

Heini Suhonen
Johanna Vaulasto

Kotihoidon asiakkaiden alkoholin liikakäytön tunnistaminen ja hoitoonohjaus

Kotihoidon ja muiden toimijoiden välinen yhteistyö Vantaalla

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja

Hoitotyö

Opinnäytetyö

19.11.2014

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Heini Suhonen, Johanna Vaulasto Kotihoidon asiakkaiden alkoholin liikakäytön tunnistaminen ja hoitoonohjaus 33 sivua + 2 liitettä 19.11.2014
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyö
Suuntautumisvaihtoehto	psykiatrisen potilaan hoitotyö
Ohjaaja	Marja Salmela, FT, TtM, lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kotihoidon työntekijöille selkeyttä ja toimintatapoja tilanteisiin, joissa he kohtaavat alkoholia liikaa käyttävän asiakkaan. Kyseessä on kehittämistyö, jonka tavoitteena on selkiyttää kotihoidon työntekijöiden työtä päihteitä käyttävien asiakkaiden kanssa. Tavoitteena on myös helpottaa päihtyneen asiakkaan kohtaamista ja auttaa hoitajia motivoimaan asiakastaan päihdehoitoon.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin lähestymällä kentällä havaittuja ongelmia kahdesta eri näkökulmasta. Ensimmäisenä ongelmia lähdettiin tarkastelemaan kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Heitä konsultoitiin työssä havaittujen ongelmien selvittämiseksi, jonka jälkeen toisessa vaiheessa konsultoitiin asiantuntijoita saaden heiltä ratkaisuja hoitajien kokemiin ongelmiin. Asiantuntijat olivat päihdetyössä toimivia sairaanhoitajia ja työnohjaaja. Konsultointien jälkeen työhön koottiin tiedot joiden avulla kotihoidossa toimivat hoitajat saisivat työkaluja toimiessaan päihdeongelmasta kärsivien asiakkaiden kanssa.</p> <p>Opinnäytetyössä selvitettiin alkoholiongelman monimuotoisuutta, käsitteistöä ja hoitomuotoja. Työn pohjana kartoitettiin Vantaan kaupungin päihdepalveluita ja potilaan hoitoonohjausta. Opinnäytetyö tarjoaa hoitajille työkaluja havaita alkoholista johtuvia ongelmia, tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksesta sekä työkaluja puheeksi ottoon.</p>	
Avainsanat	alkoholi, liikakäyttö, päihderiippuvuus, päihdepalvelut

Author(s) Title Number of Pages Date	Heini Suhonen, Johanna Vaulasto Recogniton of home care customers with alcohol abuse and directing them to treatment 33 pages + 2 appendixes 19. November 2014
Degree	Nurse
Degree Programme	Health care
Specialisation option	Psychiatric Nursing
Instructor(s)	Marja Salmela, FT, TtM
<p>The purpose of this thesis is to develop clarity and courses of action in situations when home care workers meet a customer with alcohol abuse. The question is about a development project to make it clearer for home care workers to work with customers with alcohol abuse. One of the goals is also to make it easier for workers to meet a drunk customer and to help to motivate such a customer to attend treatment.</p> <p>The thesis work was carried out by approaching problems seen in the field from two points of view. First we started with studying home care worker's viewpoints. They were consulted about problems they had found. At the second stage specialists were consulted in order to find solutions to the problems home care workers had met. These specialists were nurses in the field of alcohol abuse and a consultant in the field of well-being of the employees (työnohjaaja). After these consultations we collected information, which helps workers in home care to find tools when working with customers with alcohol abuse.</p> <p>In the thesis we cleared up the multiplicity, concept and treatment of alcohol abuse. For the work we surveyed services and directing to treatment for customers with alcohol abuse in the city of Vantaa. This paper gives home care workers tools to see problems caused by alcohol, to know the influence of using alcohol and medicine together and to help to bring up the subject.</p>	
Keywords	Alcohol, Abuse, Substance abuse, substance abuse services

Sisällys

1	Johdanto	2
2	Ikäihmiset ja alkoholi	3
2.1	Ikäihmisten alkoholinkäyttö	3
2.2	Alkoholi ja sairaudet	5
2.3	Alkoholi ja lääkkeet	6
3	Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito	7
3.1	Suurkulutus	8
3.2	Riskikulutus, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus	8
3.3	Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen	9
3.4	Alkoholiriippuvuuden hoito	10
4	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset/tehtävät	12
5	Opinnäytetyön toteutus	13
5.1	Tiedonhaku	13
5.2	Asiantuntijakonsultaatiot	14
6	Toimintaohje runsaasti alkoholia käyttävän asiakkaan kohtaamiseen	14
6.1	Päihdepalvelut Vantaalla	15
6.1.1	Palveluun ohjautuminen	15
6.1.2	Vantaan päihdevieroitusyksikkö	16
6.1.3	Kotiin annettava päihdetyö	16
6.1.4	Sinivida	17
6.1.5	Simonpirtti	17
6.1.6	Kotikatko	18
6.1.7	Järvenpään Sosiaalisairaala	18
6.1.8	Palveluihin hakeutuminen	18
6.2	Runsaasti päihteitä käyttävän kohtaaminen	20
6.3	Työnohjaus hoitohenkilökunnan ammatillisuuden ja jaksamisen tukena	21
7	Luotettavuuskysymykset ja eettiset kysymykset	24
8	Pohdinta ja johtopäätökset	25
	Lähteet	28
	Liitteet	31

1 Johdanto

Alkoholinkäyttö lisää vaaraa sairastua moniin tauteihin, kuten erilaisiin syöpiin ja sydän- ja verisuonitauteihin. Päihtynyt altistuu myös tapaturmille ja vaara on sitä suurempi, mitä enemmän alkoholia käytetään (Poikolainen 2010.) Suomessa on juotu aina humalahakuisesti, mutta ikääntyvien runsas alkoholinkäyttö on uudempi ilmiö. Alkoholiasenteet ovat ristiriitaiset ja etenkin iäkkäiden ihmisten juomista paheksutaan (Airaksinen 2010.) Runsa alkoholinkäyttö on nykyään yleistä myös iäkkäillä. Vuonna 2005 78% 65-84-vuotiaista miehistä ja 53% samanikäisistä naisista kertoi käyttäneensä alkoholia viimeisen vuoden aikana. Terveystieteiden ammattilaiset kokevat usein iäkkään ihmisen alkoholin suurkulutuksen tunnistamisen haasteelliseksi ja asiaan on vaikea puuttua sen henkilökohtaisuuden ja arkaluonteisuuden vuoksi (Aalto – Holopainen 2008.) Kotihoidossa tämä ongelma konkretisoituu, kun havaitaan kotona asuvan asiakkaan käyttävän alkoholia tavalla, joka aiheuttaa ongelmia asiakkaalle itselleen ja häntä hoitaville terveydenhuollon ammattilaisille.

Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman ja Vantaan kaupungin terveystieteiden yhteistä hanketta. Opinnäytetyön aiheena on ”Kotihoidon asiakkaiden alkoholin liikkakäytön tunnistaminen ja hoitoonohjaus, Kotihoidon ja muiden toimijoiden välinen yhteistyö Vantaalla”. Kotihoidon asiakkaat ovat pääosin iäkkäitä, mutta joukossa on myös nuorempia ihmisiä, joilla on esimerkiksi aivo- vamma. Näin ollen yhtenä toimijana ovat vammaispalvelut. Tavoitteena on luoda kotihoidon ammattilaisille toimintaohje tilanteisiin, joissa he havaitsevat asiakkaalla olevan haittoja aiheuttavaa alkoholin käyttöä. Opinnäytetyön tuloksena valmistuu toimintakuvaus, josta kotihoidon ammattilaiset saavat selville toimintaohjeita päihteitä käyttävän asiakkaan hoitamiseen.

Kotihoidossa ollaan tietoisia esimerkiksi kotiin tuodun katkaisuhoidon olemassaolosta, mutta ei tiedetä sitä, kuinka tulee toimia, kun liiallisesti päihteitä käyttävä asiakas ei suostu katkaisuhoitoon. Heidän mukaansa asiakas ei aina edes tiedosta ongelmaansa. Ongelmalliseksi koetaan, että näiden asiakkaiden vuoksi hoitajat joutuvat kokemaan pelkoa, turvattomuutta ja jaksamattomuutta. Kotihoidossa on jouduttu viime aikoina myös resursoimaan lisää henkilökuntaa runsaasti alkoholia käyttävien asiakkaiden hoitamisen vuoksi. Hoitajat haluaisivat toimintamallin esimerkiksi tilanteeseen, jossa pohditavoiko päihtyneelle asiakkaalle antaa lääkkeitä.

2 Ikäihmiset ja alkoholi

Vuonna 2010 yli 75-vuotiaista suomalaisista 90% asui omassa kodissaan. Näistä ihmisistä noin 12% oli kunnallisen kotihoidon säännöllisen avun piirissä. Kotona asuva ikäihminen tarvitsee yleensä jo paljon hoitoa ja huolenpitoa ja avun antajana on tavallisesti verkosto, joka koostuu monista toimijoista kotihoidon lisäksi. Kotihoidossa työskentelevät lähi- ja sairaanhoitajat kohtaavat työssään tilanteita, joissa he kokevat alkoholinkäytön ylittävän ongelmattomuuden ja kohtuuden rajan (Warpenius – Holmila – Tigerstedt 2013: 64-65.)

2.1 Ikäihmisten alkoholinkäyttö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos kokosi tutkimukseksi vuonna 2010 ikääntyneiden yksin kotona asuvien kotihoidon asiakkaiden parissa kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävistä ikäihmisistä materiaalia RAI -tietokannasta. Haluttiin selvittää miten ikäihmisen runsas tai hallitsematon alkoholin käyttö vaikuttaa hoivasuhteeseen. (Vilkkö – Finne-Soveri – Sohlman, Noro – Jokinen 2013: 63-64).

Tutkimuksessa todettiin, että alkoholin käyttö oli runsaampaa nuorempien eläkeikäisten ryhmissä ja miehillä yleisempää kuin naisilla. Peräti puolet kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävistä oli alle 75 – vuotiaita. Kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävistä 56% oli miehiä ja 44 % naisia. On kuitenkin huomioitavaa, että eläkeikäisten naisten parissa alkoholin kulutus on huomattavasti lisääntynyt. Alkoholia käyttävien eläkeikäisten osuuden väestössä on havaittu kasvavan tasaisesti viimeisten vuosikymmenien aikana. (Vilkkö 2013: 65-67.)

Tutkimuksen analyysissä selvisi että oli kolme kertaa suurempi mahdollisuus olla alkoholia kohtuutta enemmän käyttävä mies kuin nainen. Alkoholia kohtuutta enemmän käyttävät naiset ja miehet olivat 3,7 kertaa useammin alle 75 -vuotiaita. Tämä tarkoittaa muuhun kotihoidon asiakaskuntaan verrattuna melko nuorta. Usein heillä oli taustallaan myös avioero. Kenties siitä johtuen hoivaajana oli usein joku muu, kuin puoliso tai sukulainen. Kuitenkin jokaisella oli joku läheinen ihminen, joka auttoi häntä myös kunnallisen kotihoidon rinnalla. (Vilkkö 2013: 71.)

Joka viidennen kohtuutta enemmän alkoholia juovien hoivaajista toi esille kuormittuneisuuden ja uupumukseen viittaavia rasituksen, vihan, masennuksen tunteita sekä tyytymättömyyttään tilanteeseen. Alkoholia runsaasti käyttävillä ilmeni verrokkiryhmää enemmän erilaisia käytösoireita, esim. sanallista aggressiivisuutta ja sosiaalisesti poikkeavaa käytöstä. Heistä joka viidennelle oli myös kirjattu hoivan ja avun vastustelua. Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että joka viidennen ikäihmisen hoivaaja katsoi nykyisen asumismuodon olevan riittämätön. Ikäihminen itse oli kuitenkin haluton vaihtamaan asumismuotoaan. Osalla alkoholia runsaasti käyttävistä ikäihmisistä oli kuitenkin vaara joutua siirtymään johonkin muuhun enemmän hoitoa ja valvontaa tarjoavaan paikkaan. (Vilkko 2013: 71-72.)

Ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö on viime vuosina huonosti tunnistettu palvelujärjestelmässä. Päihdeongelmainen ikäihminen on sen vuoksi väliinputoaja. THL suosittaa kotihoidon ja päihdepalveluiden yhteistyön ja sen myötä omais- ja läheishoivaajien tukemisen olevan avain tämän ryhmän tarpeita vastaavan hoivan edistämiseen. Työryhmä tuo raportissaan esille, että hyviä kokemuksia on jo jonkin verran saatu kotihoidon työntekijöiden päihdekoulutusta lisäämällä. Kotikuntoutusmalli Pilke – työ on toiveita herättävä työmuoto, jossa on tarkoituksena etsivän työn ja työtoimintamallin avulla tukea yli 60 – vuotiaita runsaasti alkoholia käyttäviä. Lupaavia tuloksia on saatu myös kotihoidon, seurakunnan, sosiaali- ja terveystoimen yhteistyöllä niin arjessa suoriutumisen, syrjäytymisen ehkäisyn, kuin päihhteettömyyden osaltakin. (Vilkko 2013: 73).

Ikääntyneen jo eläkkeellä olevan väestön alkoholinkäyttö on viimeisten vuosikymmenien aikana ollut koko ajan kasvussa. Marja Airan mukaan mitään yleispätevää riskirajaa ei voi ikääntyneille ihmisille asettaa. (Aira 2012: 409.) Alkoholiongelmaisen hoito Käypä hoito -suosituksessa nostetaan esille Yhdysvaltain geriatrianyhdistyksen suositus, jonka mukaan yli seitsemän annosta viikossa käyttävä ikääntynyt olisi alkoholin riskikäyttäjä. Riskiraja on kuitenkin ohjeellinen ja sitä tulisi soveltaa yksilöllisesti. (Käypä hoito).

Tiedetään kuitenkin, että sama alkoholimäärä lisää ikääntyneen henkilön veren alkoholipitoisuutta enemmän kuin työikäisen. Väestön ikääntyessä iäkkäiden alkoholinkäytön riskeihin ja erityispiirteisiin on alettu kiinnittää enemmän huomiota. Myös muualla Euroopassa on tähän alettu kiinnittää huomiota. Erityisesti lisääntynyt alkoholin kulutus on herättänyt huolta. (Aira 2012: 409.)

Aira kertoo katsauksessaan, että sama alkoholinmäärä lisää ikääntyneen henkilön veren alkoholipitoisuutta enemmän kuin nuoremman. Syynä tähän on alkoholin jakaantuminen kehossa kaikkialle nestetilavuuteen mikä puolestaan aiheuttaa kehon kuivumista ja rasvoittumista. Ihmisen mahalaukussa on pieniä määriä ADH – entsyymiä (alkoholidehydrogenaasientsyymi) mikä auttaa alkoholin pilkkoutumisessa jo mahalaukussa. Iän myötä sen määrän on arveltu vähentyvän. (Aira 2012: 409.)

lääkäiden ihmisten hermosto reagoi herkemmin alkoholin vaikutuksille kuin nuoremman. Ikääntyessä myös ketteryys ja tasapainoaisti heikentyvät, jolloin päihtyneenä riski kaatumisille ja luunmurtumille kasvaa. Erityisesti alkoholin aiheuttama ortostaattinen hypotensio kasvattaa riskiä. (Aira 2012: 409.)

2.2 Alkoholi ja sairaudet

Ikääntyessä alkoholin aiheuttamat terveysriskit suurentuvat muuhun väestöön verrattuna (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 44). Alkoholin käyttö lisää kaatumisalttiutta, häiritsee veren sokeritasapainoa ja vaikuttaa lääkkeiden imeytymiseen (Hakala 2012). Valtion ravitsemusneuvottelukunta ei suosittele alkoholia ikääntyneille. Ikääntyminen, sairaudet ja lääkkeiden käyttö altistavat alkoholin haitoille. Ikääntyessä elimistön nestepitoisuus pienenee ja aineenvaihdunta hidastuu, mikä voimistaa alkoholin vaikutusta elimistössä. Runsaasti alkoholia käyttävillä ruokahalu heikkenee, jolloin syöminen voi jäädä yksipuoliseksi ja ravintoaineiden saanti jää vähäiseksi. Tästä johtuen vatsa- ja iho-oireet voivat lisääntyä ja haavat voivat parantua hitaasti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010: 44-45.)

Alkoholi on usein erilaisten sairauksien taustalla. Esimerkiksi huono sokeritasapaino tai korkea verenpaine voi johtua alkoholin liiallisesta käytöstä. Alkoholi lisää myös riskiä sairastua syöpätauteihin. (Aira 2012: 406.) Maailman terveysjärjestön mukaan alkoholin käytöllä on yhteyksiä ainakin 60 eri sairauteen. Haittoja voi syntyä jo lyhytaikaisen käytön seurauksena, mutta suurin osa vakavista haitoista syntyi runsaan ja pitkäaikaisen käytön seurauksena (Huttunen 2012.).

Alkoholilla on ihmisen hermostolle myrkyllinen vaikutus, mikä voi edesauttaa muistihäiriöiden syntyä. Samoin alkoholin vieroitusilmat, ravitsemushäiriöt ja pään alueelle kohdistuneet vammat voivat edesauttaa muistihäiriöiden syntyä. (Aira 2012:409). Alkoholi on osasy monissa tapaturmissa. Riskiryhmään kuuluvat erityisesti miehet, mutta nais-

ten osuus tapaturmissa on kasvanut. Ikääntyvän väestön keskuudessa alkoholin osuus tapaturmissa on ollut kasvussa (Huttunen 2012). Mikäli häiriö johtuu vain alkoholin pitkään jatkuneesta käytöstä eikä tapaturmasta, häiriön eteneminen tulee pysähtymään alkoholinkäytön lopettamisen myötä ja tilanne voi jossain määrin myös korjaantua. (Aira 2012: 409.) Mikäli käyttö puolestaan jatkuu, voi seurauksena olla pysyvä aivoatrofia ja henkisen suorituskyvyn laskua (THL).

2.3 Alkoholi ja lääkkeet

On yleistä että sairauksien ja ikääntymisen myötä erilaisten resepti- ja käsikauppalääkkeiden käyttö yleistyy. Ikäihmisillä voi olla käytössään useita eri lääkevalmisteita samanaikaisesti. Ikääntyessä myös monien lääkeaineiden, kuten bentsodiatsepiinien puoliintumisaika pitenee. Tällöin eri lääkeaineiden haitallisten yhteisvaikutusten riski on huomioitava, vaikkei alkoholia ja lääkkeitä käyttäisikään yhtä aikaa. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset vaikuttavat maksan metaboliaan. Siksi päihdyttävä vaikutus voimistuu. (Aira 2012: 410.) Alkoholi vahvistaa kaikkien keskushermostoa lamaavien lääkkeiden vaikutusta. Pahimmillaan alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksen seurauksena voi olla kuolemaan johtava myrkytystila. Alkoholin suurkulutusta ja lääkkeiden yhtäaikaista käyttöä ei suositella ollenkaan. (Raunio 2012.)

Alkoholi lisää tulehduskipulääkkeiden kuten ibuprofeenien aiheuttamaa verenvuotoriskiä mahassa ärsyttämällä limakalvoja ja vaikuttamalla veren hyytymistekijöihin. Alkoholin nauttiminen tyhjiin vatsaan tai vatsalaukun tyhjenemisenopeutta lisäävien lääkkeiden kuten erytromysiinin käyttö nopeuttavat veren alkoholipitoisuuden nousua (Punkkinen, Sirén, Koskenpato 2008: 2205). Alkoholin imeytyminen tapahtuu pääasiassa ohutsuolesta ja metaboloituminen maksassa kahta eri reittiä. Metaboloituminen maksassa vaikeuttaa maksan kykyä muodostaa varastosokeria, mikä puolestaan vaikuttaa verensokerin laskuun erityisesti diabetespotilailla. Etanolin palaminen maksassa voi muuttaa lääkkeiden maksametaboliala joko nopeuttamalla tai lisäämällä sitä. (Aira 2012: 410.) Esimerkiksi varfariinin, kauppanimeltään Marevan (THL) vaikutus heikenee kroonisesti runsaasti alkoholia nauttivilla, mutta vahvistuu tilapäisen runsaan nauttimisen aikana (Aira 2012: 410).

Alkoholi lisää lääkkeiden aiheuttamaa sedatoivaa vaikutusta elimistössä, jolloin yhteisvaikutus voi olla voimakkaampi kuin kummankaan aineen yhteenlaskettu sedatiisoiva vaikutus. Lääkeainepakkauksien punainen kolmio kertoo lääkkeen sedatiivisuudesta.

Jotkut lääkkeet voivat vaikuttaa ikääntyneiden elimistössä väsyttävästi, vaikkei pakkauksessa ole punaista kolmiota kertomassa siitä. (Aira 2012: 410-411.) Veren alkoholipitoisuuden kasvaessa ihmisen motorinen toiminta häiriintyy. Puheen, tasapainon ja koordinaatiokyvyn heikkeneminen on nautitusta alkoholimäärästä riippuvainen (Juntunen 2011: 1742-1743). Alkoholilla laajentaa perifeeristä verisuonistoa. Mikäli ikääntyneellä on taipumusta ortostaattiseen hypotoniaan, saattaa alkoholi liiallisesti laskea verenpainetta. Ongelma korostuu henkilön käyttäessä nitrovalmisteita, verenpainelääkkeitä tai muita verenpainetta alentavia lääkevalmisteita. Myös rytmihäiriöiden riski kasvaa alkoholin käytön myötä. (Aira 2012: 409.)

3 Alkoholien suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito

Juomakulttuuri on muuttunut, ja siitä merkinä on alkoholin kokonaiskulutuksen jatkuva kasvu. Vuonna 2011 kulutus oli kolminkertainen neljäkymmenen vuoden takaiseen kulutukseen verrattuna. Henkeä kohden puhdasta alkoholia kulutettiin 10 litraa. Alkoholien liikakäytön yleistymisen johtaa samassa suhteessa myös haittojen lisääntymiseen (Härkönen 2013: 8.) Tämä tarkoittaa lisääntyneitä sosiaalisia ongelmia, runsaaseen kertakäyttöön liittyviä akuutteja haittoja sekä terveydellisiä, pitkään jatkuneeseen runsaaseen käyttöön liittyviä kroonisia haittoja. Krooniset haitat ovat suhteessa lisääntyneet nopeammin kuin akuutit haitat. (THL)

Ikääntyneiden alkoholin suurkulutus ja sen hoito eroavat muusta aikuisväestöstä. Alkoholien kulutuksen riskirajat ovat alhaisemmat kuin muulla väestöllä. Sen lisäksi alkoholin aiheuttamat haitat voidaan tulkita väärin ikääntymisestä tai sairaudesta johtuviksi. Ikääntyneisyydelle on vaikea asettaa yksiselitteistä rajaa ihmisten yksilöllisten erojen vuoksi. Yhdysvalloissa geriatrian yhdistys on käyttänyt 65 vuoden ikää rajana antaessaan suosituksia ikääntyneiden suurkulutuksesta, jolloin suurkuluttajaksi luokitellaan kahdeksan tai sitä enemmän alkoholiannosta viikossa käyttävä ihminen. (Aalto 2008: 1492.)

Vaikka alkoholinkäyttö keskimäärin vähenee ikääntymisen myötä, uskotaan suurkuluttajien määrän kasvavan tulevaisuudessa. On myös todennäköistä, että ikääntyneiden alkoholinkäyttö ja suurkulutuksen esiintyvyys kasvavat. Tällä hetkellä keski-iässä olevat ovat tottuneet käyttämään alkoholia runsaammin kuin aikaisemmat sukupolvet ja on

hyvin todennäköistä, että he jatkavat sitä myös eläkkeelle jäämisen jälkeen. Tulevaisuudessa onkin tärkeää kiinnittää tähän enemmän huomiota. (Aalto 2008: 1492.)

3.1 Suurkulutus

Alkoholin suurkulutus muodostaa jatkumon, josta voidaan erotella kolme erilaista astetta: riskikulutus, haitallinen käyttö ja riippuvuus. Alaryhmiin jaottelu perustuu siihen, että jokaisen ryhmän kliininen kuva, ennuste ja hoito eroavat toisistaan. (Aalto 2008:1493-1494.) Tämä mahdollistaa kliinisessä työssä potilaan tarkemman riskiarvion alkoholin kulutuksesta ja oikeanlaisen hoidon valinnan. Suomessa on arvion mukaan noin 500 000 alkoholin suurkuluttajaa. Osa näistä kykenee itse muuttamaan juomatapojaan, mutta osalla on kyse tautiluokituksen määritelmän mukaisesta riippuvuudesta. Todennäköisesti varhainen tunnistaminen ja hoito ehkäisevät vaikean riippuvuuden syntymistä. (Aalto 2009: 125(8):891-6.)

Alkoholin suurkulutusta voi ilmetä missä elämän vaiheessa ja iässä tahansa. Ikääntyneillä ihmisillä ongelma on voinut alkaa jopa kymmeniä vuosia sitten. Aina ongelma ei ole ollut kuitenkaan pinnalla, vaikka alkoholin käyttöä on säännöllisesti ollutkin. On ihmisiä, joilla alkoholin suurkulutus alkaa vasta varttuneemmalla iällä. Siihen vaikuttavana tekijänä on voinut olla avioero, sairastuminen, eläkkeelle jäänti tai muut suuret muutokset elämässä. (Aalto 2008: 1493.)

3.2 Riskikulutus, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus

Riskikulutus on riskirajat ylittävää alkoholin kulutusta, mutta siitä ei aiheudu merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta (Aalto 2008:1493). Riskirajaa voidaan käyttää ohjearvona mm. terveysneuvonnassa, jossa tavoitteena on alkoholin käytön vähentäminen (Käypä hoito –suositus). Riskikäytön tunnistamisessa voidaan käyttää apuna mini-interventiokeskustelua ja AUDIT –kyselyä. Riskikäytön merkkejä kuvaavat toistuvat tapaturmat, kohonnut verenpaine, rytmihäiriöt, metabolinen oireyhtymä, unihäiriöt, masentuneisuus, ahdistuneisuus tai muuttunut sosiaalinen tilanne. (THL)

Alkoholin haitallinen käyttö aiheuttaa merkittäviä haittoja, mutta ei riippuvuutta. Kuitenkin tautiluokituksen (ICD-10) kriteerit täyttyvät. Alkoholiriippuvuus luokitellaan oireyhtymäksi, jonka tavallisimpia piirteitä ovat pakonomaisuus, vieroitusoireet, toleranssin

kasvu, juomisen jatkuminen haitoista huolimatta. Diagnosoidessa ICD -10 tautiluokituksen kriteerien tulee täytyä. (Aalto 2008: 1493.) Kriteeristöissä ei ole asetettu määrävaihtimuksia alkoholiongelman diagnosoimiseksi (Käypä hoito). Tavallista suuremmissa riskeissä alkoholiongelman suhteen, ovat ihmiset, joiden vanhemmat ovat olleet alkoholi-riippuvaisia ja he, joilla on alkoholiriippuvuuden muita vaaratekijöitä (Poikolainen 2009).

Tyypillisesti alkoholiriippuvaiset ovat juoneet jo ennen riippuvuuden alkamista rajusti (Poikolainen 2009). Riippuvuutta kuvastavat kova halu tai pakonomainen tarve juomiseen. Tällöin ihmisellä voi esiintyä piinaavia, epämukavia tuntemuksia ja ajatuksia sekä levottomuutta. Ihminen voi kokea, ettei hän selviydy ilman alkoholia sovitusta tehtävistä, kuten asioiden hoidosta. Alkoholista riippuvainen ihminen voi kokea myös alkoholin ainoana oikeana rentoutumisen keinona. Oireet helpottavat vasta kun ihminen saa juoda. (THL) Tyypillisiä vieroitusoireita on vapina, hikoilu, pahoinvointi, levottomuus, päänsärky ja unettomuus (Käypä hoito). Vakavampia vieroitusoireita ovat näkö-, kuulotai tunteharhat ja kouristukset (THL). Alkoholiriippuvuuden hoidossa voidaan käyttää apuna kognitiivista käyttäytymisterapiaa, juomahimoa hillitseviä opioidisalpaajia (naltrexonia tai nalmefeenia) ja vertaistukiryhmiä kuten AA –liikkeen apua. Potilasta parhaiten auttava hoitokeino löytyy kokeilemalla. (Poikolainen 2009.)

3.3 Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen

Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen on haasteellista. Siihen vaikuttavat niin ikääntyminen, sairaudet, masennus ja muistiongelmat. Terveystieteiden ammattilainen saattaa pitää potilaan alkoholinkäyttöä hyvin henkilökohtaisena asiana. Siihen suhtaudutaan myös moralisoivammin kuin nuorten alkoholin käyttöön. (Aalto 2008: 1494.)

Strukturoitujen kyselyiden avulla voidaan seuloa alkoholin suurkulutusta. AUDIT -kysely ei kuitenkaan toimi yhtä hyvin ikääntyneiden parissa kuin työikäisten alkoholin käytön seulonnassa. Tästä johtuen CAGE –kyselyä suositellaan ensisijaisesti ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen seulontaan (Liite 2). Paras tapa ikääntyneen alkoholin suurkulutuksen seulontaan on ensisijaisesti haastattelu, ja testit olisivat vain täydentävinä menetelminä. (Aalto 2008: 1494.)

Mini-interventio on hyvä ja tehokas keino, jonka avulla pyritään tunnistamaan ja hoitamaan alkoholin riskikäyttäjät. Sen avulla voidaan pyrkiä vähentämään alkoholin liiallista

kulutusta. Mini-interventiossa potilaaseen luodaan rohkeutta ja uskoa alkoholin käytön lopettamisen tai vähentämisen onnistumiseen, annetaan palautetta ja tietoa alkoholi-asioista suhteutettuna potilaan tilanteeseen, avustetaan päätöksessä vähentää tai lopettaa alkoholin käyttö sekä suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, reflektioivasti, empaattisesti ja ymmärtävästi. Potilaan on kuitenkin itse tehtävä päätös alkoholinkäytön suhteen. Yhdessä potilaan kanssa suunnitellaan mahdollinen vähentämishjelma. (Käypä hoito.) Mini-interventiohaastattelun tukena voidaan käyttää myös erilaisia testejä ja kyselyitä kuten AUDIT –kyselyä (Tamanen – Alho – Malmivaara 2010).

3.4 Alkoholi-riippuvuuden hoito

Alkoholi-riippuvuuden ensisijaisena hoitona käytetään psykososiaalista terapiaa ja hoidon tuloksellisuuden parantamisessa voidaan käyttää apuna myös lääkehoitoa. Varhainen diagnostiikka ja hoidon aloitus tuovat alkoholi-riippuvuuden hoidossa parempia tuloksia. On yleistä että alkoholi-riippuvuus diagnosoidaan vasta, kun alkoholin käyttöön liittyy terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia. Tällöin hoito on jo huomattavasti vaikeampaa. (Niemelä 2014: 1730.)

Perinteisesti alkoholi-riippuvuuden hoidossa tavoitteena on ollut täysraittius. Hyvän hoitovasteen esteenä on kuitenkin hoidon tarpeessa olevan ihmisen hakeutumattomuus hoidon piiriin tai puutteellinen hoitomotivaatio. Niemelä (2014) tuo artikkelissaan esille yhdysvaltalaisstudion jonka mukaan jopa 42 % hoidon tarpeessa olevista henkilöistä eivät olleet valmiita täysin lopettamaan alkoholinkäyttöä. (Niemelä 2014: 1732.)

Ottaen huomioon kansanterveydellisen näkökulman, on alkoholin käytön vähentäminen parempi vaihtoehto kuin käytön jatkuminen runsaana. Alkoholin käytön kohtuullistaminen on ainoastaan silloin realistinen tavoite jos käytön haitat ovat vielä lieviä eikä juominen ole täysin pakonomaista. Mikäli asiakkaan omana tavoitteena on alkoholinkäytön vähentäminen, tulisi asiakkaan kanssa yhdessä arvioida alkoholinkäytön määrää alkoholiannoksina, viikkokulutuksena, ja kertajuomista kohden. (Niemelä 2014: 1732.)

Päihteitä käyttävän asiakkaan psykososiaalisen hoidon perustana on aina hoidon jatkuvuus, hyvä yhteistyö sekä asiakkaan motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon. Hoidon kannalta keskeisimpiä asioita ovat tiedon antaminen, keskustelut ja toiminta niin yksilö-, pari-, perhe-, tai ryhmäterapiassa. Eräs hoidon tavoitteesta voi olla myös lää-

kehoitukseen sitouttaminen (Käypä hoito). Hoidon tukena voi hyödyntää myös vertaistuelista toimintaa kuten AA-ryhmä, Al-Anon tai A-kilta (Tamanen – Alho – Malmivaara 2010).

Tavanomaisin psykososiaalinen hoitomuoto on ”tavallinen hoitosuhde”. Hoitosuhde on tällöin asiakasta tukeva ja vuorovaikutuksellinen ja siinä on aineksia useista eri viitekehysistä. Hoitosuhteessa tulee ottaa huomioon asiakkaan lisäksi hänen perheensä ja lapset. Oikean hoitomuodon valinnassa on hyvä ottaa huomioon asiakkaan mielipide ja yhdessä suunnitella hoitoa. Hoito edellyttää usein eri hoitopaikkojen välistä yhteistyötä ja usein avohoito ei ole riittävä hoitomuoto. Tällöin laitoshoidon tarvetta tulisi arvioida yksilöllisesti. (Käypä hoito)

Alkoholiongelma ja mielenterveyden häiriöt kuuluvat usein yhteen. Asiakas voi pyrkiä lievittämään masennuksen oireita alkoholilla, ja juominen voi puolestaan aiheuttaa mielenterveyden ongelmia. Tällöin ongelmien hoitona käytetään lääkkeitä, jotka aiheuttavat riippuvuutta. Tällaisten asiakkaiden hoidossa yhteistyö psykiatrisen hoidon asiantuntijoiden kanssa on tarpeen (Käypä hoito.)

Asiakkaiden sairaudentunnottomuus luo haasteita päihdeongelmien hoidolle. He eivät usein tunnista omaa päihdeongelmaansa. Vantaan päihdepalvelut, Sininauhasäätiö ja SiniVida Oy ovat tehneet yhteistyötä kotihoidon kanssa mm. tarjoamalla vantaalaisille matalakynnyksistä alkoholikatkaishoitoa ja jälkikuntoutusta asiakkaan omassa kodissa. Palvelun keskiössä olivat ikääntyneet asiakkaat (Vantaan kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi, perhepalvelut, päihdepalvelut. 2010: 4,6).

Alkoholiongelman kliininen hoito alkaa usein vieroitusoireiden hoitamisesta. alkoholi- vieroitusoireet ilmaantuvat, kun päihteeseen sopeutuneen hermoston toiminta muuttuu äkillisesti päihdyttävän aineen poistuessa elimistöstä. Pääsääntöisesti alkoholin käyttö on jatkunut pitkään, jolloin vieroitusoireet ilmaantuvat alkoholin käytön lopettamisen jälkeen 24-150 tunnin kuluessa. (Käypä hoito.) Vieroitusoireet ovat voimakkaimmillaan 1-2 vuorokautta lopettamisesta, minkä jälkeen oireet lievenevät asteittain 4-5 vuorokauden kuluessa. Pitkään kestäneen runsaan juomisen lopettamisen jälkeen vieroitusoireista ahdistus, unettomuus ja ärtyneisyys voivat kestää useita viikkoja. (Huttunen 2013).

Lieviä vieroitusoireita ovat levottomuus, hikoilu, unettomuus, vapina ja ärtyisyys, joita voi ilmaantua jo laskuhumalan aikana (Tamanen – Alho – Malmivaara 2010). Vaikeana vieroitusoireena pidetään Delirium tremensistä, johon kuuluu autonominen ja psykomotorinen hyperaktiivisuus kuten hikoilu, takykardia, vapina, levottomuus, puhevaikeudet, desorientaatio ja hallusinaatiot. (Käypä hoito.) Delirium tremens tila voi olla hengenvaarallinen ja vaatia kiireellistä sairaalahoitoa (Tamanen – Alho – Malmivaara 2010).

Alkoholivieroitusoireiden ja delirium tremensin hoidossa tehokkaimpia lääkkeitä ovat bentsodiatsepiinit. Alkoholivieroitushoito aloitetaan usein antamalla tiamiinia kolmena peräkkäisenä päivänä lihakseen tai suonensisäisesti. Tällöin voidaan estää Wernicken enkefalopatia eli tiamiinin puutteesta aiheutuvaa aivorungon, pikkuaivojen ja isoainojen harmaan aineen tuhoutumista. Vieroitusoireisiin liittyy usein myös dehydraatiota ja suolavajausta, jota on lievissä tapauksissa mahdollista hoitaa isotonisella urheilujuomalla ja vähärasvaisella maidolla. Vaikeassa tilanteessa hoito tapahtuu kalium- ja magnesiumumfuusiolla. Katkaisuhoido on aina perustana kuntoutukselle ja jatkohoidolle. (Käypä hoito.) Ahdistuksen hoidossa voidaan käyttää pitkävaikutteista bentsodiatsepiinia. Vieroitushoidossa käytettävät lääkkeet eivät kuitenkaan saisi johtaa sekakäyttöön päihteiden kanssa. (Huttunen 2013).

Hoitopaikka ja sen valinta vaikuttavat olennaisesti asiakkaan saamaan hoitoon. Hoitovaihtoehtoja on avokatkaisuhoidosta aina laitostarkkaisuun ja laitostarkkaisuun. Hoitopaikan valinta vaikuttaa myös tarjolla olevaan hoitoon. Hoidollisten keskusteluiden lisäksi alkoholivieroituksessa voidaan asiakkaan oloa helpottaakseen käyttää akupunktihoitoa sekä muita lääkkeettömiä hoitokeinoja kuten rentoutusta, akupainantaa, lymfahoitoja sekä aroma- ja vyöhyketerapiaa. Vuorovaikutteinen hoitosuhde on kuitenkin aina hoidon perusta. (THL)

4 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja kysymykset/tehtävät

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää kotihoidon työntekijöille toimintaohje tilanteisiin, joissa he kohtaavat runsaasti alkoholia käyttävän asiakkaan. Opinnäytetyö

on kehittämistyön tyyppinen työ, jonka tavoitteena on selkiyttää kotihoidon työntekijöiden työtä päihteitä käyttävien asiakkaiden kanssa. Tavoitteena on helpottaa hoitajia kohtaamaan päihtynyt asiakas ja motivoida asiakasta päihdehoitoon. Opinnäytetyöstä hyötyvät paitsi kotihoidon työntekijät, myös heidän asiakkaansa. Kysymys on: Mitä keinoja kotihoidon työntekijällä on hoitaa asiakasta, jolla kokee olevan ongelmallista alkoholinkäyttöä?

5 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyö toteutetaan lähestymällä kentällä havaittua ongelmaa kahdesta näkökulmasta. Työn lopullinen muoto on tuotteenomainen toimintaohjeistus, jota kotihoidon työntekijät voivat käyttää ohjeena omassa työssään. Ensimmäisessä vaiheessa perehdytään aikaisempaan tutkimustietoon ja ongelmaa tarkastellaan kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Heitä konsultoidaan ongelmien selvittämiseksi. Kun on saatu selville hoitajien työssä kokemat päihteidenkäyttäjiin liittyvät haasteet, selvitetään asiantuntijoilta ratkaisuja näihin hoitajien kokemuksiin haasteisiin. Tämä on työn toinen vaihe. Asiantuntijoina konsultoidaan päihdehoitotyössä toimivia sairaanhoitajia ja työnohjaajaa, jotka eivät liity tähän työyhteisöön. Konsultointien jälkeen kootaan yhteen ohjeistus, josta kotihoidossa toimivat hoitajat saavat työkaluja toimia päihteitä käyttävän asiakkaan kanssa.

Opinnäytetyö toteutettiin yhdessä Vantaan kaupungin kotihoidon kanssa aluksi kartoittamalla mitä he toivovat ja odottavat opinnäytetyöltä. Tämän jälkeen kävimme konsulttoimassa kentällä toimivia hoitajia, joilta saimme kentällä askarruttavia ja puhetta herättäviä asioita tiedoksemme. Saadun tiedon pohjalta valitsimme mielestämme työn kannalta olennaiset ja tärkeät yhteistyötahot, joita konsultoimme kotihoidossa heränneiden kysymyksien tiimoilta.

5.1 Tiedonhaku

Tiedonhaku aloitettiin käyttämällä tietokantoina Medic, Lääkärintietokantaa ja Chinalia. Sen lisäksi haettiin Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuilta viimeisimmät suositukset ikääntyneiden alkoholin käytöstä käyttämällä hakusanoja: iäkkäät, alkoholi, alkohol, senior, drugs, työikäinen, working-age, alcohol, kotihoito, homecare, ethics.

Varttuneemman väestön alkoholinkäytöstä on vain vähän tutkimusta ja näkökulma on hyvin rajattu. Eniten on tutkittu alkoholinkäytön yleisyyttä, juomatapojen muutosta ja sitä, mitä terveysvaaroja ja muita riskejä alkoholinkäyttöön liittyy (Warpenius – Holmila – Tigerstedt 2013: 65.) Tiedonhaun tuloksena löytyi tutkimuksia iäkkäiden alkoholin riskeistä, ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistamisesta, iäkkäiden suhtautumisesta alkoholin käyttöön, puheeksi ottamisesta, alkoholiongelmien hoidon etiikasta.

5.2 Asiantuntijakonsultaatiot

Asiantuntijakonsultaatioihin valitut tahot valittiin Vantaan kaupungin käyttämien palveluiden ja yhteistyökumppaneiden joukosta. Tarkoituksena oli valita juuri tätä opinnäyte-työtä parhaiten palvelevat yhteistyötahot joiden kautta saisimme kerättyä kentällä olevien hoitajien kysymyksiin ja ihmetyksen aiheisiin parhaat ja monipuolisimmat vastaukset. Hyödynsimme tässä myös työelämän kautta tutuksi tulleita yhteistyökumppaneita, jotka tarjoavat vantaalaisille päihderiippuvaisille hoidollisia palveluita. Näiden lisäksi halusimme ottaa huomioon myös työssä jaksamisen ja ohjauksellisen näkökulman johon pääsimme konsultoimaan pitkänlinjan työnohjaajaa ja työkonsulttia.

Konsultaatioiden kautta saimme kattavasti tietoa, jota pystyimme hyödyntämään monipuolisesti työssämme teorian tiedon tukena. Konsultaatioissa oli selkeä yhdenmukainen näkökulma asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta, asiakkaan ottamisesta mukaan hoidon suunnitteluun, päihdeongelman ymmärtämisestä ja työntekijän asenteen muutoksesta päihdeongelmaisia kohtaan. Näiden lisäksi konsultaatioissa nousi esille henkilökunnan ajantasainen kouluttautuminen ja tiedon jakaminen työyhteisössä.

6 Toimintaohje runsaasti alkoholia käyttävän asiakkaan kohtaamiseen

Päihdehuoltolaki edellyttää kuntaa järjestämään asukkailleen päihdepalveluja kunta-laisten tarpeen mukaan. Päihdepalveluja tulee tuottaa päihdehuollon erityispalveluiden lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa. Peruspalveluissa toteutettavat päihdepalvelut ovat esimerkiksi tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen, päihdeongelman arviointiin ja jatkohoitoon ohjaukseen, sekä pitkäaikaiseen jatkohoitoon liittyviä

palveluja (Havio – Inkinen – Partanen (toim) 2013.) Päihdehuoltolaki edellyttää palveluiden olevan helposti tavoitettavaa, joustavaa ja monipuolista (Päihdehuoltolaki)

6.1 Päihdepalvelut Vantaalla



Kuvio 1. Päihdepalvelut Vantaalla (Parviainen – Råman 2014)

Vantaa valitsee kilpailutuksen perusteella päihdepalveluiden tuottajat säännöllisin väliajoin. Päihdepalvelut jaetaan avohoitoon, laitoskuntoutukseen ja asumispalveluihin. Koordinaattoreina toimivat Päivi Råman ja Marjatta Parviainen. Kaupungin tarjoamaan avohoitoon kuuluvat esimerkiksi A-klinikoiden ja H-klinikan palvelut. Tämän lisäksi kaupunki tarjoaa ostopalveluna esimerkiksi kotiin vietyä päihdetyötä (KAP) ja avomyllytoimintaa. Laitoskuntoutusta ja katkaisuhoitoa järjestetään Vantaan omien yksiköiden lisäksi ostopalveluna kilpailutetuilta toimijoilta (Kuvio 1). Asumispalveluihin kuuluvat päihdepalvelujen oman asuntokannan lisäksi ostetut asumispalvelut, sekä kotiin viety asumisen tuki (Parviainen – Råman 2014).

6.1.1 Palveluun ohjautuminen

Päihdekuntoutuksen lähtökohtana on aina avohoidon ensisijaisuus siten, että pyritään käyttämään mahdollisimman paljon Vantaan omia palveluita. Tarpeen mukaan ostetaan palveluita ulkopuolisilta toimijoilta. Hoidon tarpeen arviointi tapahtuu esimerkiksi A-klinikoilla, katko- tai terveysasemalla. Asiakas ohjataan laitoshoitoon siinä tapauksessa, että avohoito ei ole riittävää (Parviainen – Råman 2014.) Päihdehuoltolaki korostaa potilaan osallistumista ja itsenäisen suoriutumisen tukemista osana luottamuksellista päihdehoitoa (Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41 8§).

6.1.2 Vantaan päihdevieroitusyksikkö

Vantaan päihdevieroitusyksikössä (ent. katkaisuhuoltoasema) hoidetaan alkoholi, lääke ja/tai huumausaineriippuvaisia ihmisiä. Vieroitushoito on vapaaehtoista, ympärivuorokautista jolloin hoitoaika määräytyy asiakkaan tarpeiden mukaisesti eli yksilöllisesti arvioiden. Keskimääräinen hoitoaika on 1-3 viikkoa. Hoidon ensisijaisena tavoitteena on päihdekierteen katkaiseminen ja vieroitusoireiden hoito. Päihdevieroitusyksikössä noudatetaan säännöllistä päiväohjelmaa jonka avulla pyritään päivärhythmi normalisoimiseen. Päihdevieroitusyksikössä hyödynnetään ryhmähoidon keinoja ja yhteisohoidon mahdollisuuksia tukea asiakasta kannustavassa ilmapiirissä. Lääkehoitoa käytetään hoidon osana. (Päihdevieroitusyksikkö asiakasopas)

Päihdevieroitusyksikköön hakeudutaan sosiaali- ja terveyskeskusten kautta, A-klinikoiden tai muiden vastaavien palveluyksiköiden kautta. Hoitoon hakeutuminen vaatii ammattihenkilön tekemän arvion hoidon tarpeesta ja lähetteen. Asiakkaat voivat hakeutua päihdevieroitusyksikköön arkipäivisin. Päihdevieroitusyksikköön voi olla myös yhteydessä päihteidenkäyttäjät työssään kohtaavat ja kysyä neuvoa ja ohjausta hoidon arviointiin. Päihdevieroitusyksikkö sijaitsee Vantaan Myyrmäessä (Päihdevieroitusyksikkö.)

6.1.3 Kotiin annettava päihdetyö

Laitoshoidon lisäksi kotona asuvat päihteidenkäyttäjät voivat käyttää kotiin annettua päihdetyön palveluita, jotka on tarkoitettu täysi-ikäisille alkoholi-, lääke-, ja huumeriippuvaisille henkilöille. Kotiin annettavasta päihdetyöstä hyötyvät erityisesti liikuntarajoit-

teiset, ikäihmiset ja vammaiset. Näiden palveluiden piiriin hakeutuminen on mahdollista myös henkilöille, joilla on erilaisia psyykkisiä ja sosiaalisia esteitä tai muita rajoitteita (Parviainen – Råman 2014.)

Kotiin annettava päihdetyö jaetaan katkaisu- ja vieroitushoitoon sekä päihdekuntoutukseen. Katkaisu- ja vieroitushoito voidaan toteuttaa lääkkeellisenä tai lääkkeettömänä lääkärin arvioinnin mukaan. Katkaisuhoidon aikana kontakteja on useita päivässä ja hoidon kesto on 1-3 viikkoa. Katkaisuhoidon suunnitelma laaditaan yhdessä asiakkaan kanssa. Päihdekuntoutus on jatkoa katkaisu- ja vieroitushoidolle ja se on kestoltaan noin 1-3 kuukautta. Tänä aikana asiakkaan kanssa harjoitellaan päihteettömyyttä ja arjenhallintaa. Kontakteja on usein päivittäin. Asiakaslähtöisen päihdekuntoutuksen aikana on mahdollista käynnistää muitakin tarvittavia palveluita (Parviainen – Råman 2014.)

6.1.4 Sinivida

Kilpailutuksen perusteella valitaan päihdepalveluiden tuottajat ja tällä hetkellä yhtenä palveluntuottajana Vantaalla toimii Sinivida, joka on osa Medivida –konsernia. Sinivida tuottaa Vantaalla tuettua asumispalvelua ja kotikatkaisuhoidoa. Silloin, kun asiakkaan vointi ei vaadi jatkuvaa lääketieteellistä hoitoa, koti on katkaisuhoidon toteuttamiselle paras mahdollinen paikka. (Heikkilä 2014.)

6.1.5 Simonpirtti

Simonpirtti on Vantaan Simonkylässä sijaitseva päihdeongelmista kärsiville tarkoitettu tehostettua ympärivuorokautista asumispalvelua tarjoava yksikkö. Asumisyksikössä asuminen voi olla tilapäistä tai pysyvää. Tarvittaessa Simonpirtistä saa myös kriisimaajoitusta tilapäiseen tarpeeseen. Asuminen Simonpirtissä on päihteetöntä, joten päihtyneenä Simonpirttiin saapuvat asukkaat ohjataan olemaan omissa huoneissaan. Päih-teiden tuominen Simonpirttiin on kielletty. Simonpirtistä saa tukea ja ohjausta päihteet-tömyyden lisäksi arjen hallintaan ja asioiden hoitamiseen. Asiakkaan oma aktiivisuus tukee päihteettömyyttä pidemmällä aikavälillä. Tarvittaessa Simonpirtti neuvoa myös kotihoidon työntekijöitä päihkeitä käyttävän asiakkaan hoidossa (Heikkilä 2014.)

6.1.6 Kotikatko

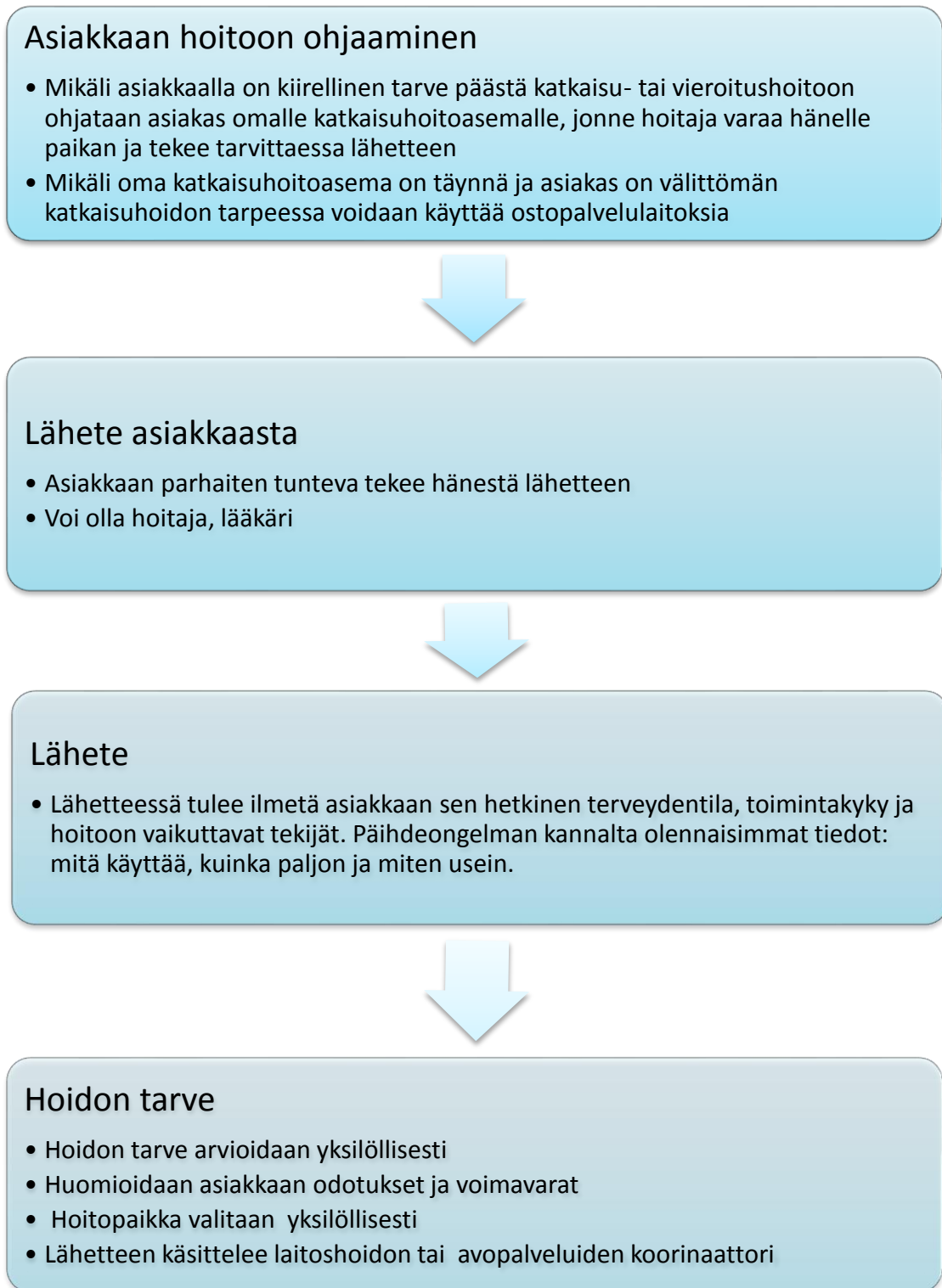
Päätöksen katkaisuhoidon aloittamisesta kotona tekee kotikatkon lääkäri. Kotikatkaisuhoidossa tuetaan asiakasta alkoholista irtaantumiseen ja kannustetaan kohti päihteetöntä elämää. Kotikatko kestää 1-14 vuorokautta. Kotikäyntejä voidaan tehdä asiakkaan luokse päivittäin klo 8-20 välisenä aikana. Palvelu muotoillaan asiakkaan tarpeiden mukaiseksi. Tarpeen vaatiessa voidaan hoitosuhdetta jatkaa kotikuntoutuksena, joka voi kestää jopa 5-10 viikkoa. Näiden viikkojen aikana motivoidaan asiakasta päihitteettömyyteen, luodaan luottamuksellinen hoitosuhde ja kartoitetaan kokonaistilanne, jonka pohjalta laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma. Asiakkaan osallisuutta ja asiakasta tuetaan kiinnittymään mm. vertaistukeen ja A-klinikan ryhmiin (Heikkilä 2014.)

6.1.7 Järvenpään Sosiaalisairaala

Järvenpään Sosiaalisairaala on Järvenpäässä Haarajoella sijaitseva A-klinikkasäätiön ylläpitämä Suomen ainoa riippuvuusongelmien hoitoon erikoistunut sairaala. Hoitoa toteutetaan kognitiivisen käyttäytymisterapian avulla, hyödyntäen yhteisön voimaa. Tavoitteena on kokonaisvaltainen kuntoutuminen. Sosiaalisairaala pyrkii saumattomaan hoitopäätöseen yhteistyössä lähettävän tahon kanssa.

6.1.8 Palveluihin hakeutuminen

Hoitoon hakeutuminen tapahtuu aina läheteellä, jonka kirjoittaa potilaan parhaiten tunteva sosiaali- ja terveysalan ammattihenkilö (Nylander 2014.). Laitoshoidon koordinaattorit käsittelevät lähetteet, joissa tulee ilmetä potilaan sen hetkinen toimintakyky, terveydentila ja hoitoon vaikuttavat tekijät. Tällaisia ovat esimerkiksi potilaan perussairaudet ja muut toimintakykyä laskevat tekijät. Lähetteen tekijän on hyvä mainita huolellisesti perustiedot, kuten äidinkieli ja avun tarve päivittäisissä toiminnoissa. Päihdeongelman kannalta oleellista on tieto siitä, mitä potilas käyttää, kuinka paljon ja miten usein (Kuvio 2). Pääpäihteen lisäksi myös muut päihteet tulee mainita (Nylander, T.2014.).



Kuvio 2. Palveluihin hakeutuminen (Nylander T 2014, Havio ym. 2013)

Hoidon tarve määritellään asiakkaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti, huomioiden asiakkaan omat odotukset ja voimavarat, jonka mukaan suunnitellaan asiakkaan koko-

naisvaltainen hoito. Muutoksen toteutuminen edellyttää asiakkaan omaa muutoshalua ja vastuunottoa (Havio – Inkinen – Partanen (toim) 2013.)

6.2 Runsaasti päihteitä käyttävän kohtaaminen

Päihtynyt asiakas koetaan usein epämiellyttäväksi hoidettavaksi. Päihtynyt saattaa olla epäsiisti, käyttäytyä epäkohteliaasti tai olla uhkaava hoitajaa kohtaan. Tällaisesta käytöksestä nimitys ”haasteellinen” koetaan nykyään hyväksyttäväksi ilmaukseksi silloin, kun todellisuudessa tarkoitetaan aggressiivisesti käyttäytyvää, väkivaltaista tai muulla tavoin uhkaavasti tai sopimattomasti käyttäytyvää asiakasta tai vain seksististä, nimittelevää tai muuten epäkunnioittavasti käyttäytyvää, kenties siivottomassa ympäristössä asuvaa, epäsiistiä tai päihtynyttä asiakasta. Työntekijän on kuitenkin voitettava asiakkaan tuoma haaste ja suoriuduttava asiakkaan kohtaamisesta samoin, kuin muidenkin asiakkaiden. Asiakasta ei voi muuttaa, eikä työntekijä voi valita asiakkaitaan. Ainoaksi keinoksi jää oman ajattelun ja asenteen muuttaminen.

Koska päihteitä runsaasti käyttävien asiakkaiden hoitamiseen liittyy monenlaisia kielteisiä tunteita, työntekijöiden on aika ajoin hyvä miettiä, millaisia asioita tai tehtäviä heidän työhönsä kuuluu. Tämä tehtävä saattaa avata uudesta näkökulmasta havaitsemaan, millaisten työsuoritusten, ongelmatilanteiden ja paineiden kanssa he arjessaan painiskelevat. Hoito- ja huolenpitotyön ammateissa vastauksena on usein hoidon ja kuntoutuksen ja ohjauksen lisäksi myös asiakkaiden fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta hyvinvoinnista huolehtimista, siivousta, jopa ruuanlaittoa, lääkkeenjakoja ja virkistystoiminnan järjestämistä. Kaikista näistä tehtävistä on huolehdittava samanarvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan.

Erityisesti päihdetyössä työntekijöiden on pohdittava, mikä juuri heidän työssään on tärkeää. Jokainen itseään kunnioittava ja työtään arvostava työntekijä voi helposti luetella listan työssä tärkeitä asioita; asiakaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, asiakkaan henkinen hyvinvointi, tasa-arvoisuus, mielekäs arki ja elämä jne. Työntekijöihin liittyvinä tärkeinä ominaisuuksina mainitaan mm. ystävällisyys, auttavaisuus, huolellisuus, kiireettömyys, pitkäpinnaisuus ja puhvelinnahkainen kärsivällisyys. Kysymys on arvoista.

6.3 Työnohjaus hoitohenkilökunnan ammatillisuuden ja jaksamisen tukena

Työnohjaus on työelämässä toteutettavaa ammatillista toimintaa, jota tekee asianomaisen koulutuksen saanut työnohjaaja. Yleensä työnohjauksen tarve herää halusta saada johonkin asiaan muutosta, jolloin työyhteisön edustaja ottaa yhteyttä valitsemaansa työnohjaajaan työnohjausprosessin käynnistymiseksi. Työnohjauksen keskiössä on työ ja sen tarkastelu tapahtuu vuorovaikutuksellisessa suhteessa työntekijöiden ja työnohjaajan välillä. Tämä edellyttää työnohjaajan ja työnohjausryhmän välillä työskentelyä kannattelevaa emotionaalista suhdetta. Tällainen suhde mahdollistaa työnohjauksen onnistumisen kannalta tärkeän kohtaavan vuorovaikutuksen, joka puolestaan luo edellytykset pohtivan, refleктоivan vuoropuhelun toteutumiselle (Kallasvuo – Koski - Kyrönseppä – Kärkkäinen (toim.) 2012.)

Työnohjaajalta voi saada apua työssä jaksamiseen ja haasteellisen asiakkaan kohtaamiseen. Opinnäytetyötä varten konsultoitiin erästä työnohjaajaa ja työyhteisökehittäjää. Työnohjauksen keinoin voidaan vaikuttaa työyhteisön toimivuuteen vaikuttaviin tekijöihin, mitä ovat rakenteet, tunnemaailma ja perustehtävä, johtajuuden ollessa keskiössä. Työyhteisön työnohjauksella voidaan tavoitella esimerkiksi johtajuuden vahvistumista, tarkoittaen tällöin paitsi esimiehen toimintaa, myös jokaisen työntekijän omaa henkilökohtaista itsensä johtamista. Johtajuus –sanan synonyymeinä voidaan tässä yhteydessä käyttää myös sanoja vastuullisuus ja jopa aikuisuus (Kallasvuo – Koski - Kyrönseppä – Kärkkäinen (toim.) 2012.) Työnohjaaja muistuttaa myös johtajien työnohjauksen tarpeellisuudesta. Työnohjaus voi tällöin toteutua vaikka esimiehen henkilökohtaisena työnohjauksena. Hän kertoo keskeisen ajatuksen koko johtajuudesta olevan se, että yksin ei voi onnistua. Yksin voi kuitenkin saada paljon negatiivisia muutoksia aikaan. Työnohjaaja kertoo dialogisen johtajuuden olevan keskeinen asia, koska sillä saa työyhteisön sitoutumaan mukaan toimintaan. Johtajan keskeisin tehtävä on poistaa esteitä muiden työntekijöiden tieltä, olivatpa esteet sitten konflikteja työntekijöiden välillä tai rikkinäisiä laitteita. Johtajan tehtävä on tehdä muiden työntekijöiden työ helpoksi ja siksi hänelle minkään asian ei tulisi olla niin tärkeää, kuin tuntea työn sisältö ja sen tekijät. Johtajan on oltava käytettävissä tarpeeksi, että häntä voi lähestyä, työnohjaaja kertoo.

Kun tavoite on asetettu kohdistuvaksi perustehtävään, koetaan tarpeelliseksi vahvistaa työyhteisön käsitystä perustehtävästä. Usein on tarpeellista muistuttaa, minkä perustehtävän toteuttamiseksi työyhteisö on olemassa. Työnohjaustyöskentelyssä käy usein

ilmi, että perustehtävä ymmärretään eri tavoin työyhteisön jäsenten keskuudessa. Tällöin esimerkiksi työtehtävien välinen priorisointi aiheuttaa kitkaa työntekijöiden välillä (Kallasvuo – Koski - Kyrönseppä – Kärkkäinen (toim.) 2012.) Työnohjaustilanteissa työnohjaaja kertoo lähtevänsä purkamaan tilannetta tiettyjen kysymysten kautta. Hän haastaa hoitajat pohtimaan, miksi he ovat juuri tässä työssä. Kysymyksen myötä työntekijät joutuvat pohtimaan paitsi omia vaikuttimiaan ja tavoitteitaan, mahdollisesti myös unelmiaan. Usein työntekijät mainitsevat syiksi mm. ”haluan auttaa”, ”tykkään ihmisistä”, ”pidän siitä että työ on vaihtelevaa ja asiakkaat ovat erilaisia” tai ”olen sosiaalinen ja empaattinen” hän kertoo.

Kysymys on perustehtävästä ja siihen kuuluvista asioista. Ellei perustehtävää pidetä ”elävänä” ja siitä keskustella työyhteisössä säännöllisin väliajoin, käy helposti niin, että työntekijät alkavat toteuttaa omia intressejään sen sijaan että toimisivat asiakkaiden edun mukaisesti. Tavallinen esimerkki tällaisesta on mm. että työntekijät alkavat miettiä, miten työtehtävät voitaisiin tehdä nopeammin ja helpommin. Hyvä niin, jos tässä yhteydessä tavoitellaan asiakkaan parasta. Usein kyseessä on kuitenkin työntekijän paras; jotta jää enemmän aikaa kahvitaukoon, tai että pääsee hiukan aikaisemmin lähemmään töistä kotiin, tai tehtävä ei ole työntekijälle mieluinen jne. Tämä on toki inhimillistä, mutta ei ammatillista, joten kyseistä vaaraa on pyrittävä tietoisesti ehkäisemään, työnohjaaja muistuttaa.

Jokaisessa työyhteisössä on tai ainakin pitäisi olla selkeästi määritelty perustehtävä sekä arvot, joiden mukaan työtä tehdään. Valitettavan usein näistä arvoista ei ole yhteisesti keskusteltu eikä niitä ole avattu. Avaamisella tarkoitan yhteistä pohdintaa siitä, mitä esimerkiksi arvo ”asiakslähtöisyys” käytännössä tarkoittaa? Tarkoittaako se sitä, että asiakas voi vaikuttaa siihen, millaiseen viriketoimintaan hän osallistuu tai ei osallistu? Tarkoittaako se sitä, että asiakas voi vaikuttaa siihen kuinka häntä avustetaan? Tarkoittako se sitä, että asiakas voi vaikuttaa siihen millaisessa kunnossa hänen kotinsa tai huoneensa on? Arvojen avaamisen yhteydessä on pohdittava näitä ja lukuisia muita tämän tyyppisiä kysymyksiä. Tämä siksi, että kaikilla työntekijöillä olisi yhteinen käsitys siitä, mikä työssä on tärkeää ja millaista käyttäytymistä ja asennoitumista työntekijältä odotetaan, työnohjaaja sanoo.

Kun on saatu yhteinen käsitys siitä, millaisten arvojen mukaan työnantaja odottaa alaisen toimivan, voidaan pohtia, missä määrin nämä arvot toteutuvat itse kunkin työssä. Mikäli huomataan, että jokin arvo ei toteudu odotetulla tavalla, mietitään miksi se ei

toteudu. Esimerkiksi jos todetaan, että arvo ”kiireettömyys” ei toteudu arjessa asiakastilanteissa, voidaan pohtia millaiset asiat estävät kiireettömyyden toteutumista käytännössä? Mitä asialle voidaan tehdä tilanteen korjaamiseksi?

Jotkut arvot tuntuvat niin itsestään selviltä, että kaikki ovat yksimielisiä niiden toteutumisesta. Tällainen on esimerkiksi ”asiakkaan kunnioittaminen”. Jos kysymys asetetaan niin, että ”Mistä asioista ulkopuolinen tarkkailija voi päätellä, että kunnioitat kaikkia asiakkaitasi?”, ei vastaaminen olekaan enää yhtä helppoa. Työnohjaaja kertoo, että työntekijöiden näyttää olevan helpompi kertoa esimerkkejä siitä, miten asiakkaiden kunnioituksen puute tulee esiin; ”Helposti tulee tehtyä asiakkaan puolesta, kun ei jaksaa odottaa että hän tekisi itse.” ”Aina ei kuunnella asiakasta, vaan työntekijä päättää hänen puolestaan.” ”Ei käytetä viittomakieltä silloin kun ryhmässä on kuulovammainen jäsen.” ”Kiroillaan takaisin kun asiakas kiroilee.” ”Uhkaillaan.” tai ”Kohdellaan kuin lasta.” Työnohjaaja muistuttaa tiimipalavereiden ja erilaisten esimies-alaiskeskusteluiden olevan hyviä foorumeita näiden asioiden läpikäymiseen. Kehityskeskustelut puolestaan ovat oivallisia tilaisuuksia käydä läpi arvojen toteutumista henkilökohtaisella tasolla. On hyvä, että työntekijä on valmistautunut refleктоimaan itseään tässä(kin) suhteessa, työnohjaaja toteaa.

Lopuksi työnohjaaja kääntää mieltä ratkaisua ongelmalliseen tilanteeseen. Hän kertoo, että sen jälkeen kun on käyty läpi työyhteisön perustehtävä ja arvot, laaditaan työkäyttäytymiselle yhteiset pelisäännöt. Siltä varalta, että tapahtuu pelisääntörikkomuksia eli joku ei noudatakaan yhdessä sovittua toimintatapaa (esim. ottaessaan viimeisen parin hanskoja, tuo välittömästi lisää seuraavaa käyttäjää varten) on laadittu puuttumisen polku. Siinä sovitaan, miten toimitaan pelisääntörikkomuksen sattuessa, miten siihen puututaan, kuka puuttuu, koska puuttuu, mitä rikkomuksesta seuraa jne.

Työnohjaaja summaa, että näiden toimien tuloksena on ammatillinen, eettisesti ja moraalisesti korkeatasoinen työkäyttäytyminen luotu. Hän avaa vielä termiä ”työkäyttäytyminen”. Se on hänen mukaansa tapa olla vuorovaikutuksessa ja tehdä työtä työpäivällä. Työnantajalla on oikeus edellyttää tietynlaista työkäyttäytymistä; joillakin työpäiväkoilla esim. tupakoimattomuutta, korrektia kielenkäyttöä, asiallista pukeutumista, toisen auttamista, ystävällisyyttä, oma-aloitteisuutta tai aktiivisuutta. Vaikka toisinaan ajatellaan virheellisesti, että käyttäytyminen on jokaisen henkilökohtainen asia ja persoonaan liittyvä ominaisuus, se ei ole. Luonne on, sillä sitä on äärettömän vaikea muuttaa, mutta käyttäytyminen on opittua ja sen suhteen voimme tehdä valintoja, hän kertoo.

Tämä työnohjaaja kertoo tapanansa olevan lopuksi pyytää työnohjausryhmän osanottajia kysymään itseltään Maija Paavilaisen sanoin: ”Onko lähelläni hyvä olla? Mahtuuko lähelläni kasvamaan?”, ja sitten vastata siihen - itselleen. Tavoitteena on, että työntekijä voi hyvällä omallatunnolla todeta, että ”Jokaisen asiakkaan on hyvä olla lähelläni!” Pulma, miten kohdata haasteellinen asiakas, on ratkaistu, toteaa työnohjaaja (asian-tuntijakonsultaatio 1.)

7 Luotettavuuskysymykset ja eettiset kysymykset

Opinnäytetyön luotettavuutta arvioitaessa käytetään hyödyksi laadullisessa tutkimuksessa käytettäviä luotettavuuden kriteerejä: uskottavuus, vastaavuus, siirrettävyys, luotettavuus. Näitä osa-alueita voidaan arvioida työhön sitoutumisen, aineiston keruun, tiedonantajan, tiedon kerääjän ja -antajan välillä sekä työn luotettavuutta ja raportointia. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 138.)

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta kuvataan usein validiteetin (=tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu) ja reliabiliteetin (=tutkimustulosten toistettavuus) käsitteillä. Opinnäytetyöprosessissa oli mukana myös face-validiteetti joka tarkoittaa opiskelija kollegoiden arviointia seminaareissa. Tällöin arvioinnin kohteena on ollut työn aineiston ja tulosten vastaavuus. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 136,142.) Opinnäytetyö on kehittämistyötyyppinen työ, jossa pyrimme luomaan selkeät ohjeet kotihoidossa toimiville hoitajille.

Opinnäytetyön aineistoa hankittiin useasta eri lähteestä hyödyntäen informaattikkoja, tieteellistä tutkittua tietoa ja kansallisia potilasohjeistuksia. Aineisto valittiin kriittisesti silmällä pitäen sen vastaavuutta työhön, julkaisuajankohtaa ja aineiston kirjoittajan pätevyys huomioiden. Näin huomioimme saadun tieteellisen tiedon ajantasaisuuden. Kaikki kerätty aineisto säilytettiin ainoastaan opinnäytetyötä tekevien hallussa eikä ulkopuolisilla ollut mahdollisuutta päästä aineistoon käsiksi. Tietokannoista (Medic, Chinal, Duodecim) saadun tiedon luotettavuutta ei tässä opinnäytetyössä ollut mahdollisuutta tarkistaa vaan on luotettu tietokantoihin valittuihin artikkeleihin.

Terveystieteiden tutkimuksessa ensisijainen kehittämistoiminnan tavoite on potilaan hyvän lisääminen. Sen vuoksi tietolähteisiin kiinnittäminen on tärkeää. Tietolähteiden valinta ohjaa

kehittämistä ja voi pahimmillaan vinouttaa sitä. Perusteellinen lähdekritiikki lisää kehittämistyön eettistä turvallisuutta. (Heikkilä 2008: 44-45.)

Erillistä tutkimusetiikkaa ei siinä mielessä ole, etteivät tutkijaa tai tutkijayhteisöä koskisi samat eettiset kysymykset, kuin muutakin yhteiskuntaa. Tutkimusetiikka on kuitenkin erillinen sillä perusteella, että jotkut eettiset ongelmat ratkaisuihin toteutuu ainoastaan tieteellisen tutkimuksen kuluessa. Näitä ovat esimerkiksi tutkimustyölle asetettavat vaatimukset ja esimerkiksi tutkittavien oikeuksien suojeleminen ja tutkitun tiedon julkistaminen. Ihmisten ollessa tietolähteinä, eettisten ratkaisujen merkitys on erityisen keskeinen. (Leino-Kilpi – Välimäki 2012: 361-362.)

Etene julkaisi 2011 Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta –julkaisun missä se tuo esille eettisten näkemysten pysyvyyden ammattihenkilöstön työssä. Julkaisussa korostetaan miten eettisten, koeteltujen ja hyväksi havaittujen periaatteiden tulisi toimia käytännön vakaina suuntaajina, mutta samalla niiden tulisi herkästi reagoida ympäristön muutoksiin. Ohjeistuksella Etene haluaa painottaa ammattihenkilöstön tietojen ja taitojen käyttämistä autettavan hyödyksi. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta 2011) Opinnäytetyö vastaa tähän tuoden esille ikäihmisten lisääntyneitä alkoholin käyttöä ja tarjoaa keinoja hoitoon ohjaamiseksi.

8 Pohdinta ja johtopäätökset

Opinnäytetyöprosessi aloitettiin marraskuussa 2013, jolloin valitsimme aiheeksemme aikuisten alkoholin liikakäytön vähentämiseen liittyvän aiheen. Alkoholia käyttävät asiakkaat kotihoidossa kiinnostivat meitä erityisesti, joten aiheenvalinta ei ollut vaikeaa. Prosessin aluksi kävimme tapaamassa kotihoidon henkilökuntaa saadaksemme tietää, mitä he meiltä toivoivat. Teoreettiseen viitekehykseen saimme sisältöä hakemalla tietoa erilaisista tutkimuksista, jotka liittyivät esimerkiksi päihteiden käyttöön ja päihderiippuvuuteen.

Työ toteutettiin kehittämistyönä ja sen tavoitteena oli saada työkaluja kotihoidon henkilökunnalle kohdata runsaasti päihteitä käyttävä asiakas. Opinnäytetyötä lähestyttiin kahdesta eri näkökulmasta konsultoimalla ensin kotihoidon työntekijöitä ja hakemalla vastauksia heidän esittämiinsä kysymyksiin konsultoimalla eri alojen asiantuntijoita. Huomasimme päihteiden käytön herättävän paljon tunteita niin hoitohenkilökunnan,

kuin asiantuntijoidenkin keskuudessa. Toisaalta ilahduimme siitä, että ihmisillä on halua auttaa asiakasta, jonka päihteidenkäyttö aiheuttaa ongelmia.

Päihteidenkäytöstä ja erilaisista riippuvuuksista on olemassa paljon tutkimustietoa, mutta varsinaisesti iäkkäiden alkoholinkäytöstä tutkimustietoa on vain vähän. Erityisen hankalaa oli löytää ulkomaista tutkimustietoa aiheesta. Lieneekö iäkkäiden alkoholinkäyttö erityisesti suomalaisten ongelma?

Tavoitteena oli helpottaa hoitajia kohtaamaan päihtynyt asiakas ja motivoida asiakasta päihdehoitoon. Saimme konkreettisesti tuotua esille paikallisia päihdehoidon avo- ja laitoshoitomuotoja työntekijöiden käyttöön. Konsultoimalla työnhajaajaa, saimme tietoomme asioita, mitkä auttavat jaksamaan työssä haastavien asiakkaiden kanssa. Mahdollisuus tavoitteen toteutumiseen on hyvä, vaikka emme pystykään antamaan yksiselitteistä vastausta siihen, miten päihdeongelmaisia kuuluu kohdata ja hoitaa, ja miten heidän kanssaan jaksaa toimia.

Vantaalla on paljon perusterveydenhuollon palveluita. Suuri kaupunki pystyy tarjoamaan aivan erilaista palvelua, kuin esimerkiksi asukasmäärältään pieni, sijainniltaan syrjäinen kunta. Päihdeongelmaisen hoidossa voidaan valita avo- ja laitoshoidon välillä ja hoitomuodon lisäksi valittavana on myös useita eri hoitotahoja. Palveluita tarjoavat kaupungin lisäksi yksityiset palveluntuottajat. Matalimman kynnyksen hoitoa tarjoaa kotiin suunnattu päihdehoitotyö.

Asiakkaan lisäksi päihteiden käyttö koskettaa myös päihteiden käyttäjää hoitavaa henkilökuntaa. Pääsääntöisesti nämä ihmiset ovat kotihoidossa työskenteleviä lähi- ja sairaanhoitajia. Päihteiden käyttö herättää hoitohenkilökunnassa monenlaisia tunteita ja ajatuksia ja asettaa haasteita työssä jaksamiselle. Myös turvallisuusnäkökulma liittyy läheisesti päihteitä käyttävän asiakkaan hoitoon. On kuitenkin muistettava, että näitä ongelmia eivät aiheuta ainoastaan päihteidenkäyttäjät. Työnohjauksellisin keinoin voidaan vaikuttaa henkilökunnan työssä jaksamiseen ja tukea työntekijöitä laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa.

Päihteiden käyttö on hyvin monisyinen ilmiö. Koska ihmisten päihteiden käyttöön on monia eri syitä, myös hoito on suunniteltava yksilöllisesti. Kotihoidon työntekijän on kyettävä ajoittamaan interventiot oikein ja tämän lisäksi kyettävä tukemaan asiakasta vaativissakin tilanteissa, kuntouttavan työotteen periaatteiden mukaisesti. Päihteitä

käyttävän asiakkaan hoitaminen vaatii hoitajalta kykyä kohdata ihminen inhimillisesti ja kokonaisvaltaisesti. Päihdehoitotyö vaatii työntekijältä napakkaa asioihin puuttumista, luottamuksellisen ilmapiirin luomista ja kykyä nähdä ihminen päihdeongelman takana. Hoitohenkilökunnan tärkeä tehtävä on säilyttää luottamuksellinen hoitosuhde. käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakas ei koe tullessa hylätyksi, koska on ollut päihdyneenä tai muuten vaativa. Työnantajan tehtävänä on huolehtia työturvallisuudesta ja tukea hoitajien työssä jaksamista. Yhteisten toimintamallien sopiminen auttaa työntekijöitä toimimaan oikein haastavissa asiakastilanteissa. Käytännössä tämä voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että haastavan asiakkaan luo mennään aina työparina.

Edelleen eettiseksi kysymykseksi jää, onko iäkkäällä täysi-ikäisellä ihmisellä oikeus käyttää alkoholia omassa kodissaan jos hän on kotihoidon asiakas.

Lähteet

- 1 Aalto, Mauri 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen puuttuminen ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Luettavissa verkkojulkaisuna: <http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=8C12D2B4232C901714BB9517E88D8B89?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=mielenterveys&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98003#s1> Luettu 31.3.2014
- 2 Aalto, Mauri – Holopainen, Antti. 2008. Ikääntyneiden alkoholien suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim.
- 3 Aira, Marja 2012. Iäkkäiden alkoholinkäytön riskit. Suomen lääkärilehti 6/2012.
- 4 Airaksinen, Timo. 2010. Hoidon etiikka ei saa horjua juoppojen kohdalla. Lääkärilehti 7/2010.
- 5 Hakala, Paula. 2012. Ikääntyneiden ravitsemus. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01086&p_haku=alkoholi*%20ik%C3%A4%C3%A4ntyneet> Luettu 2.11.2014.
- 6 Havio, Marjaliisa – Inkinen, Maria – Partanen, Airi (toim) 2013. Päihdehoitotyö. Helsinki: SanomaPro
- 7 Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Opimateriaalit Oy.
- 8 Heikkilä, Sirpa. Avopalveluvastaava. 2014. Konsultaatio 6.5.2014. Medivida.
- 9 Huttunen, Jussi. Alkoholien ja terveys 2012. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120> Luettu 2.11.2014.
- 10 Huttunen, Matti 2013. Alkoholivieroitusoireyhtymä. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00197&p_haku=vieroitus> Luettu 2.11.2014
- 11 Härkönen, Janne. 2013. Not a wet generation but a wet nation. The dynamics of change and stasis in Finnish drinking culture from 1968-2008. National institute for health and welfare.
- 12 Juntunen, Juhani. 2011. Alkoholien akuutit hermostovaikutukset. Suomen lääkärilehti 21/2011.

- 13 Kallasvuo, Anita – Koski, Arja – Kyrönseppä, Ulla – Kärkkäinen, Maj-Lis (toim.) 2012. Työyhteisön työnohjaus. Helsinki: SanomaPro.
- 14 Käypä hoito. Alkoholiongelmaisen hoito. 2011. Verkkodokumentti.
<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>>
Luettu 22.3.2014, 13.8.2014.
- 15 Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta. 2012. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: SanomaPro.
- 16 Niemelä Solja 2014. Suomen Lääkärilehti 23. Vuosikerta 69.
- 17 Nylander, Tarja. Hoitokoordinaattori. 2014. Konsultaatio 7.5.2014. Järvenpään sosiaalisairaala.
- 18 Parviainen, Marjatta – Råman Päivi. 2014. Perehdytyskoulutus. Vantaan kaupunki.
- 19 Poikolainen Kari 2009. Alkoholiriippuvuus ja alkoholin haitallinen käyttö. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00018> Luettu 31.3.2014.
- 20 Punkkinen, Jari – Sirén, Jukka – Koskenpato, Jari 2008. Gastropareesin hoito. Katsaus. Duodecim.
- 21 Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. 1 Luku, 6§ Palveluiden kehittäminen. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki>> Luettu 13.7.2014
- 22 Päihdevieroitusyksikkö asiakasopas. 8/2013. Sosiaali- ja terveystoimi. Vantaa.
- 23 Raunio, Hannu 2012. Lääkkeiden haitalliset yhteisvaikutukset. Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Verkkokoaineisto.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00715&p_haku=alkoholi*%20%C3%A4%C3%A4kkeet*> Luettu 2.11.2014.
- 24 Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. ETENE-julkaisu 32. Helsinki. Verkkojulkaisu.
<http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf> Luettu 13.7.2014.
- 25 Strömberg, Seija, työnojaaja, Kehittämisen- ja työnohjauspalvelut Seija Strömberg 2014. Konsultointi 25.7.2014..
- 26 Tamanen, Kirsi – Alho, Hannu – Malmivaara, Antti 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Terveyskirjasto. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00049&p_haku=mini-interventio> Luettu 2.11.2014.
- 27 Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti.
<http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/antikoagulaatiohoidon_ohjeet/varfariinia_kayttavalle>. Luettu 22.3.2014

- 28 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/alkoholiriippuvuus> Luettu 31.3.2014.
- 29 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/53c634ac-9c7b-459e-a697-f01cd515386d>> Luettu 31.3.2014
- 30 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/katkaisuhoito> Luettu 13.8.2014
- 31 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/tietoa-alkoholista/alkoholi-ja-terveys/alkoholin-haittavaikutukset/alkoholi-aivot-ja-hermosto>> Luettu 2.11.2014.
- 32 Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholin-käytöstä?. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholitutkimus/suomi-juo/mita-tilastot-kertovat-suomalaisten-alkoholinkaytosta-> > Luettu 2.11.2014
- 33 Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Ravitsemussuositukset ikääntyneille. 2010. Verkkodokumentti. <<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ikaantyneet.suositus.pdf>> Luettu 2.11.2014.
- 34 Vantaan kaupunki Sosiaali- ja terveystoimi, perhepalvelut, päihdepalvelut. 2010. Kotona tapahtuva alkoholikatkaishoito ja jälkikuntoutus. Pilottihankkeen loppuraportti.
- 35 Vilkkö, Anni – Finne-Soveri, Harriet – Sohlman, Britta – Noro, Anja – Jokinen, Sari 2013. Alkoholi- ja päihdehaitat, läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoi-vavastuu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkoaineista. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1>. Luettu: 23.3.2014.

Liitteet

Liite 1: CAGE Questionnaire

- Have you ever felt you should **C**ut down on your drinking?
- Have people **A**nnoyed you by criticizing your drinking?
- Have you ever felt bad or **G**uilty about your drinking?
- Have you ever had a drink first thing in the morning to steady your nerves or to get rid of a hangover (**E**ye opener)?

Scoring:

Item responses on the CAGE are scored 0 or 1, with a higher score an indication of alcohol problems. A total score of 2 or greater is considered clinically significant.

.....

Developed by Dr. John Ewing, founding Director of the Bowles Center for Alcohol Studies, University of North Carolina at Cahpel Hill, CAGE is an internationally used assessment instrument for identifying alcoholics. It is particularly popular with primary care givers. CAGE has been translated into several languages.

The CAGE questions can be used in the clinical setting using informal phrasing. It has been demonstrated that they are most effective when used as part of a general health history and should

NOT be preceded by questions about how much or how frequently the patient drinks (see "Alcoholism: The Keys to the CAGE" by DL Steinweg and H Worth; American Journal of Medicine94: 520-523, May 1993.)

The exact wording that can be used in research studies can be found in: JA Ewing "Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire" JAMA 252: 1905-1907, 1984. Researchers and clinicians who are publishing studies using the CAGE Questionnaire should cite the above reference. No other permission is necessary unless it is used in any profit-making endeavor in which case this Center would require to negotiate a payment.

.....

012695 (02-2004)

Source: Dr. John Ewing, founding Director of the Bowles Center for Alcohol Studies, University of North

Carolina at Chapel Hill

To reorder, call 1-877-638-782

Liite 2: Power Point-esitys



Kotihoidon asiakkaiden alkoholin liikkäytön tunnistaminen ja hoitoonohjaus

Kotihoidon ja muiden toimijoiden välinen yhteistyö Vantaalla



IKÄIHMISTEN ALKOHOLIN KÄYTTÖ

- THL tutkimus, materiaali RAI-tietokannasta
- Puolet kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävistä oli alle 75 vuotiaita
- 56% miehiä, 44% naisia
- Kuormittaa henkilöstöä
- Ikäihmisten kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö on huonosti tunnistettu palvelujärjestelmässä



- Sama alkoholin määrä lisää ikääntyneen veren alkoholinpitoisuutta enemmän kuin työikäisen
- Syynä tähän on alkoholin jakaantuminen kehossa kaikkialle nestetilavuuteen
 - aiheuttaa kehon kuivumista ja rasvoittumista
- Ikääntyneiden hermosto reagoi herkemmin alkoholin vaikutuksille, ketteryys vähenee, tasapainoaisti heikkenee
 - tapaturmariski kasvaa

Alkoholi ja sairaudet

- Ikääntyessä terveysriskit suurentuvat
- Riski kaatumisiin kasvaa, veren sokeritasapaino heittelee, lääkkeiden imeytyminen heikkenee



- Ruokahalu heikkenee, jolloin syöminen jää yksipuoliseksi
 - ravintoaineiden saanti jää vähäiseksi
 - vatsa- ja iho-oireet lisääntyvät, haavat parantuvat hitaasti
- Sairaudet ja lääkkeiden käyttö altistavat alkoholin haitoille
- Alkoholilla lisää riskiä sairastua syöpätauteihin
- Alkoholilla edesauttaa muistihäiriöiden syntyä
- Ikääntyneiden keskuudessa alkoholin osuus tapaturmissa on kasvanut

ALKOHOLI JA LÄÄKKEET

- Ikäihmisillä voi olla käytössään useita eri lääkevalmisteita samanaikaisesti
- Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutus voi johtua niiden yhteisvaikutuksesta maksan metaboliaan
- Alkoholilla vahvistaa kaikkien keskushermostoa lamaavien lääkkeiden vaikutusta
- HUOM !! Vaarana voi olla kuolemaan johtava myrkytystila



- Alkoholi lisää tulehduskipulääkkeiden aiheuttamaa verenvuotoriskiä mahassa ärsyttämällä limakalvoja ja vaikuttamalla veren hyytymistekijöihin
- Tyhjään vatsaa nauttiminen tai yhdessä vatsalaukun tyhjenemisnopeutta lisäävien lääkkeiden kanssa nopeuttaa veren alkoholipitoisuuden nousua
- Alkoholi lisää lääkkeiden aiheuttamaa sedatoivaa vaikutusta
- Motorinen toiminta häiriintyy, puheen, tasapainon ja koordinaatiokyvyn heikkeneminen

- HUOM! Alkoholi + Varfariini = EI SOVI YHTEEN !

- Suurkulutus muodostaa jatkumon, josta voidaan erottaa riskikulutus, haitallinen käyttö ja riippuvuus
- Varhainen tunnistaminen ja hoito ehkäisevät vaikean riippuvuuden syntyä
- Suurkulutus on voinut alkaa vasta varttuneemmalla iällä
 - ero, sairastuminen, eläkkeelle jäänti, suuret muutokset elämässä

SUURKULUTUKSEN TUNNISTAMINEN

- Ensisijainen tapa selvittää on haastattelu
- Testit ja strukturoidut kyselyt vasta toissijaisia
- Mini-interventio



MINI-INTERVENTIO

- Luodaan potilaaseen rohkeutta ja uskoa alkoholin käytön lopettamiseen tai vähentämiseen
- Annetaan tietoa ja palautetta alkoholiin liittyvistä asioista
- Suhtaudutaan asiakkaaseen lämpimästi, reflektioivasti, empaattisesti ja ymmärtävästi
- Yhdessä potilaan kanssa suunnitellaan tavoitteet!



RIIPPUVUUDEN HOITO

- Ensisijaisena hoitona käytetään psykososiaalista kuntoutusta
- lääkehoito
- Hoidon tavoite: raittius? vähentäminen?



PALVELUUN OHJAUTUMINEN

- Laki edellyttää päihdepalveluiden järjestämisen kuntalaisten tarpeen mukaisesti
- Lain mukaan palveluiden tulee olla helposti tavoiteltavissa, joustavia ja monipuolisia



PÄIHDEPALVELUT VANTAALLA

- Valitaan kilpailutuksen perusteella
- Jaetaan avohoitoon, laistokuntoutukseen ja asumispalveluihin
- Ostopalveluna kotiin vietyä päihdetyötä ja avomylytoimintaa
- Lähtökohtana on aina avohoidon ensisijaisuus ja oman kunnan palveluiden käyttö
- Tarpeen mukaan palveluita ostetaan ulkopuolisilta toimijoilta



Päihdepalvelut Vantaalla



AVOHOITO VANTAALLA

A-klinikka Myyrmäki

Korutie 3 A
01600 Vantaa
Puh. 09-8393 5534

Ajanvaraus ja neuvonta
Ma-pe klo 12.00-13.00

Päivystysaikoja ma ja ke,
ilmoittautuminen klo 8.30



A-klinikka Tikkurila

Kielotie 20 C 2.krs
01300 Vantaa
Puh. 09-8392 3415

Ajanvaraus ja neuvonta
Ma-pe klo 12.00-13.00

Päivystysaikoja
ti, to ja pe
ilmoittautuminen klo 8.30

AVOHOITO VANTAALLA

H-Klinikka

Liesikuja 7 B (2.krs)
01600 Vantaa

Puhelinpäivystys ja
neuvonta
ma-pe klo: 10-11
Puh. 09-83921067



- Päivystysvastaanotto
ma ja to klo 12-14

Vastaanotolla tehdään
hoidon tarpeen arviointi
ja asiakas saa lisätietoa
klinikan palveluista

LAITOSKUNTOUTUS

Vantaan päihdevieroitusyksikkö

Ympäri vuorokautinen
katkaisu- ja
vieroitusyksikkö täysi-
ikäisille vantaalaisille

Korutie 3 B
01600 Vantaa
Puh. 09-83935521



- Ohjaudutaan läheteellä
- Varataan paikka etukäteen
- Läheteellä tulevat ohjataan tulemaan ti, ke ja pe klo 8.30-12 ma klo 8.30-15.00 torstaisin 8.30-16.00

OSTOPALVELUNA TAPAHTUVA PÄIHDEHOITO

- Tarjotaan asiakkaille mikäli avohoidon palvelut ovat riittämättömät
- Tavoitteena on auttaa asiakasta mahdollisimman hyvän toimintakyvyn saavuttamiseen ja löytämään keinoja arjessa selviytymiseen
- Laitoshoitoon ohjausta koordinoi Päihdepalvelun laitoshoidon koordinaattori
- Tarvitaan lähete joka osoitetaan laitoshoidon koordinaattorille

Vantaan päihdepalvelut
Laitoshoidon
koordinaattori
Kielotie 7A 4 krs.
01300 Vantaa
Puh. 040 522 8536



KOTIIN ANNETTAVA PÄIHDEHOITO

- Tarkoitettu täysi-ikäisille päihderiippuvaisille
- Jaetaan katkaisu- ja vieroitushoitoon sekä päihdekuntoutukseen

- **SINIVIDA**

Tarjoaa vantaalaisille tuettua asumispalvelua ja kotikatkaisuhoidoa



ASUMISPALVELUT

Koisonrannan palvelukeskus

Koisotie 5
01300 Vantaa
Puh. 09-8392 4398

- Matalan kynnyksen asumista
- Tarkoitettu asunnottomille vantaalaisille päihdeongelmallisille



HOITON OHJAUS

Asiakkaan hoitoon ohjaaminen

- Mikäli asiakkaalla on kilireellinen tarve päästä katkaisu- tai vierotushoittoon ohjataan asiakas omalle katkaisuhoidon osastolle, jonne hoitaja varaa hänelle paikan ja tekee tarvittaessa lähteen
- Mikäli oma katkaisuhoidon osasto on täynnä ja asiakas on välttämättömän katkaisuhoidon tarpeessa voidaan käyttää ostopalvelulaitosta

Lähte asiakkaasta

- Asiakkaan parhaiten tunteva tekee hänestä lähteen
- Voi olla hoitaja, lääkari

Lähte

- Lähteessä tulee ilmetä asiakkaan sen hetkinen terveydentila, toimintakyky ja hoitoon vaikuttavat tekijät. Pääsyyongelman kannalta olennaisimmat tiedot: mitä käyttää, kuinka paljon ja miten usein.

Hoidon tarve

- Hoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti
- Huomioidaan asiakkaan odotukset ja voimavarat
- Hoitopalkka valitaan yksilöllisesti
- Lähteen käsittelee läitoshoitoon tai avopalveluiden koordinaattori



TYÖNOHJAUS APUNA ONGELMIEN KOHTAAMISESSA

- Päihtynyt asiakas koetaan usein haasteelliseksi asiakkaaksi
- Työnohjaukselle asetetaan tavoite
- Muistutetaan perustehtävästä: "Miksi halusin tälle alalle?"
- Yhteinen arvoperusta toiminnalle
- Hoitajia kehoitetaan miettimään: Onko lähelläni hyvä olla?
- Sovitaan toimintatavat haastavien asiakkaiden kanssa.





KIITOS!

