttö lisääntyi Suomessa koko 1990-luvun ajan. Päihdepalvelujen ohjaus on myös paikallisella tasolla osoittautunut vaikeaksi, ja päihdehaittojen aiheuttamat kokonaiskustannukset nousevat varsin korkeiksi, jos päihdeasiakkaiden ja -potilaiden hoito siirtyy enenevästi erikoissairaanhoidon tehtäväksi, kuten 1990-luvulla on käynyt. Hyvin toimivat perustason sosiaali- ja terveystalvet sekä päihdehuollon erityispalvelut ovat järkevä ja tärkeä investointi sekä päihdeasiakkaiden, kunnan että koko yhteiskunnan näkökulmasta. (STM. 2007)

Lääketieteestä omaksuttu kolmijako primaari, sekundaari- ja tertiaaripreventio, merkitsee päihdehuollossa primaarivaiheessa yleistä, koko väestöön kohdistuvaa tiedon jakoa ja asennekasvatusta. Sekundaaripreventiossa kehitetään jo vaaravyöhykkeessä oleville ryhmille ”mini-interventiot”, kuten ”puheeksiottamismalleja” tai maksatestejä. Tertiaaripreventio kattaa hoitomenetelmät, joilla pysäytetään ongelmakäytön vaikeutuminen tai sen vaikutuksen laajeneminen esim. perheeseen tai verkostoon. (Saarelainen ym. 2003, 51.)

Päihdelain mukaan yksilölle voidaan antaa tahdonvastaista hoitoa joko väkivaltaisuuden tai terveysvaaran perusteella. Tällöin tulevat kysymykseen lyhytaikainen, 5 päivän katkaisuhoidojakso ja väkivaltaisuuden perusteella pitempiaikainen, 30 päivän mittainen jakso. Henkilö voidaan määrätä terveysvaaran vuoksi myös lyhytaikaisesti sairaalahoitoon kahden lääkärin lausunnon perusteella;

toinen on yleensä terveystieteiden lääkäri. Päätöksen tekee väkivaltaisuuden perusteella sosiaalityöntekijän esityksestä sosiaalihoitaja, -sihteeri tai sosiaalilautakunnan puheenjohtaja, ja se vahvistetaan lääninhallituksessa. (Saarelainen ym. 2003, 52.)

Lakisääteinen yhteisvastuullisuus terveystoimen kanssa on mahdollistanut ja varmistanut päihdeongelman kohtaamisen kokonaisvaltaisesti. Suomessa on ajanmukainen ja vertailukelpoinen palvelurakenne. Palvelut jaetaan yleis- ja erityispalveluihin. Yleispalveluja ovat sosiaalitoimet, terveyskeskukset ja sairaalat. Erityispalveluja ovat A-klinikat liitännäispisteineen, nuorisoasemat, päiväkeskukset, kuntoutuslaitokset ja erityispalvelujen yhdistelmät, esim. A-klinikka, perheneuvola ja mielenterveystoimisto. Palvelut voidaan jakaa myös avo- ja laitospalveluihin ja ns. ”välimuotoisiin” palveluihin, joita ovat tukiasunnot, puolimatkat ja ensisuoja. (Saarelainen ym. 2003, 54.)

Valtioneuvosto määritteli alkoholipolitiikan linjauksia koskevassa periaatepäätöksessään 9.10.2003 keskeiset tavoitteet ja valtionhallinnon toimintalinjat alkoholihaittojen vähentämiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön tehtäväksi asetettiin laajapohjaisen alkoholiohjelman valmistelu ja toimeenpano vuosina 2004–2007. Periaatepäätöksessä esitetään myös alkoholihaittojen ehkäisylle ja vähentämiselle kolme osatavoitetta: alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttavien haittojen vähentäminen, alkoholijuomien riskikäytön ja siitä aiheutuvien haittojen vähentäminen sekä alkoholijuomien kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun. (Alkoholiohjelma 2004–2007, 3)

Alkoholiohjelma 2004–2007 on työväline haittojen ehkäisyn kehittämiseen. Kokonaiskulutukseen vaikutetaan alkoholiverotuksella, säilyttämällä viinien ja väkevien vähittäismyynti Alkon tehtävänä, tehostamalla alkoholilupahallinnon ja –valvonnan panosta hyvinvointia ja elinympäristöä heikentävien haittojen ja häiriöiden vähentämiseksi. (Alkoholiohjelma 2004–2007, 4.)

Alkoholiohjelman tavoitteet ja toimintalinjat ohjaavat valtionhallintoa alkoholikysymyksissä. Muut toimijat liittyvät yhteistyöhön kumppanuussopimusten kautta. Vuoden 2004 lopussa kumppaneita oli runsaat sata: noin 60 kansalaisjärjestöä, evankelis-luterilainen kirkko, ortodoksinen kirkko, Suomen vapaa-kristillinen neuvosto, sosiaali- ja terveysalan ammatillisia järjestöjä, alkoholielinkeinon ja alan

työntekijöiden järjestöjä, työmarkkinoiden keskusjärjestöt ja noin 20 kuntaa. Alkoholiohjelman kumppanit sitoutuvat asettamaan alkoholihaittoja vähentävälle työlle selkeät tavoitteet ja seuraamaan työn tuloksellisuutta (Alkoholiohjelma 2004–2007, 8-9.)

Alkoholiohjelma tukeutuu olemassa oleviin organisaatioihin ja yhteistyön rakenteisiin. Tavoitteena on tehostaa ja kohdentaa haittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen tähtäävää toimintaa sekä laajentaa ja tehostaa toimijoiden yhteistyötä. (Alkoholiohjelma 2004–2007,87.)

Kunnat ovat avainasemassa alkoholihaittojen vähentämiseen tähtäävän paikallisen yhteistyön käynnistämisessä ja kehittämisessä hallinnonalojen, järjestöjen ja elinkeinon kesken. Päihdetyön kehittämisen ja koordinoinnin perusrakenteena toimivat kunnan ehkäisevän päihdetyön yhdyshenkilö ja päihdetyötä kokonaisuutena tarkasteleva poikkihallinnollinen työryhmä Kuntien ehkäisevä päihdetyö saattaa rakentua myös seudullisen yhteistyön varaan, joka vaatii omat tapauskohtaisesti vaihtelevat koordinoitirakenteensa (Alkoholiohjelma 2004–2007, 90.)

4. PÄIHDETYÖ HEINÄVEDEN IKÄIHMISILLE

4. 1. Keskeiset toimijat päihdetyössä

Päihdepolitiikka Heinäveden kunnassa perustuu päihdehuoltolakiin ja -asetukseen vuodelta 1986. Päihdehuolto on osa sosiaalipalveluja, lastensuojelua, työterveyshuoltoa, mielenterveys- ja kansanterveystyötä. Stakesin indikaattoripankin Sotkanetin mukaan (2007) Heinävedellä alkoholijuomien myyntiä on asukasta kohti 100 % alkoholina vuonna 2003 ollut 8.9 litraa, 2004 9.4 litraa ja 2005 9.7 litraa. Alkoholijuomien myynti on siis kasvussa Heinävedelläkin.

Päihdetyöstä vastaava toimielin kunnan hallintosäännön mukaan on perusturvalautakunta. Se pyrkii asianmukaisesti huolehtimaan, että kunnassa tehtävä ehkäisevä- ja korjaava päihdetyö vastaavat maassa yleisesti hyväksytyä tasoa. Perusturvalautakunnassa on 8 jäsentä, joista yksi on koulutukseltaan päihdetyöntekijä.

Hän tuo oman asiantuntemuksensa keskusteluun ja päätöksentekoon perusturvalautakunnan päättäessä päihdeasioista.

Vaikka kunnilla on palvelunjärjestämisvastuu taloudellisine velvoitteineen, ei kunta tuota kaikkia palveluja itse. Kolmannen sektorin toimijat, esim. evankelisluterilainen seurakunta ja päihdejärjestöt ovat luoneet omat palveluverkostonsa kuntaan. Sosiaalitoimissa on nimetty ehkäisevän päihdetyön henkilö päihdeasioihin, hän myös tekee päätökset laitostuntoutuksesta ja jälkihoidosta. Kuntoutussuunnitelman asiakkaan kanssa voi sosiaalityöntekijän lisäksi tehdä myös terveystakeskus, mielenterveysneuvola, kuntoutumiskeskus, päihdetyöntekijä (Koulupuisto ry) tai A-klinikka. Päihdekuntoutuspaikkoja Heinävesi ostaa pääasiassa Tyynelän Kuntoutumis- ja Kehityskeskuksesta ja Tuustaipaleen kuntoutuskeskuksesta. Heinävesi on Varkauden A-klinikan sopimuskunta, joten sen palvelut ovat kuntalaisille maksuttomia.

Terveystakeskuksen tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteen ongelmakäyttöön liittyviä haittoja. Käytännössä se tarkoittaa puheeksi ottoa lääkärin vastaanotolla ja kotisairaanhoidossa ja päihteen ongelmakäyttöön liittyvien terveydellisten haittojen ehkäisyä ja hoitoa avoterveydenhuollossa. Katkaisuhoido, neuvonta ja ohjaus tapahtuvat terveystakeskuksessa. Terveystakeskus antaa päihdeongelmalliselle lääketieteellisen ensiavun ja tilanteen edellyttämän katkaisuhoidon. Katkaisuhoidon ottamisesta vuodeosastolle päättää terveystakeskuslääkäri.

Koulupuisto ry. järjestää päivätoimintaa ja omaehtoista kuntoutusta päihdeongelmallisille ja muille syrjäytyneille. Koulupuisto ry:n toiminta tähtää korjaavaan ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Heinäveden kunta ostaa Koulupuisto ry:n palveluja, joita ovat mm. päivätoiminta ja tukiasumisen järjestäminen. Koulupuisto ry toimii usein myös työkokeilupaiikkana, työvalmennuspaikkana ja yhdyskuntapalvelupaikkana. Koulupuisto ry:n toiminnanohjaaja on hyvin keskeisessä asemassa kunnassa tehtävässä päihdetyössä.

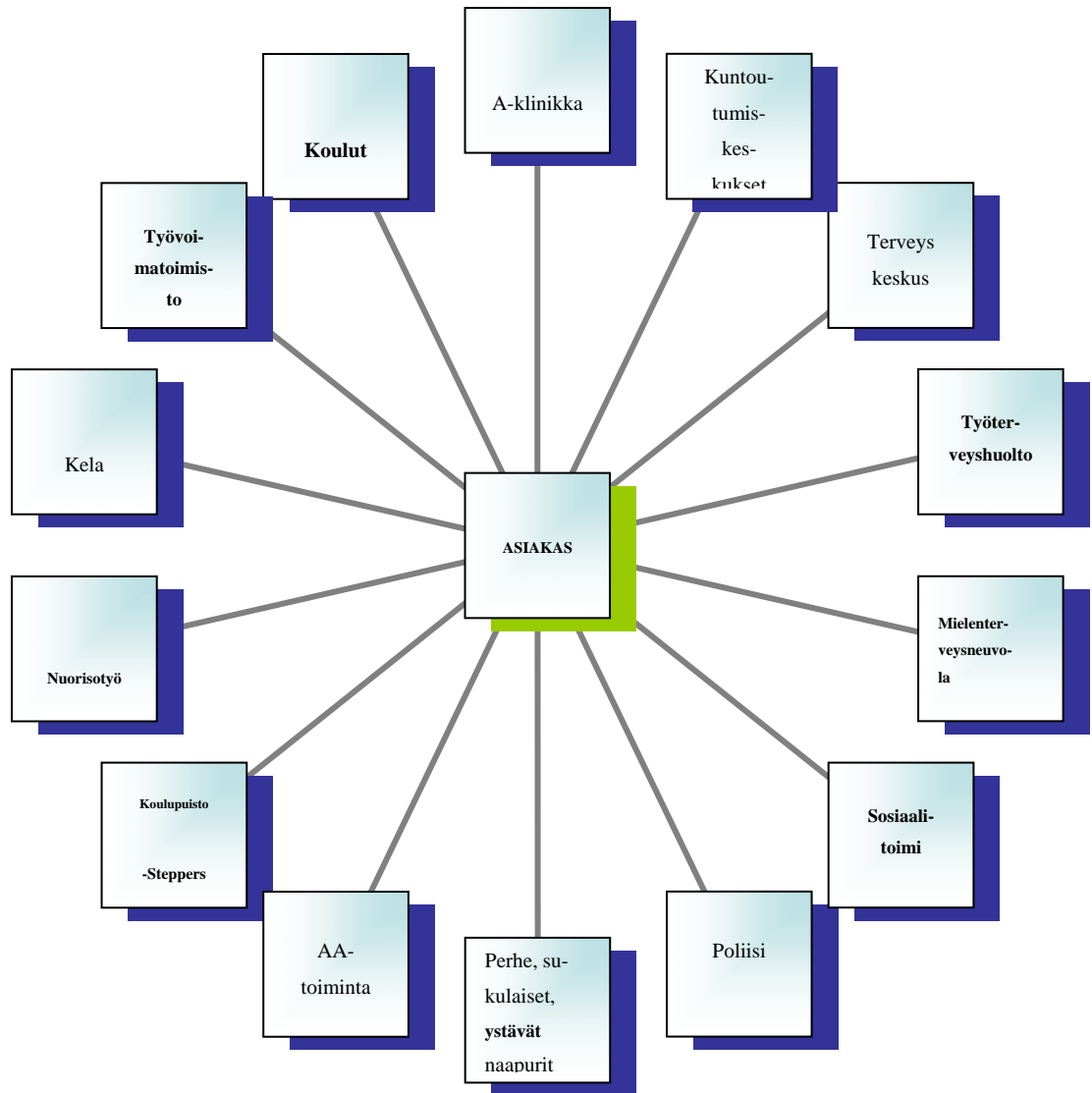
4.2 Päihdestrategia

Heinäveden kunnalla on syksyllä 2004 päivitetty päihdestrategia. Heinäveden päihdestrategian on laatinut moniammatillinen päihdetyöryhmä. Taustatietoa

Heinäveden päihdetilanteesta työryhmä keräsi kirjallisilla kyselyillä eri toimipisteiltä, jotka joutuvat työssään tekemisiin päihdeasioiden ja päihdeasiakkaiden kanssa. Tietoa on kerätty myös alkoholin myynti- ja anniskelupisteiltä ja yhdistyksiltä. Päihdetyöryhmän jäsenet ovat haastatelleet eri ammattikuntien edustajia. Heinäveden päihdestrategiassa kuvataan päihteiden käyttöä Heinäveden kunnassa alkoholin tarjonnan ja kulutuksen sekä sekakäytön ja huumeiden käytön näkökulmasta. Päihdepolitiikkaa Heinäveden kunnassa esitellään lainsäädännön, tavoitteiden ja kehittämisalueiden osalta. Päihdestrategiassa esitellään ennaltaehkäisevään, varhaiseen puuttumiseen ja hoitoon osallistuvia tahoja siten, että toimijatahojen toimintaa kuvataan ja myös konkreettiset vastuhenkilöt yhteystietoineen on kirjattu strategiaan. Huumetyö esitellään omana osa-alueenaan. Hoitoon ohjaaminen ja hoidon vaihtoehtoja selvitetään kaavioiden sekä perhe- ja verkostotyön muodossa. Lisäksi hoidon toteuttamista kuvataan katkaisu-, avo- ja laitoshoidon näkökulmista sekä lainsäädännön antamien mahdollisuuksien puitteissa pakkohoidon osalta. Päivityksessä on otettu huomioon Sosiaali- ja terveysministeriön laatima: Alkoholiohjelma 2004–2007, Yhteistyön lähtökohdat 2004. Päihdestrategian tavoitteena on ohjata ja antaa suuntaa kunnassa tehtävälle päihdetyölle. (Stakes 2007.) Päihdestrategiassa ei erikseen eritellä ikääntyviä päihteiden käyttäjiä. Strategia on suunnattu koko väestölle. Ennaltaehkäisevää päihdetyötä tekee Heinäveden kunnassa sosiaalityön, sairaalan, vuodeosaston ja terveyskeskuksen lisäksi työterveyshuolto, mielenterveysneuvola, äitiys- ja lastenneuvola, päivähoito- ja virikekerhot, koulutoimi ja vapaa-aika- ja nuorisotoimi, Heinäveden Koulupuisto ry, evankelisluterilainen seurakunta, poliisi, työvoimatoimisto, Kela sekä vapaaehtoistoiminta.

4.3 Hoito- ja kuntoutumisprosessi

Moniammatillinen yhteistyö tehostaa ennaltaehkäisevää toimintaa ja varhaista puuttumista. Mielestämme kohdatessa apua tarvitseva asiakas, on ensisijaisen tärkeää kartoittaa, ketä muita tahoja auttamiseen tarvitaan ja mitä kunnalla on tarjota.



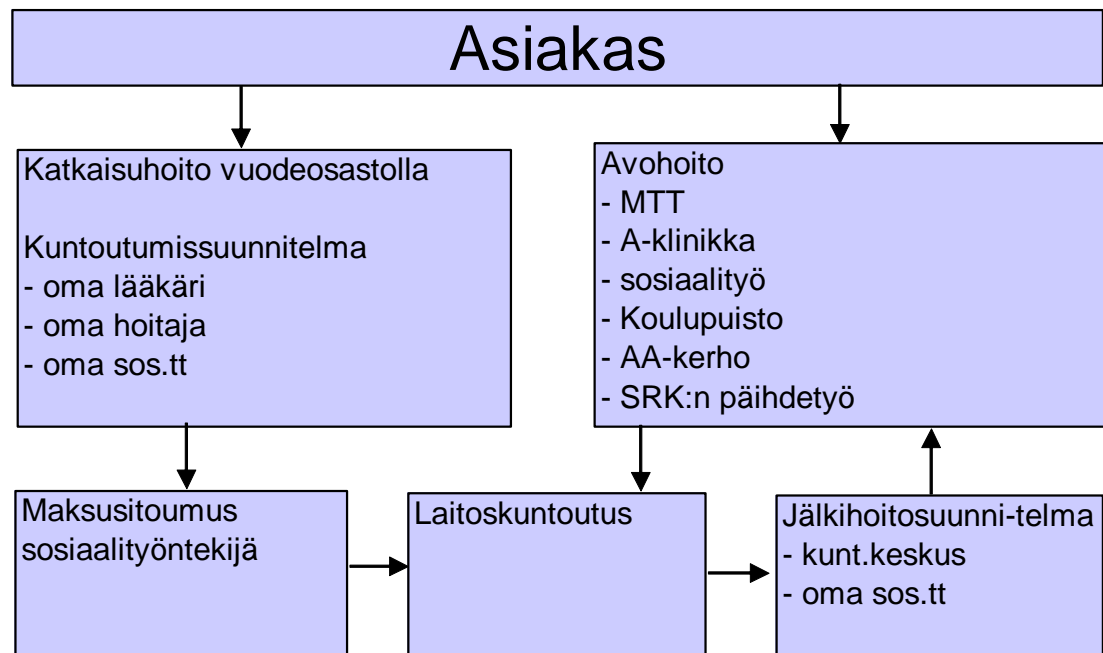
KUVIO 4. Päihdeongelmaisen hoito- ja palveluketjun eri osapuolet

(Mujunen 2007)

Koulupuisto Ry:n toiminnanohjaajan (Mujunen 2007) mukaan, Heinävedellä hoitoon ohjaaminen noudattaa kyseistä kaavaa:

1. Hoidon suunnittelu, jossa määritellään hoidon tarve ja laaditaan hoitosuunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa.
2. Hoidon toteutus, siellä missä se on asiakkaan kannalta asiallisinta suorittaa. Hoito voi olla avo-, välimuoto- tai laitoshoidoa.
3. Hoitoa arvioidaan koko prosessin ajan. Huomioidaan kuntouttava työote. Toipumisprosessiin kuuluu monia vaiheita, niiden huomioiminen.
4. Jälkihoitosuunnitelma

Alla kuvattuna hoitoon -ohjaamisen kaavio 6, jota sovelletaan asiakkaan hoidossa Heinävedellä. Hoitoon ohjaamisessa on huomioitu asiakaslähtöisyys sekä avopuolen palvelut.



KUVIO 5. Hoitoon ohjaaminen, Heinävesi (Mujunen 2007)

4.4 Päihdetyöryhmä

Heinävedellä toimii moniammatillinen päihdetyöryhmä. Ryhmä on jaettu osaamisensa mukaan kahteen pienempään ryhmään, ennaltaehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöryhmään. Ryhmien tavoitteena on mm. ennaltaehkäisevän päihdetyön strategian laatiminen ja ikäihmisten päihteiden käytön varhainen havaitseminen, käytön vähentäminen ja olemassa olevien ongelmien hoitaminen. Päihdetyöryhmä on muutenkin kunnan päihdeasioissa ”ajan hermoilla” joten se ottaa kantaa ja järjestää toimia huomaamiinsa ongelmakohtiin. Valtakunnallisen kiinnostuksen innoittamana myös Heinävesi on alkanut herätä ikäihmisten päihteidenkäytön problematiikkaan. Toinen tätä opinnäytetyötä tekevä henkilö kuuluu molempiin päihdetyöryhmiin.

4.4.1 Mini-interventio

Mini-interventio on tehokas tapa ehkäistä ja vähentää alkoholihaittoja. Mini-interventiot toimintaa juurrutetaan perusterveydenhuollon palveluihin. Mini-

interventiolla tarkoitetaan varhaiseen alkoholin suur- tai riskikulutukseen kohdistettua neuvontaa ja juomisen seuranta. Käytännössä kyse on alkoholinkäyttötapoja, haittoja ja alkoholinkäytön hallinnan keinoja koskeva keskustelu lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa parin kolmen vastaanottokäynnin yhteydessä. Mini-intervention käyttöönottoa suositetaan myös uudessa Alkoholiohjelmassa. Alkoholiohjelmassa edistetään eri tavoin kansalaisten edellytyksiä arvioida ja hallita alkoholinkäyttöään. Esimerkki alkoholinkäytön hallintaa tukevasta aineistosta on Maailman terveysjärjestön WHO:n kehittämään audit-testin pohjaava riskien arviointiväline ”10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä” Testi on alkuaan kehitetty seulomaan terveydenhuollon potilasvirrasta henkilöitä, jotka voivat hyötyä mini-interventiosta. Jokainen voi tehdä testin itse ja arvioida sen avulla oman alkoholinkäyttönsä. Tavoitteena on, että alkoholinkäytön omatoiminen hallinta, terveydenhuollossa toteutettavat mini-interventiot ja asiakkaiden tarpeisiin vastaavat päihdepalvelut kytkeytyvät toisiinsa. (STM 2007.)

4.4.2 Audit-kysely

Perusturvan alueella onkin otettu mini-interventio ja Audit-kysely käyttöön 2006 ja Heinäveden kuntaan on myös laadittu alkoholiohjelman toimintasuunnitelma vuosille 2006–2008 täsmentämään päihdestrategiaa ja toimintasuunnitelmaksi eri toimialoille päihdetyön tekemiseksi. Toimintasuunnitelmassa mainittujen painopistealueiden avulla Heinäveden kunnassa pyritään saamaan alkoholi kokonaiskulutus laskuun, päihdeongelmien ja riskikäytön vähentämiseen sekä yleisen hyvinvoinnin parantamiseen koko väestön osalta. Näihin tavoitteisiin pyritään väestön päihdetietoutta lisäämällä, henkilöstön koulutuksella ja erilaisten hankkeiden ja tapahtumien kautta.

4.5 Päihdetyössä toimijat

Asiakkuuden kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että vanhustyössä tunnustetaan myös vanhoilla ihmisillä olevan samanlaisia, muutosta kaipaavia, eriytyneitä ja vaikeita elämäntilanteita kuin nuoremmillakin. Esimerkiksi päihdeongelma myönnetään yhä useammin myös vanhojen ihmisten elämää haittaavaksi ja avun tarvetta aiheuttavaksi asiaksi. (Koskinen ym.1998,59).

Heinäveden kunnan 4300 asukkaasta 65-vuotiaita ja siitä iäkkäämpiä on 1145 henkilöä, joista kotisairaanhoidon ja kotipalvelun palveluja käyttää 308 henkilöä. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelu ovat kartoittaneet asiakkaitaan runsaasti alkoholia käyttävät ikäihmiset. Päihdetyöntekijä Anna-Liisa Mujusen (2007) mukaan liikakäyttöä on yhdeksällä henkilöllä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaalla Heinäveden kirkonkylän keskustassa. Laaja-alaisen pitäjän asukkaista kaikilla ikäihmisillä ei ole kontaktia kotipalveluun, joten kysely ei tavoittanut heitä. Heinävedellä on myös syrjäytyneitä, jotka eivät käytä kotipalvelun tai kotisairaanhoidon palveluja. Kotihoidonjohtaja Minna Laurion (2007) mukaan päihteiden liikakäyttöä on siis enemmänkin kuin mitä kyselyssä tuli ilmi. Sekä päihdetyöntekijän että kotihoidonjohtajan mukaan ikäihmisten päihteidenkäyttö on myös salattua, varsinkin naisilla. Prosentuaalisesti päihteitä liikaa käyttävien ikäihmisten määrä Heinävedellä ei ole suuri, mutta kunnallisten palveluiden saajina ja kustannuksia sitä kautta aiheuttavina prosenttimäärä on suuri.

Päihdetyöntekijä ja kotihoidonjohtaja kertovat haastatteluissaan(2007), että alkoholin hankkiminen Heinävedellä on helppoa. Vähittäismyymyntipaikkoja Heinävedellä on 12 kappaletta. Näistä yksi on Oy Alko AB:n myymälä, joka sijaitsee kirkonkylässä. Valamon luostarissa on tilaviinien myyntipiste. Lisäksi keskiolutta myyvät neljä (4) kyläkauppaa, kaksi (2) markettia kirkonkylällä, ja kaksi (2) huoltoasemaa. Kotihoidonjohtajan mukaan hyväkuntoiset ikäihmiset hankkivat alkoholin itse ja huonompikuntoisille sitä tuovat tuttavat.

Päihdeongelman tultua julki ikäihmisellä, on päihdetyö lähinnä Koulupuisto ry:n tekemää päivätoimintaa. Päihdetyöntekijä Anna-Liisa Mujusen (2007) mukaan pieni osa päihdeongelmaisista ikäihmisistä tulee päivätoimintaan, yleensä terveyskeskuksen vuodeosaston suosittamana. Päivätoiminta ei kuitenkaan yksin riitä ikäihmisten kuntoutumista ajatellen. Päivätoiminta on lähinnä oleskelua ja nikkarointia, johon iäkkäämmät ihmiset eivät mielellään enää lähde. Kotihoidonjohtaja Minna Laurion (2007) mielestä kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaita ei kyseinen päivätoiminta tavoita. Heillä ei ole kuljetusta kyseiseen paikkaan, joten se rajoittaa heidän osallistumistaan päivätoimintaan.

Heinäveden sairaalan vuodeosastolla toimiva sairaanhoitaja (2007) kertoo sähköpostiviestissään mielipiteensä osaston näkökulmasta ikäihmisten liiallisen

päihteidenkäytön hoitoon vuodeosastolla. Kyseinen sairaanhoitaja toimii myös moniammatillisessa päihdetyöryhmässä Heinävedellä. Hänen mielestään sairaalan osastolla ei kiireen ja tilanpuutteen vuoksi ole mahdollisuutta paneutua päihdeasioihin. Normaali käytäntö on katkaisuhoido, puhdistaminen ja ravinnon saanti, lepo ja kotiuttaminen. Hänen mielestään katkaisuhoidoasiakkaina ei ole ollut ikäihmisiä, vaan 20–50-vuotiaita henkilöitä. Yli 65-vuotiaita on ollut osastolla esim. kaatumisen vuoksi, jolloin taustalla on mahdollisesti ollut syynä alkoholi. Osa heistä on ollut kotisairaanhoidon asiakkaita. Keskustelut päihdeasiakkaan kanssa on ainoa päihdetyö mitä osastolla tehdään vierotusoireiden hoidon lisäksi. Sairanhoitaja toivoisi kuitenkin työssään lisää aikaa keskusteluille ja jatkohoidon suunnittelulle. Ikäihmisillä on peruslääkkeitä huomattavasti enemmän kuin työikäisillä, joten se täytyisi ottaa huomioon katkaisuhoidon pituudessa, mutta tällä hetkellä näin ei tehdä.

Heinäveden kunnassa toimiva fysioterapeutti (2007) kertoo sähköpostiviestissään ikäihmisten liiallisen alkoholinkäytön näkyvän myös fysioterapeutin työssä. Fysioterapeuttien kuntoutusasiakkaina on iäkkäistä alkoholinkäyttäjistä suurkuluttajia, jotka ovat kaatuilleet tai tapelleet. Osalla suurkuluttajista on myös hermostollisia häiriöitä, esim. kävelyn tasapainottomuutta. Iäkkäille alkoholin suurkuluttajille lainataan myös apuvälineitä. Fysioterapeutin arvion mukaan ikäihmisiä tulee kuntoutukseen asiakkaiksi 1-2 uutta potilasta kuukaudessa. Käyntikertoja heidän luonaan kertyy 2-3 päivässä, luku sisältää osaston päivittäisen kuntoutuksen. Hän esittää myös epäilyjä, joita ei voi kertoa faktana, koska asiakasta ei ole puhallutettu: iäkkäillä asiakkailla on ollut poikkeavaa käytöstä, esim. sekavuutta, muistamattomuutta ja tasapainottomuutta. Näiden oireiden syyksi on selvinnyt alkoholi. Hän myös viittaa alkoholikulttuurin ”vapauten” asiakkaiden tuodessa mm. kuntosaliryhmään alkoholia ja juodessa sitä julkisesti. Myös osastolla potilaalla saattaa olla oma pullo laatikossa, ja hän käyttää sitä ”lääkärin ohjeesta” lääkkeeksi.

Pohjois-Kymenlaaksossa olleessa tapaturmahankkeen alustavissa löydöksissä lonkkamurtumien taustalla esiintyi humalatila yli 65-vuotiailla miehillä 17 %:ssa ja naisilla 3 %:ssa tapauksia. Tässä hankkeessa myös 55–64-vuotiaiden ryhmässä humalatila oli selkeästi yleisempää: 35 %:lla miehistä ja 18 %:lla naisista. (Juhela 2007,18.)

Päihdepalvelut eivät siis yllä kaikille päihteitä runsaasti käyttäville nykyisillään. Heinävesi on myös maantieteellisesti laaja-alainen pitäjä, jossa sijaitsee kaksi toisistaan kaukana sijaitsevaa keskustaa. Keskustojen välillä on kolmekymmentä kilometriä matkaa. Kirkonkylän päihdepalvelut eivät yletä pohjoispuolelle pitäjää. Kotisairaanhoidon ja kotipalvelun henkilöstön ajan ja keinojen puute puuttua ongelmaan edesauttaa päihdeongelman etenemistä ja lisää päihdepalveluiden ulottumattomuutta. Ennaltaehkäisevää päihdetyötä on kaikki kolmannen sektorin toiminta, mutta sinnekään kaikki ikäihmiset eivät välttämättä löydä.

5 HENKILÖSTÖN KOULUTUSTARVEKARTOITUS

5.1 Kartoituksen tavoite ja tehtävä

Kyselymme tavoitteena oli saada tietoa hoito- ja hoivatyössä näkyvää ikääntyneiden asiakkaiden päihteiden käyttöä, sekä kartoittaa työntekijöiden tarpeita tuesta ja lisäkoulutuksesta ikääntyneen päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamisessa.

Kyselyn kohderyhmä oli kotisairaanhoidon, kotipalvelun, jotka työskentelevät ikäihmisten kanssa päivittäin ja sairaalan vuodeosasto, jossa katkaisuhuolto tapahtuu.

Kyselyssä kysyimme henkilöstön työkokemusta, koulutusta ja saatua koulutusta ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamiseen. Kysyimme myös henkilöstön tietoa päihteidenkäytön syistä ja sen tuomista ongelmista ikäihmiselle. Halusimme tietää kuinka henkilöstön työ vaikeutuu heidän kohdatessaan ikäihminen jolla on päihdeongelma, mitä tunteita se herättää, kuinka työntekijät kokevat päihteidenkäytön puheeksi oton asiakkaansa kanssa. Kysyimme myös koulutustarvetta ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa työskentelyyn, sekä henkilöstön toiveita kotihoidon, terveydenhuollon ja päihdetyön yhteistyön kehittämiseksi Heinävedellä.

5.2 Aineiston keruu ja analyysi

Kyselytutkimuksen kohteeksi valitsimme kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja sairaalan vuodeosaston, henkilöstön joka työskentelee ikäihmisten kanssa ja mahdollisesti törmää ikäihmisten liialliseen alkoholin käyttöön. Tutkimuskysely jaettiin 8.12.2007 ja viimeinen palautus päivämäärä oli 31.12.2006. Lomakkeita jaettiin 61 kpl ja niitä palautui 32 kpl. Kysymyksiä lomakkeessa oli 13 kappaletta.

Keräsimme aineistoa kyselyllä, koska halusimme kerätä tietoa koko kotisairaanhoidon, kotipalvelun ja vuodeosaston henkilöstöltä. Halusimme myös saada tietoa monista eri asioista. Pidimme kyselymenetelmää tehokkaana ja helppona toteuttaa. Tiesimme kylläkin, että kyselytutkimukseen kuuluu vaikeuksia. Kaikki kyselyt eivät palaudu täytettyinä, antamamme vastausvaihtoehdot eivät välttämättä olisi riittäviä ja varmaa ei ole, ottaisiko valittu kohderyhmä kyselyn tosissaan; miettivätkö he asioita vastatessaan, tai täyttäisivätkö kyselylomakkeen huolimattomasti. Kyselymme muoto oli kontrolloitu kysely (Hirsjärvi ym. 2005,182–192.).

Veimme kyselyt kotihoidonjohtajalle ja sairaalan osastonhoitajalle ja he jakoivat kyselyt aamupalaverissa. Kyselyissä oli palautuspäivämäärä, ja kyselyt palautettiin sen jakaneille esimiehille. Vastausaikaa oli kolme viikkoa. Haimme palautetut vastaukset sovittuna määräaikana pois samoilta henkilöiltä, jonne kyselyt olivat palautuneet. Kyselyssä oli sekä avoimia, että monivalintakysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä annoimme vastaajille mahdollisuuden kertoa oman mielipiteensä asiasta. Joitakin kysymyksiä oli monivalintana siksi, että kyselyn purku olisi muuten mennyt liian hankalaksi. Kaikkiin kysymyksiin emme halunneet kirjavia vastauksia, vaan lyhyitä ja ytimekkäitä tietoja. Mukana oli myös muutama strukturoidun kysymyksen ja avoimen kysymyksen välimuoto, valmiiden vaihtoehtojen jälkeen esitettiin avoin kysymys. Ajattelimme sillä saavamme mahdollisesti esiin näkökulmia, joita emme ole osanneet etukäteen ajatella. Ensin tarkistimme että kaikki lomakkeet olivat selvästi ja oikein täytettyjä. Emme hylänneet yhtään lomaketta. Kirjasimme avoimien kysymysten vastaukset ylös ja laskimme monivalintakysymysten vastaukset Kokosimme vastauksia ja pohdimme analyysin tuloksia ja tulkitsimme niitä. Laadimme synteetit ja kokosimme vastaukset kysymyksiimme (Hirsjärvi ym. 2005,210–214). Avoimien kysymysten samankaltaisista vastauksista oli helppo laskea, mitkä asiat työntekijöitä eniten ikäihmisten päihteiden liikakäytössä puhututtivat. Tulokset kokosimme yhteen ja toimitimme ne kouluttajan käyttöön, joka tuli toteuttamaan koulutuksen ”Ikäihmiset ja päihteet” Tuloksia hän käytti koulutuksen suunnittelussa.

5.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Kartoituksemme aihe on eettisesti hyväksyttävä. Läheistemme huolenpito ja hoiva on arvoja joista koko yhteiskunnan tulee huolehtia. Päihdeongelma tulee hyväksyä sairautena muiden sairauksien joukossa ja hoiva ja huolenpito täytyy olla samalla tasolla kuin muissakin sairauksissa. Myös päihdeasiakkaista huolehtivien työntekijöiden jaksamista ja työpanosta täytyy tukea. Kaikki tulokset ovat kirjattu salaamatta ja kaunistelematta. Yksilön oikeusturva on taattu kyselyn nimettömyydellä. Tavoittelimme hyvää korkeatasoista tietoa tuottavaa tutkimusta (Hirsjärvi ym. 2005, 216.). Pohdimme sitä, ovatko vastaajat erottaneet ikäihmisten päihteiden käytön valtaväestön päihteiden käytöstä. Kysymykset on kuitenkin rakennettu niin, ettei yleistäminen ole mahdollista. Nuoremmat päihteidenkäyttäjät sairaalan asiakkaina herättävät paljon tunteita ja halusimme varmistaa, etteivät ne tunteet sotke vastauksia.

5.4 Kyselytutkimuksen tulokset

Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 61 ja niitä palautui täytettyinä 32. Vastaajista lähihoitajia/perushoitajia oli 13, sairaanhoitajia 2 ja kodinhoitajia 2 henkilöä. Kotipalvelun/kotisairaanhoidon henkilökunnalla työkokemusta oli neljällä yli 20 vuotta, viidellä 10–20 vuotta, neljällä 5-10 vuotta ja kahdella 2-5 vuotta. Sairaalan henkilöstön vastaajista lähihoitajia/perushoitajia oli 7 ja sairaanhoitajia 8 henkilöä. Sairaalan henkilökunnasta vastanneista viidellä oli työkokemusta yli 20 vuotta, kolmella 10–20 vuotta, viidellä 5-10 vuotta, yhdellä 2-5 vuotta ja yhdellä alle vuosi.

Kotipalvelusta/kotisairaanhoidosta koulutusta ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamiseen oli saanut 6 henkilöä ja 11 ei ollut saanut koulutusta. Sairaalan henkilöstöstä koulutusta ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamiseen oli saanut 6 henkilöä ja 9 ei ollut saanut ollenkaan koulutusta em. asiaan.

Pääsääntöisesti henkilöstö sekä kotipalvelussa/kotisairaanhoidossa, että sairaalassa, kokee tarvitsevansa tukea ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa työskentelyssä asiakkaan kohtaamiseen, puheeksiottamiseen, työkavereitten tukea, tiimikeskusteluja sekä omaisten tukea työntekijää kohtaan.

Koulutusta ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa työskentelyyn koki tarvitsevansa enemmistö vastaajista. Heistä kuusi ei määritellyt koulutustarvettaan, loput toivoivat tietoa alkoholin ja lääkkeitten yhteisvaikutuksesta, selkeitä ohjeita päihdeongelmaisen hoitoon ohjaamisessa, miten työntekijän täytyy toimia, miten käsitellä asiakasta, ja asiakkaan sitouttamisesta omaan hoitoonsa.

*Mitkä ovat toimenpiteet kun asiakas on jatkuvasti päihteiden alainen ja kolhii itsensä koko ajan, sekä juo kaikki rahansa? Edunvalvojan hankkiminenko vai katkaisuun? Olen jotenkin avuton ja neuvoton kohdatessani tällaista, pitäisi olla selkeät ohjeet.
(Lähihoitaja, kotipalvelu)*

*Tietoa itselläni todella vähän aiheesta, joten kaikenlainen koulutus olisi tarpeen. Lähinnä terveydenhuoltoon liittyen, ei niinkään sosiaalipuoleen, esim. lääkkeitten ja alkoholin yhteisvaikutuksesta.
(Lähihoitaja, sairaala)*

Vastanneista neljäsosa oli sitä mieltä, että naisten lukumäärä päihdeasiakkaissa on lisääntynyt viime vuosina, ja puolet vastanneista oli sitä mieltä, että naisten lukumäärä päihdeasiakkaissa ei ollut lisääntynyt. Loput vastaajista ei osannut sanoa, oliko naisten lukumäärä päihdeasiakkaissa lisääntynyt.

Vastaajien mielestä päihteiden käyttö aiheuttaa ikääntyneelle asiakkaalle lukuisia ongelmia, kuten sekavuutta, tasapainohäiriöitä, kaatuilua, hygieenisuus unohtuu, muiden sairauksien ongelmat pahenevat, ravitsemustilan huononemista, maksuvaikeuksia, sosiaalisen kanssakäymisen vähenemistä, lääkkeitten unohtamista, sekä tulipalovaaraa.

Vastanneista yksi ei osannut sanoa, onko päihteiden käyttö lisännyt ikääntyneiden tapaturmariskiä, loput vastanneista olivat sitä mieltä, että tapaturmariski kasvaa päihdeidenkäyttäjien keskuudessa.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että heidän työnsä vaikeutuu kohdatessa ikääntyneen päihdeasiakkaan. Muiden potilaiden turvallisuuden takaaminen kärsii, seksuaalista häirintää ilmenee, asiakas aiheuttaa myös työntekijöissä pelkoa. Tavalliset työrutiinit vaikeutuvat ja lisääntyvät ja lääkesotkuja esiintyy mahdollisten väärinkäytösten mukana. Päihdeasiakkaiden koetaan vievän liikaa aikaa, muut asiakkaat kärsivät siitä.

Menee aikaa paljon, esim. siivous, tapaturmat, haavojen hoitaminen, ambulanssin tilaus ja odottaminen. Toiset asiakkaat joutuvat odottamaan. Pelko, jos asiakas on aggressiivinen.(Lähihoitaja, kotipalvelu)

Aggressiivisia, väkivaltaisia, ei hoitomyönteisiä. Lisää työn kuormittavuutta.(Kodinhoitaja, kotipalvelu)

Vastaajista kuudesosa koki päihteidenkäytön puheeksi oton ikääntyneen asiakkaan kanssa normaalina tilanteena, kolmasosa vastaajista koki sen kiusallisena ja vain muutama vastaajista ei osannut sanoa kuinka puheeksi ottamisen koki.

Henkilöstön toiveena ja kehitysehdotuksena kotihoidon, terveydenhuollon ja päihdetyön kehittämisestä nousi yhteiset koulutukset, yhteiset reaalityökalut toimijoiden kesken, yhteisiä pelisääntöjä, yhdyshenkilö, joka hoitaa asioita eteenpäin ja tiedotusta alkoholin liikkakäytön haitoista myös ikäihmisille. Päihdeasiakkaille toivottiin omaa yksikköä, jossa katkaisuhoidoita suoritetaan, sekä erillistä omaa asuntolaa, jotta perushoito olisi helpompaa. Tiedonkulkuun henkilöstön kesken myös päihdeasioissa toivottiin muutosta.

*Yhteisiä palaverieja, koulutusta, selvitystä mitä pitäisi tehdä tällaisten asiakkaiden kohdalla. Jatko-toimenpiteitten selkiyttäminen.
(Lähihoitaja, kotipalvelu)*

*Realistisempaa valistusta terveyshaitoista. Ei sormi pystyssä osoittamista vaan jokaisen omaa vastuunkantoa omasta käytöstä.
(Sairaanhoitaja, sairaala)*

Henkilöstön mielestä ikääntyneille aiheuttaa päihdeongelmaa mm. yksinäisyys, masennus, turhautuneisuus, unettomuus, turvattomuus, kipu ja tarkoituksettomuus.

*Yksinäisyys, entinen tapa/elämä. Eläkkeet riittävät muuhunkin kuin ruokaan. Kipu-/ruokahalulääkkeeksi -> muuttuu tavaksi.
(Sairaanhoitaja, sairaala)*

Yksinäisyys, masennus, hyödyttömyyden tunne, kun ei voi eikä jaksa tehdä enää mitään.(Lähihoitaja, sairaala)

Päihdeasiakas herättää työntekijöissä monenlaisia tunteita, kuten surua, myötätuntoa, sääliä, ärtymystä, inhoa, kiukkua, kielteisyyttä, voimattomuutta, halua auttaa, turhautumista jne.

*Sääliä ja kiukkua, ”tuon ikäinen ihminen ja tuossa kunnossa”
(Sairaanhoitaja, sairaala)*

*Sääliä etupäässä, joskus voimattomuutta, kun itsellä on työkalut
vähissä auttaa, kun tietää, ettei asiaa ratkaista sormia näpdyttämällä.
Joskus tunteet kääntyy myöskin omaisia kohtaan kielteiseksi.
(Lähihoitaja, kotipalvelu)*

*Osittain sääliä. ”Se miksi vanhus juo, on jokin syy”. Oikeus
hänelläkin elää omaa itsenäistä elämää ja hakea lohtua pahaan
oloon, mikä se sitten onkin – mutta kuitenkin kohtuuden rajoissa
otettuna. (Kodinhoitaja, kotipalvelu)*

6. HOITOPOLUN SUUNNITTELU JA KUVAUS

6.1 Koulutuksen suunnittelu ja toteutus

Kyselytutkimuksessamme tuli ilmi, että kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät kokivat raskaaksi ja kiusallisiksi tilanteet, jossa kohtasivat päihdeitä käyttäviä ikäihmisiä. Heidän mielestään päihdeasiakkaan hoitoon ohjaamista ei ole tehty ollenkaan, päihdeasiakkaan perustarpeet on hoidettu, mutta heidän päihdeongelmaa ei ole mahdollisuus noteerata mitenkään. Kyselymme tuloksena saimme hyvin erilaisia vastauksia, miten henkilöstö toimii päihdeasiakkaan kohdatessaan. Kartoituksen tuloksena ilmeni suurimpana ongelmana työntekijöiden yhteisen työkäytännön puuttuminen heidän kohdatessaan päihdeongelmainen asiakas.

Koulutus järjestettiin pyytämällä sähköpostitse tarjouksia aiheeseen erikoistuneilta kouluttajilta. Tyynelän Kuntoutus- ja Kehittämiskeskus oli edullisin, mutta myös mielestämme asiaan perehtynein. Heidän Seniori-hanke on osana ”Liika on aina liikaa hanketta” (Sininen aalto 2006, 8) ja heidän tavoitteenaan on kehittää päihdepalveluja ikääntyville ihmisille sopiviksi muun muassa kytkeällä kotona tapahtuvaan hoiva- ja huolenpitotyöhön päihdetyön osaamista.

Järjestämäämme koulutukseen sisältöehdotukseksi valitsimme mielestämme kiireisemmät ja päihdehoitopolkua tukevat aiheet, jotka kouluttaja oli koonnut seuraavien teemojen alle: ikääntyminen ja alkoholi, riskitekijät, alkoholinkäytön vaiheet ja riskirajat, riippuvuus ja siitä toipumisen prosessi, motivoiva puheeksi ottaminen, ikääntyminen ja alkoholi/suojaavat tekijät, sekä lääkkeet ja alkoholi.

Tavoitteena oli saada tavoitteellinen ja tarkoituksenmukainen koulutus, joka varautuisi myös lähitulevaisuuden osaamistarpeisiin. Erittäin tärkeä asia tämän tyyppisessä koulutuksessa on käytännönläheisyys, menetelmät ovat näin kaikkien saatavilla. Paikallisuus on myös avainsanoja edistäessä päihdekoulutuksen tarkoituksenmukaisuutta. Poikkiammatillisuutta oli myös otettu huomioon koulutuksen suunnittelussa ja koulutukseen kutsutuissa.

Koulutuksen toivottiin tavoittavan mahdollisimman monia, joten koulutukseen oli vapaa pääsy myös muilla päihteidenkäyttäjien kanssa työskentelevillä. Ajankohta suunniteltiin kotihoidonjohtajan kanssa, meidän toiveesta mahdollisimman pian, jotta työkäytäntö pääsee juurtumaan mahdollisimman pian henkilöstöön. Koulutus ”Ikäihmiset ja päihteet” toteutui Tyynelän Kuntoutus – ja Kehittämiskeskuksen kouluttajan Leena Paasikannaksen toimesta 12.4.2007. Esittelimme järjestämämme koulutuksen yhteydessä henkilöstölle suunnittelemamme päihdehoitopolun Heinäveden ikäihmisille.

Suunnittelemamme päihdehoidonpolku ei yksinään täytä henkilöstön tarpeita, kun kyseessä on päihdeasiakas. Koulutus auttaa ymmärtämään alkoholin liiallisen käytön problematiikkaa ja tukee työntekijää tehdessään työtä heidän kanssaan. Yhtenäinen käytäntö auttaa antamaan päihdetyölle jatkuvuuden ja myös asiakkaille turvallisen olon. Työntekijän paineet vähenevät, kun tiedetään, että tilannetta hoidetaan ja joku on nimetty sitä tekemään. Tärkeää on myös tietää missä vaiheessa asiaan puututaan ja miten. Myös ihan perinteistä päihdetietoutta kaivataan ja koulutus pureutui siihenkin. Tärkeintä on että työntekijät toimivat samalla viitekehyksellä. Koulutuksen kesto, puoli päivää, rajasi tietenkin koulutuksen tiedon määrää, mutta resurssit olivat myös rajallisia. Koulutus oli sisällöltään mielenkiintoinen ja antoi varmasti paljon tietoa ja vastauksia henkilöstölle, joka työssään kohtaa päihdeongelmaisia ikäihmisiä. Koulutus oli myös hyvänä pohjatietona ja tukena esittelemäämme päihdehoitopolkumalliin.

6.2 Hoitopolun keskeiset periaatteet

Johtopäätöksenä kyselystämme nousi tarve päihdehoidonpolulle päihdeasiakkaan kohtaamisesta raitistumiseen, tai päihdeidenkäytön vähentämiseen. Kun työntekijä tuntee antaneensa asian ”eteenpäin hoidettavaksi”, hänen työnsä kuormittavuus laskee. Päihdehoitopolku myös vähentää käytännön ongelmia työtilanteissa.

Tutustuimme Heleniuksen päihdehoitopolku malliin (Helenius, K. 2006, 15) ja suoraan malli ei sovi Heinävedelle (ks. luku 3.3). Heinävedellä ei ole vanhuspalvelun sosiaalihojaajaa, eikä A-klinikan palvelut pysty jalkautumaan Heinävedelle nopealla varoitussajalla. A-klinikan palveluja käytetään yleensä niin, että asiakas viedään Varkauteen, jossa lähin A-klinikan toimipiste sijaitsee. Keskustelimme Kotipalvelun johtajan kanssa ja päädyimme ratkaisuun, jossa tehtävään nimetään erikseen työntekijä. Suurempiin rakenteellisiin muutoksiin ei vanhustyön puolelta ole mahdollisuutta. Malli palvelee kuitenkin kokonaisuutena päihdetyötä vanhustyössä ennaltaehkäisevästi ja korjaavasti. Päihdepalvelut tulevat näin osaksi vanhushuoltoa, joka madaltaa kynnystä luontevaan hoitoon hakeutumiseen. Päihdehoitopolussa on mahdollisuus ottaa huomioon asiakkaan yksilöllisyys, hänen oma näkemyksensä tarpeistaan, elämänhistoriansa, elinympäristönsä ja voimavaransa. Ikäihmisen kotona selviytymistä voidaan auttaa antamalla heille erilaista apua ja hoitotyön palveluja kotiin. Päihdehoitopolku edistää ikäihmisen kotona selviytymistä, toimintakyvyn ja itsetunnon ylläpitoa, omatoimisuutta ja elämänlaatua. Ikäihminen on päihdehoitopolussa itse aktiivisessa roolissa ja vastaa suunnitelmistaan. Työntekijän tehtävä on esteitä poistamalla ja mahdollisuuksia avaamalla parantaa vanhuksen ongelmienratkaisukeinoja ja elämänhallintaa.

6.3 Heinäveden päihdehoitopolku malli



Mallissa nimetyille kotipalvelun työntekijälle, ilmoitetaan havainnosta ja huolestumisesta kotisairaanhoitoon, kotipalvelun, lääkärin, vuodeosaston henkilöstön tai sosiaalityöntekijän toimesta. Työntekijä lähtee kotikäynnille ja kartoittaa tilanteen. Nimetty työntekijä pyytää tarvittaessa kotikäynnille mukaansa työparia esim. Koulupuisto Ry:n päihdetyöntekijää, kotisairaanhoitajaa tai kotipalvelun työntekijää. Asiakkaan (muutoksen) motivointi ja oma halu hoitoon saattamiseen ovat tärkeitä tehtäviä ensimmäisellä tapaamisella. Alukartoitukseen on suunnitellamme alkukartoitus/suunnitelma kaavake, jonka työntekijä täyttää mahdollisten muiden tahojen tiedon tarpeen vuoksi. Hän ottaa myös kirjallisen suostumuksen tietojen antamiseen ja vaihtoon Päihdehistoria ja tämänhetkinen tilanne ovat tärkeitä tietoja kuntoutumisen kannalta. Työntekijä myös voi harkintansa mukaan kutsua ambulanssin, tai hoitaa itse asiakkaan katkaisuhuoltoon. Työntekijä tekee tarpeelliseksi katsomansa ammatillisen seulonnan (laboratoriokokeet, tarkentava haastattelu ja audit-testin). Hän voi myös konsultoida mielenterveyspalveluita. Asiakkaan ollessa

katkaisuhoidossa työntekijä suunnittelee jatkoon, mm. kotona selviytymisen ja raittiutta tukevien verkostojen olemassaolon tai motivoinnin. Jos asiakasta ei voi katkaisuhoidon jälkeen vielä palauttaa omaan kotiin, voidaan harkita muutaman päivän palvelukeskusjaksoa. Kotiutus tapahtuu työntekijän saattamana ja asiakkaan ja työntekijän yhteisellä suunnittelulla tulevaisuudesta. Työntekijä palveluohjaa asiakasta kolmannen sektorin piiriin ja tukee muutenkin asiakasta elämänhallintaan. Asiakkaalle rakennetaan ammatillinen ja mahdollinen omaisten tukiverkosto ja häntä ohjataan myös vertaistukiryhmiin ja päivätoimintaan. Myös asiakkaan kodinhoitoa tuetaan ja esim. raha-asioita autetaan selvittämään. Työvälineenä käytetään myös esitteitä, joita aiheesta on saatavilla. Esitteiden avulla ikäihminen voi myös itse tutustua sairauteensa.

Työntekijä voi myös itse pelkästään palveluohjata asiakasta, jos näkee sen riittävän. Audit-testin tulosta voidaan hyödyntää mahdollisessa mini-interventiossa. Varhaisessa vaiheessa puuttuminen saattaa auttaa asiakasta selviämään ilman katkaisuhoidoa ja sosiaalitoimen korjaavaa sosiaalityötä.

Tilanteen tasaannuttua työntekijä vähentää käyntejä. Asiakkaan tilannetta kuitenkin seurataan jatkossakin kaikkien häntä hoitavien tahojen toimesta ja tarvittaessa uusista havainnoista ilmoitetaan nimetylle työntekijälle. Nimetty työntekijä kertoo akuuttivaiheessa esim. aamupalavereissa asiakkaan tilanteesta kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilöstölle, ei kaikista häneen liittyvistä asioista, vaan muun henkilöstön työn kannalta oleellisista asioista.

7. POHDINTA

Ikäihmisten liiallinen alkoholinkäyttö on ollut esillä julkisuudessa viime vuosina useasti. On myös tunnistettu vanhustenhuollon henkilöstön vähäinen päihdehuollon tietämys ja tilanteiden varhaisen tunnistamisen puute. Tiedon puute liittyy myös vaikeuteen kohdata ja osata auttaa näitä potilaita (Parviainen 2005).

Seuratessamme julkisuudessa käytävää keskustelua ikäihmisten liiallisesta päihteidenkäytöstä, sekä kohdatessamme myös itse tätä kyseistä ongelmaa, halusimme tehdä opinnäytetyömme juuri tästä aiheesta.

Paneuduimme oman asuinpaikkakuntamme ikäihmisten kanssa työskentelevän hoivahenkilöstön koulutustarpeisiin ikäihmisten päihteenkäyttöön liittyen. Koulutustarpeen lisäksi kyselyissä ilmeni tietämättömyyttä, kuinka omalla paikkakunnalla tulisi toimia kohdatessaan päihdeongelmaisen ikäihmisen omassa työssään.

Halusimme muutosta tilanteeseen, jossa päihdeongelmaisten ikäihmisten kanssa työskentelevillä henkilöillä ei ole keinoja ja työkaluja puuttua ongelmaan. Suurten ikäluokkien eläkkeelle jäänti aiheuttaa lisää ongelmia ja siihen halusimme työkaluja ennen kuin tilanne on ajankohtainen. Olemme hoitohenkilökunnalle tehdyn kyselyn pohjalta tuottaneet koulutuksen ja päihdehoidonpolun ikäihmisten kanssa työskentelevien avuksi. Päihdehoitopolku onnistuessaan kerkeää juurtua työtavaksi ja alkaa elämään omaa elämäänsä juuri sopivasti ennen suurempien ongelmien syntyä. Tämänhetkisen hoitohenkilökunnan kouluttaminen takaa tulevaisuudessa hiljaisen tiedon siirtymistä työtavoissa ja työntekijöiden asenteissa.

Opinnäytetyön teko on ollut vaativa ja aikaa vievä prosessi. Oma ajankäyttöä on joutunut miettimään monta kertaa ja ajankäytön organisointi onkin tullut hyvin tutuksi. Mutta kun syvennyimme ikäihmisten päihteenkäyttöön, asiasta tuli päihdetyön lempilapsi. Kirjallisuutta aiheesta on todella vähän, joten kirjalähteitä ei ole paljon. Vaikkakin aihe on juuri nyt niin ajankohtainen yhteiskunnallisen ilmiönä, ei suomenkielistä materiaalia ole vielä painettuna. WWW-lähteitä on kuitenkin paljon, joihin voi tutustua. Päihdehoidonpolun suunnittelu oli helppoa, koska Heinäveden kunnan päihdetyö ja rakenteet ovat meille ennestään tuttuja. Koulutuksen järjestely ja varsinkin kouluttajan etsiminen oli haastavaa, koska aikataulu oli rajallinen. Kouluttajat ovat hyvin kiireisiä ja asian ajankohtaisuuden vuoksi hyvin työllistettyjä. Yhteistyö kouluttajan kanssa on toiminut hyvin, hän otti huomioon kaikki toiveemme koulutuksen rakenteesta.

Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tutkia muutaman vuoden päästä miten päihdehoitopolku ja päihdeasiaan huomion kiinnittäminen on muuttanut ikääntyneiden päihdeasiakkaiden tilannetta Heinävedellä. Lisätutkimusaihetta löytyisi sille, kuinka päihdehoitopolun malli on tulevaisuudessa toiminut ja onko se ollut käyttökelpoinen.

Olemme saaneet apua opinnäytetyömme tekoon monilta tahoilta. ”Liika on aina liikaa”- projektin työntekijöiden kanssa olemme käyneet sähköpostikeskustelua ja he ovat olleet hyvin avuliaita, mm. lähdevinkkejä antamalla. Myös Heinäveden kunnan työntekijöitä olemme saaneet apua kyselemällä ja tutustumalla heidän työhönsä.

8. KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Kehittämisehdotuksena tulevaisuuteen ehdotamme lisää koulutuksia ikäihmisten päihteidenkäytöstä, aiheista, joita tähän koulutukseen ei ajanpuutteen vuoksi pystytty ottamaan. Henkilöstön vaihtuvuus pienessä kunnassa ei ole suuri, joten lähitulevaisuuden koulutukset koskettavat samaa henkilöstöä kuin järjestämämme koulutus. Jätämme kyselystämme nousseet aiheet, joita tähän koulutukseen ei oteta, tiedoksi kotipalvelunjohtajalle. Hän välittää tiedon mahdollista lisäkoulutusta varten kouluttajalle.

Yhtenä kehitysehdotuksena ehdottaisimme ikäihmisten kanssa työskentelevien järjestävän sähköpostiringin, joka kertoo asiaan liittyvistä koulutuksista lähikunnissa. Samaa sähköpostirinkiä voisi käyttää myös pienimuotoiseen koulutuksien annin siirtoihin muille ryhmän jäsenille. Koulutuksen jälkeen voisi koulutuksessa käynyt henkilö tehdä lyhyen koonnin koulutuksen annista ja uusista asioista, jonka sitten lähettäisi ryhmän jäsenille luettavaksi.

Ryhmän järjestäminen päihdeongelmallisille ikäihmisille on Heinävedellä suunnitteluasteella, se ei ole edennyt toiminnaksi saakka. Ryhmä voisi koostua ”täsmä- kutsutuista” henkilöistä, joita kotipalvelu/kotisairaanhoido/sairaalan vuodeosasto ehdottaisi. Em. tahot tietävät ja tunnistavat henkilöitä, joilla on ongelmia alkoholinkäytön kanssa. Kyseiset henkilöt kutsuttaisiin ryhmään, jota vetäisi päihdetyöntekijä ja virikeohjaaja. Henkilöt olisivat ryhmässä kaikki alkoholin käyttäjiä, näin ollen kynnys käydä ryhmässä olisi pienempi.

Päivätoimintaa jo olemassa olevassa yhdistyksessä Heinävedellä (Pitäjän Olkkari ry.) voisi suositella myös päihdeongelmalliselle ikäihmiselle. Yhdistyksen toiminta on suunnattu pääasiassa ikäihmisille, joten myös päihdeongelmainen vanhus sulautuu joukkoon leimaantumatta. Kaikenlainen järjestötoiminta on myös ennaltaehkäisevää

toimintaa; kun on mielekästä tekemistä mukavassa porukassa, vanhus kokee olevansa arvostettu. Näin ollen yksinäisyys vähenee ja elämänhallinta lisääntyy.

LÄHTEET:

Alkoholi ja lääkkeet. 2007. www-dokumentti

<http://www.tohtori.fi/?page=5994274&id=8438593#Alkoholi>

Ei päivitystietoa. Luettu 22.1.2007

Alkoholin yhteys tapaturmiin. 2005. PowerPoint esitys. www-dokumentti.

http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/alkoholin_yhteys_tapaturmiin_paljarvi_tapiopt

Ei päivitystietoa. Luettu 22.1.2007.

Alkoholiohjelma 2004–2007: Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja ISSN 1236-2050; 2004:7. Edita Prima Oy, Helsinki 2004. 3-90.

Alkoholi ja huumeet alueittain vuonna 2005. 2007. Stakes. www-dokumentti.

<http://www.stakes.fi/F1/tilastot/aiheittain/Paihteet/aluetilasto.htm>

Luettu 22.1.2007. Päivitetty 22.1.2007.

Fysioterapeutti. Sähköpostikeskustelu 14.12.2006–15.12.2006. Heinäveden terveyskeskus.

Heinäveden kuntaportaali. 2007. WWW-dokumentti. <http://www.heinavesi.fi/heinavedenkuntaportaali/sosiaali-jaterveys/sosiaalipalvelut/kotihoito-ja-asumispalvelut>. Päivitetty 3.7.2006. Luettu 20.1.2007.

Heinäveden päihdestrategia. 2007. www-dokumentti.

http://neuvoa-antavat.stakes.fi/tietokannat/strategiat/strat_kuvaus.asp?id=163

Päivitetty 16.1.2007. Luettu 16.1.2007

Herttua, Kimmo, ym. 2007. Viina tappoi eniten yksinäisiä miehiä.

Dialogi. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. 2/2007, 40.

Hirsjärvi, S, Remes, P, Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä. 210-216.

Hokka-Kräkin M. Pitäjän Olkkari ry:n toimintakertomus. 2006.

Ikäihmiset tulisi kohdata yksilöinä ja kokonaisvaltaisesti. Liika on aina liikaa hankkeen erikoisnumero. Sininen aalto, Sininauhaliiton tiedotuslehti 4/2006. 2-3.

Indikaattoripankki SOTKAnet.2007. www-dokumentti.

<http://edustapalvelin.stakes.fi/portal/page?>

Päivitetty 23.1.2007. Luettu 23.1.2007

Kansanterveys, KTL:n tiedotuslehti. 3/2007. Kirjapaino Uusimaa, ISSN 1236-973X.

Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S., Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Gummerus Kirjapaino oy: Jyväskylä. 55-123.

Laurio, Minna 2007. Henkilökohtainen tiedonanto 11.1.2007. Kotihoidon johtaja. Heinäveden kunta.

Miksi liika on aina liikaa - vanhuspsykiatrian näkökulma. Pirjo Juhela, apulaisylilääkäri, HYKS/Peijaksen sairaala, vanhuspsykiatrian yksikkö.2005. www-dokumentti. http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/abstrakti_tampere_juhela2005.rtf

Mini-interventio on jokaisen ulottuvilla.2007. Stm. www-dokumentti
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/1645/index.htm>
Ei päivitystietoa. Luettu 18.1.2007.

Mujunen, Anna-Liisa 2007. Henkilökohtainen tiedonanto 20.2.2007. Pähdetyöntekijä/toiminnanohjaaja. Koulupuisto ry.

Parviainen, T.2005. Ikäihminenkin ratkeaa ryypymään. Terveydenhoitaja 7. 16–17.

Paihdehuollon laatusuosituks.2007. Päihdelinkki. www-dokumentti.
<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/612-paihdehuollon-laatusuosituks>
Päivitetty 16.1.2007. Luettu 16.1.2007.

Paihdepalvelujen laatusuosituks, tiivistelmä. 2007. Stm. www-dokumentti.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/tiivistelma.htm>
Päivitetty 16.1.2007. Luettu 16.1.2007

Saarelainen, R., Stengard, E., Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihdetyö. WS Bookwell Oy: Porvoo.50–54.

Sairaanhoitaja 2007. Sähköpostikeskustelu 6.2.2007–7.2.2007. Heinäveden terveystakeskus, vuodeosasto.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Sosiaali- ja terveyspalvelut. Esitteitä 1999:4.
<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/vanhuspo/vanhpo6.htm>
Päivitetty 7.9.1999. Luettu 20.1.2007.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Vastuualueet. Ikäihmisten palvelut.2006. WWW-dokumentti.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/sospa/shvan/index.htm>. 6
Päivitetty 11.12.2006. Luettu 24.2.2007.

Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48: A-klinikkasäätiö.10-16.

Sulander, T. Helakorpi, S., Nissinen, A., Uutela, A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1 2006: Helsinki.9-18.

Suostumus tietojen vaihtoon – kaavake. 2007. www-dokumentti.
<http://www.kymshp.fi/hoitoketjut/liite10.doc> Ei päivitystietoa. Luettu 15.12.2006.

Tarvitsemme ikäspesifiä päihdetyötä? Eija Kilgast, projektipäällikkö. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi hanke. 2007. www-dokumentti.
http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/eija_kilgast_2005.rtf. Ei päivitystietoa. Luettu 22.1.2007.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö V., Kivelä S-L.2006. Vanhustenhoito. WSOY: Helsinki. 25-51.

Liite 1.

Päihdehoidonpolku ikäihmisille, alkukartoitus

1. Käytön määrä ja käytön kesto, audit pisteet?
2. Fyysinen ja Psykkinen tila?
3. Hoitoon saamisen kiireys?
4. Oma halukkuus avun saantiin ja mahdolliseen hoitoon saattamiseen?
5. Ravinnon saanti?
6. Asunolot?
7. Kaveripiiri, juomaporukan osuus ja mahdollinen taloudellinen hyväksikäyttö?
8. Yhteydet omaisiin ja tukea antaviin ystäviin?
9. Jatkotoimenpiteet?

Liite 3.

Kysely kotipalvelun, kotisairaanhoidon ja sairaalan henkilökunnalle

Olemme sosionomiopiskelijoita Mikkelin Ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyömme ikäihmisten päihteidenkäytöstä. Kartoitamme tällä kyselylomakkeella hoito- ja hoivatyössä näkyvää ikääntyneiden asiakkaiden päihteidenkäyttöä, sekä työntekijöiden tarpeita tuesta ja lisäkoulutuksesta ikääntyneen päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamisessa. Kysymyksiin vastataan joko rengastamalla oikea vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus. Kyselytutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Lomakkeeseen ei tule vastaajan nimeä ja kaikki vastaukset käsittelemme luottamuksellisesti, eli kenenkään vastaajan henkilöllisyys ei tule paljastumaan. Palauttakaa vastauslomake esimiehelle viimeistään 31.12.2006.

Terveisin Tiina Mikkonen (p. XXXXXXXXXXXX) ja Mervi Hokka-Kräkin (p. XXXXXXXXXXXX)

1. Ammattiryhmä

- a. esimies
- b. lähihoitaja/perushoitaja
- c. sairaanhoitaja
- d. kodinhoitaja
- e. laitosapulainen
- f. kotiavustaja
- g. muu, mikä? _____

2. Työkokemukseni hoiva- tai hoitotyöstä

- a. alle 1 vuotta
- b. 1-2 vuotta
- c. 2-5 vuotta
- d. 5-10 vuotta
- e. 10–20 vuotta
- f. yli 20 vuotta

3. Oletko saanut koulutusta ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamiseen?

- a. kyllä (mitä koulutusta ja missä)
- b. en

4. Minkälaista tukea koet tarvitsevasi ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa työskentelyyn?

5. Minkälaista koulutusta koet tarvitsevasi ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa työskentelyyn?

6. Onko naisten lukumäärä päihdeasiakkaissa lisääntynyt viime vuosina?
- a) kyllä
 - b) ei
 - c) en osaa sanoa
7. Mitä ongelmia päihteidenkäyttö aiheuttaa ikääntyneelle asiakkaalle?
8. Onko päihteidenkäyttö lisännyt ikääntyneiden tapaturmariskiä kohtaamillasi päihdeasiakkailla?
- a) kyllä
 - b) ei
 - c) en osaa sanoa
9. Vaikeutuuko työsi kohdatessasi ikääntyneen päihdeasiakkaan?
- a) kyllä(miten)
 - b) ei
 - c) en osaa sanoa
10. Miten koet päihteidenkäytön puheeksi oton ikääntyneen asiakkaasi kanssa?
- a) normaali tilanne
 - b) kiusallisena
 - c) en osaa sanoa
11. Miten kehittäisit kotihoidon, terveydenhuollon ja päihdetyön yhteistyötä Heinävedellä?
12. Mitkä syyt mielestäsi aiheuttavat ikääntyneille päihdeongelmaa?
13. Minkälaisia tunteita ikääntynyt päihdeasiakas sinussa herättää?

KIITOS VASTAUKSISTASI!