



samk



Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Satakunta University of Applied Sciences

JULIA OJA

# **Päihteidenkäytön puheeksiotto Po- rin perusturvan kotihoidossa esi- miesten näkökulmasta**

SOSIAALIALAN KOULUTUSOHJELMA  
2020

Tekijä(t) Oja, Julia	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2020
	Sivumäärä 25	Julkaisun kieli Suomi
<p>Julkaisun nimi <b>Päihteidenkäytön puheeksiotto Porin perusturvan kotihoidossa esimiesten näkökulmasta</b></p>		
<p>Tutkinto-ohjelma Sosionomi (AMK)</p>		
<p>Tässä opinnäytetyössä tutkittiin, mikä on puheeksioton tila Porin perusturvan kotihoidossa kotihoidon esimiesten näkökulmasta; miten puheeksiotto toteutuu, miten se koetaan, mikä on esimiesten rooli ja miten hoitoon ohjaus toteutuu.</p> <p>Tutkimus on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja se toteutettiin kahtena ryhmähaastatteluna, jotka olivat teemahaastatteluja. Yhteensä haastateltavia oli seitsemän. Haastateltavat ovat Porin perusturvan kotihoidon esimiehiä. Tutkimuksen taustana toimi Länsi 2012-2013-hanke, jossa kotihoidon henkilöstöä on koulutettu puheeksiottoon.</p> <p>Puheeksioton katsotaan toteutuvan kotihoidon palveluohjaajien toimesta yhteisesti sovittujen linjojen mukaisesti. Lisäksi kotihoidon kentällä työskentelevien hoitajien tehtävänä katsotaan olevan uusien työntekijöiden perehdytys puheeksiottoon. Puheeksioton haastavuus riippuu ihmisestä, mutta sen on katsottu helpottuneen koulutuksien myötä. Esimiesten roolissa puheeksioton suhteen korostui päihdeyhdyshenkilön tehtävät, joiden hoitamiseen hän ei ole saanut tarvittavaa työaika. Hoitoon ohjausta on toteutettu ja sitä varten on luotu hoitopolku Länsi 2012-2013-hankkeen yhteydessä.</p> <p>Todettiin, että puheeksioton koulutukset ovat tärkeitä ja niitä tulisi järjestää enemmän ja asiasta pitäisi muistuttaa henkilöstöä tasaisin väliajoin. Päihdeyhdyshenkilölle pitäisi myös resursoida aikaa tehtävänsä hoitamiseen, jotta päihdeasiat saisivat riittävää huomiota kotihoidossa.</p>		
<p><a href="#">Asiasanat</a> päihteet, päihdeongelma, puheeksiotto, ikääntyneet, kotihoito</p>		

Author(s) Oja, Julia	Type of Publication Bachelor's thesis	Date November 2020
	Number of pages 25	Language of publication: Finnish
Title of publication <b>The intervention of substance abuse at home care services in Pori perspective of supervisors</b>		
Degree program Bachelor of social services		
<p>In this thesis were studied what is status of intervention in homecare services of Pori basic health perspective of homecare services supervisors; how intervention is being realized, how is it experienced, what is role of supervisors ja and how is treatment guidance being realized.</p> <p>The study is qualitative study and it was being realized with two group interviews that were theme interviews. There were seven interviewees in total. Interviewees are supervisors of homecare services in Pori basic health. West 2012-2013-project was acted as a background of the study. In this project personnel of homecare services were educated on intervention.</p> <p>It is looked that intervention is being realized at hands of homecare service instructors in accordance with commonly agreed lines. As well it is looked that the duty of nurses working in homecare services is to orientate new employees in intervention. Challenge of intervention is depending of human but it is looked coming easier because of educations. In the role of supervisors was highlighted duties of substance abuse contact person which treatment she has not getting the time needed. Treatment guidance is realized and for that it is created treatment path in connection with West 2012-2013-project.</p> <p>It was noted that educations for intervention are important and they should be organized more and personnel should being reminded about intervention at regular intervals. There should be also more time resourced for substance abuse contact person for taking care of her duty so that substance abuse things are getting enough attention in home care services.</p>		
<u>Key words</u> substance abuse, homecare services, intervention, the elderly		

# SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	5
2 PÄIHTEET.....	6
2.1 Alkoholi .....	6
2.2 Lääkkeiden väärinkäyttö ja sekakäyttö .....	6
2.3 Päihderippuvuus.....	7
2.4 Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö.....	8
3 PÄIHTEIDENKÄYTÖN PUHEEKSIOTTO JA MINI-INTERVENTIO.....	9
4 PORIN PERUSTURVAN VANHUSPALVELUT .....	11
4.1 Kotihoito .....	11
4.2 Puheeksioton koulutusmalli Porin perusturvan kotihoidossa pohjana puheeksiotolle .....	12
4.3 Alkoholineuvonnan hoitopolut kotihoidossa .....	14
5 KOTIKATKO JA MUUT PORIN PERUSTURVAN PÄIHDEPALVELUT .....	14
6 TUTKIMUS .....	16
6.1 Tutkimusongelma ja -kysymys .....	16
6.2 Aineistonkeruu .....	16
6.3 Aineiston analyysi.....	18
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	19
7.1 Puheeksioton toteutuminen kotihoidossa esimiesten näkökulmasta.....	19
7.2 Esimiesten rooli puheeksioton suhteen kotihoidossa.....	19
7.3 Miten puheeksiotto koetaan kotihoidossa esimiesten näkökulmasta.....	20
7.4 Hoitoon ohjauksen toteutuminen kotihoidossa .....	21
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	22
9 TUTKIMUSTULOSTEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS.....	23
10 POHDINTA .....	24
LÄHTEET	
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Tutkin opinnäytetyössäni miten päihteidenkäytön puheeksiotto toteutuu Porin perusturvan kotihoidossa. Tutkin asiaa kotihoidon esimiesten näkökulmasta. Tutkin tätä asiaa, koska ikääntyneiden päihteidenkäyttö on edelleen tabu ja siihen pitäisi kiinnittää entistä enemmän huomiota. Olen tiennyt opintojen alusta lähtien, että päihdetyö kiinnostaa minua ja haluaisin tehdä sen parissa töitä tulevaisuudessa. Vanhustyöstä minulla taas on jonkin verran kokemusta lähihoitajataustani ansiosta, joten ajattelin, että tässä opinnäytetyössä yhdistyisi hyvin nämä kaksi asiaa.

Sain aiheideaani alusta lähtien kannustusta opettajilta ja alan toimijoilta. Minulle kerrottiin, että tämä on aihe, joka tarvitsee edelleen lisää huomiota. Olin aluksi ajatellut, että tekisin toiminnallisen opinnäytetyön, esimerkiksi oppaan muodossa. Kävi kuitenkin ilmi, että vuonna 2013 on tehty puheeksioton koulutusmalli kotihoidolle. Sitteen päätin tutkia onko tätä toimintamallia hyödynnetty kotihoidossa, ja miten puheeksiotto ylipäätään toteutuu kotihoidossa.

Toimintamalleja ja oppaita tehdään paljon erilaisista asioista. Tiedän kuitenkin, että arki kotihoidossa on ajoittain todella kiireistä. Opinnäytetyöni lähtökohta on se, etten tiedä, miten tämä puheeksioton toimintamalli näkyy kotihoidossa, käytetäänkö sitä? Siksi lähdenkin sitä tutkimaan ja erityisesti sitä, mitä esimiehet ovat tehneet sen hyväksi, että toimintamalli juurtuisi osaksi normaalia työtä. Uskon, että tällaisen tutkimuksen tekeminen voi myös herättää sekä esimiehiä, että työntekijöitä uudelleen asian äärelle. Jos sen hyödyntäminen on jäänyt vähälle, se voi tutkimuksen myötä ”herätä uudelleen eloon”. Työntekijät voivat nähdä uudelleen toimintatavan mahdollisen hyödyn asiakastyössä. Voihan toki myös olla, että puheeksiotto on jo juurtunut osaksi työtä.

Päihdeongelma on edelleen tabu ja siitä puhuminen ei ole helppoa. Puheeksiotto on kuitenkin ainoa tapa, jolla ongelmiin voidaan tarttua ja voidaan päästä yhden

askeleen lähemmäs toipumista. Puheeksiotto on kaiken alku. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kertoa mikä puheeksioton tämän hetkinen tila kotihoidossa on ja miten sitä voitaisiin mahdollisesti kehittää.

Käsittelen opinnäytetyössäni aluksi ikääntyneiden keskuudessa yleisimpiä päihteitä ja päihderiippuvuutta. Sen jälkeen olen miettinyt nimenomaan ikääntyneiden päihdekäyttöä ja sen erityispiirteitä. Sitten mietin yleisesti puheeksiottoa ja kerron ti-laajastani eli Porin perusturvan kotihoidosta. Sitten käyn läpi lyhyesti Porissa tehdyn päihdekäytön puheeksioton koulutuksen, sekä sen pohjalta tehdyn alkoholineuvonnan hoitopolun. Sen jälkeen on itse tutkimusosuuden vuoro, jossa esittelen tehdyn tutkimuksen, saadun aineiston ja lopuksi tutkimuksen tulokset ja johtopäätökset, sekä loppupohdinnan.

## 2 PÄIHTEET

### 2.1 Alkoholit

Alkoholi kulkeutuu verenkierron mukana koko elimistöön sitä nautittaessa. Alkoholi lamauttaa aivoja ja tätä tilaa kutsutaan humalaksi. Humalatila vaikuttaa ihmisen käyttökseen, toimintakykyyn ja mielentilaan. Alkoholin päihdyttävä vaikutus alkaa jo muutaman minuutin päästä sen nauttimisesta. Vaikutuksen alkamiseen kuitenkin vaikuttaa juoman alkoholipitoisuus ja mahdollisesti yhtäaikaaisesti syöty ruoka. Nousuhumalassa ihminen kokee mielihyvää, joka johtuu siitä, että keskushermoston dopamiinivälitteisten hermoratojen toiminta lisääntyy. Alkoholi aiheuttaa keskushermoston lamaantumista, joka ilmenee eri tavoin humalan eri vaiheissa. (Partanen ym 2015, 66.)

### 2.2 Lääkkeiden väärinkäyttö ja sekakäyttö

Tutkimusten mukaan noin 7% suomalaisista on käyttänyt joskus unilääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai kipulääkkeitä muuten kuin lääkinnällisiin tarkoituksiin. Väärin käytettäviä lääkkeitä ovat mm. bentsodiatsepiinit ja pregabaliini, joita käytetään

ahdistuksen hoitoon, sekä vahvat kipulääkkeet, kuten fentanyyli, oksikodoni ja morfiini. Syitä lääkkeiden väärinkäyttöön ovat esimerkiksi ahdistus, unettomuus ja halu päihdyä. (Partanen ym 2015, 96.)

Ikääntyneillä voi tapahtua ns. tahatonta alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttöä, kun alkoholia nautitaan lääkkeidenoton jälkeen tai ennen sitä. Lääkkeitä ja alkoholia voidaan kuitenkin nauttia myös tarkoituksellisesti samaan aikaan päihtymystarkoituksena. Sekakäytöstä aiheutuvia haittavaikutuksia ovat mm. muistivaikeudet, aggressiivisuus ja sekavuus. (Salo-Chydenius 2017.)

### 2.3 Päihderiippuvuus

Riippuvuus on ihmiselle luonnollista, eivätkä kaikki riippuvuudet ole pahoja riippuvuuksia. Puhutaan myönteisestä ja kielteisestä riippumattomuudesta, sekä myönteisestä, että kielteisestä riippuvuudesta. Myönteinen riippumattomuus tarkoittaa kykyä itsenäisyyteen. Kielteinen riippumattomuus taas tarkoittaa vaikeutta omien tarpeiden ilmaisussa. Silloin ihminen haluaa pärjätä yksin, eikä halua myöntää tarvitsevuuttaan. Myönteinen riippuvuus saa alkunsa jo varhaislapsuudessa. Ihminen sopeutuu muuttuviin elämäntilanteisiin ja kokee sisäistä turvallisuutta, luottaa muihin ihmisiin ja osaa pyytää apua. (Holmberg 2010, 37-38.)

Kielteisestä riippuvuudesta puhutaan silloin, kun ihminen turvautuu kohteisiin, joista saa turvaa. Tämä vaikeuttaa ihmisen omaa päätöksentekokykyä. Ihminen pyrkii jatkuvaan yhteyteen riippuvuuden kohteensa kanssa ja kokee pakonomaisia tunteita tätä kohtaan. Tällainen kielteinen riippuvuus voi kehittyä oikeastaan mihin vain asiaan, joka tuottaa mielihyvää, ja joka on toistettavissa riittävän usein. Riippuvuuden kohteita voivat olla esimerkiksi ihmissuhteet, syöminen, työnteko, pelaaminen, liikunta, ostelu, seksi tai päihteet. Ihmisellä voi myös olla monta riippuvuutta samanaikaisesti, jolloin puhutaan ristiriippuvuudesta. (Holmberg 2010, 37-38.)

THL on määritellyt alkoholiriippuvuuden niin, että ” alkoholiriippuvuudessa henkilö ei yrityksistä huolimatta välttämättä pysty, ainakaan ajoittain, hallitsemaan juomistaan ja estämään siitä tulevia haittoja”. Alkoholiriippuvuudelle on määritelty kuusi

diagnostista kriteeriä, joista ”vähintään kolmen on esiinnyttävä yhtäaikaisesti vähintään kuukauden ajan tai, mikäli yhtämittaiset jaksot ovat kuukautta lyhyempiä, toistuvasti viimeisen vuoden aikana”. Kriteerejä ovat voimakas halu, tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia, heikentynyt kyky hallita juomisen aloittamista, lopettamista tai käytettyjä määriä, vieroitusoireiden esiintymistä käytön vähentyessä tai loppuessa, sietokyvyn eli toleranssin kasvaminen, alkoholin käyttöön keskittyminen niin, että muut kiinnostuksen kohteet jäävät vähemmälle, sekä alkoholin käytön jatkaminen vakavistakin haitoista huolimatta. Alkoholiriippuvuus ei siis tarkoita vain sitä, että henkilö juo liikaa, vaan kyseessä on psyykinen riippuvuus, eli päihderiippuvuudesta kärsivällä ihmisellä on pakonomainen tarve juoda. (Aalto ym. 2009, 13-14.)

Päihderiippuvuutta on selitetty monilla eri malleilla ja eri näkökulmista. Geeniperimällä on tutkimusten mukaan vaikutusta alkoholiriippuvuuden syntyyn. Perimä voi selittää jopa 50-60% päihderiippuvuuden synnyn riskistä. Lääketieteen näkökulmasta päihderiippuvuus on krooninen ja helposti uusiutuva sairaus. Neurobiologinen näkökulma taas keskittyy aivojen hermoratojen toiminnan muuttumiseen päihteidenkäytön ja vieroitustilojen seurauksena. Vertaistukiryhmien (AA ja NA) näkemys päihderiippuvuudesta on se, että se on parantumaton sairaus, jota voi kuitenkin hallita käymällä säännöllisesti oma-apuryhmässä. Maallikoiden näkökulmasta ajateltuna näkemyksiä päihderiippuvuudesta on yhtä monta, kuin on ihmisiä. Moni on sitä mieltä, että se on opittu selviytymismalli ja sukupolvien ketjussa peritty sairaus. Joidenkin mielestä se taas on itse aiheutettu pahe, joka johtuu tunne-elämän ongelmista. (Partanen ym. 2015, 118-120.)

#### 2.4 Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö

Kun puhutaan ikääntyneistä, tarkoitetaan yleisesti ottaen yli 65-vuotiaita. Termi ”ikäntyneiden päihdeongelmat” herättää usein vahvoja tunteita ihmisissä. Syntyviä tunteita voivat olla esimerkiksi häpeä, pelko, viha ja syyllisyys. Päihdeongelmista puhumiseen ja avun hakemiseen suhtaudutaan kuitenkin jo hieman myönteisemmin kuin ennen, mutta edelleen niihin kohdistuu ennakkoluuloja, mikä hankaloittaa hoitoon hakeutumista. Alkoholinkäytön ajatellaan olevan yksityisasia, jolloin siitä aiheutuvien ongelmien katsotaan myös olevan ihmisen omalla vastuulla. Vaikka



ihmisellä onkin vahva itsemääräämisoikeus, se ei saisi aiheuttaa tilannetta, että päihdeongelmiin ei puututa, eikä ihminen saa tarvitsemaansa hoitoa. (Nyky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 6-7.)

Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on yleistynyt viime vuosikymmeninä. Vähintään keran viikossa juovien 65-74-vuotiaiden määrä on lisääntynyt tasaisesti vuodesta 1985 lähtien. Kaikkein eniten alkoholiongelmat ovat lisääntyneet 60-69-vuotiailla naisilla. Suuret ikäluokat ovat alkaneet nuorena käyttää alkoholia enemmän, kuin heitä edeltäneet sukupolvet ja tämä käyttö on jatkunut edelleen vanhempaan ikäänkin tullessa. Heidän taloudellinen tilanteensa on eläkkeelle jäädessä ollut suhteellisen hyvä ja vapaa-ajan lisääntyessä heillä on ollut vielä aiempaa enemmän aikaa alkoholinkäyttöön. Iäkkäistä ihmisistä ei voida kuitenkaan puhua yhtenä yhtenäisenä ryhmänä. Alkoholinkäyttö on yleistä niin sanotuilla nuorilla iäkkäillä, mutta ei yhtä yleistä enää yli 70-vuotiailla. (Ahlström 2013, 72.)

### 3 PÄIHTEIDENKÄYTÖN PUHEEKSIOTTO JA MINI-INTERVENTIO

Runsaaseen päihteidenkäyttöön liitetään poikkeuksetta kielteisiä tunteita. Päihteiden käyttäjän kynnyksellä asia puheeksi voi olla hyvinkin korkea. Puheeksiottoon liittyy mahdollisesti voimakaskin pelko häpäistyksi tulemisesta. Vaatii aikaa, että päihteidenkäyttäjä saavuttaa luottamuksen siihen, että joku kuuntelee häntä tuomitsematta. Päihdeongelmalliselle avun hakeminen ja vastaanottaminen on vaikeaa, koska ihminen kärsii niin vahvasta häpeästä. Häpeä vaatii itsensä piilottamista ja kadottamista. Häpeästä kärsivä ihminen haluaa eristäytyä ja salata itsensä. Hän myös mukautuu muiden toiveisiin vailla omaa tahtoa, ja kieltää omat tunteensa ja tarpeensa. (Partanen ym. 2015, 173-174.)

Usein päihdeongelmista kärsivien ihmisten toive sosiaali- ja terveystalouden piiriin tullessaan on, että heidän ongelmiinsa puututtaisiin, sekä annettaisiin tukea ja ohjausta

avun piiriin. Tärkeintä on ihmisen aito, hyväksyvä kohtaaminen ja toivon luominen. Asiakkaalle tulisi painottaa uskoa siitä, että jokaisella ihmisellä on yhtäläinen mahdollisuus päihdeongelmasta toipumiseen. Ongelmiin varhaisemmin puuttumien olisi myös taloudellisesti tehokasta: 1600 mini-interventiota maksaa saman verran, kuin yhden haimatulehduksen hoitaminen yliopistollisessa sairaalassa. (Holmberg 2010, 8-9.)

Vaikeiden asioiden puheeksiotto vaatii työntekijältä erityistä herkkyyttä. On hyvä aloittaa kertomalla omista havainnoistaan, joihin voi sitten liittää oman huolensa asiakkaan tilanteesta. Tämän jälkeen asiakkaalta voi kysyä, onko hänellä mahdollisesti samanlaisia havaintoja ja huolta itsestään. Asiakaslähtöisessä dialogissa pyritään siihen, että asiakas ja työntekijä tunnistavat tosiasiat ja niihin liittyvät tunteet. Sitten mietitään yhdessä miten tilanteessa edetään. (Partanen ym. 2015, 175.)

Ikääntyneiden päihteidenkäytön puheeksioton yhteydessä tulisi kiinnittää erityistä huomiota asiakkaan elämän tarkoitukseen ja siihen mitä hänen elämässään on vielä jäljellä. Olisi myös tärkeää, että asiakas saisi riittävää apua elämän eri osa-alueilla kohtaamiinsa haasteisiin, esimerkiksi liittyen turvallisuuteen, asumiseen, yksinäisyyteen ja pelkoihin. On tärkeää, että ikääntynyt henkilö kokee saavansa osakseen myötätuntoa ja keinoja häpeän ja syyllisyyden työstämiseen. Tärkeää olisi myös se, että asiakkaalla olisi mielekästä toimintaa ja aktiviteetteja arjessaan. Tarvittaessa asiakkaan tueksi voidaan koota myös lähi- ja viranomaisverkosto. (Aaltonen 2013.)

Mini-interventiolla tarkoitetaan lyhyttä asiakkaan neuvontaa, jonka avulla tuetaan asiakkaan päihteidenkäytön vähentämistä. Se on hyödyllinen erityisesti silloin, kun päihteidenkäyttö on runsasta, mutta mainittavia haittoja ei ole vielä ehtinyt ilmaantua. Mini-interventiossa kartoitetaan asiakkaan alkoholin kulutus, neuvotaan asiakasta, sekä sovitaan mahdollinen seurantakäynti. (Seppä 2013.)

Mini-intervention tärkeimmät periaatteet voidaan koota kuuden kohdan muistilistaksi, joka koostuu sanoista rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämismääräisyys, sekä toimintaohjeet. Näiden sanojen ensimmäisistä kirjaimista koostuu muistisääntö ”raamit”. Työntekijällä tulee olla rohkeutta ottaa alkoholi puheeksi, tietoa riskeistä, keinoja asiakkaan auttamiseksi hänen ehdoillaan, myötätuntoa asiakasta kohtaan syyllistämisen sijaan, sekä selkeät toimintaohjeet, joiden avulla asiakkaan on mahdollista

vähentää juomistaan tai lopettaa se kokonaan. Lisäksi asiakkaalla tulee olla täysi itsemääräämisyvastuu, hän itse päättää juomisestaan ja sen mahdollisesta vähentämisestä tai lopettamisesta. (THL 2016.)

Sosiaalialan ammattilaisten katsotaan olevan vuorovaikutuksen ammattilaisia, jolloin heidän kohdallaan korostetaan asiakkaan motivointia muutokseen mini-intervention yhteydessä. On tärkeää, että asiakas määrittää itse omat tavoitteensa, ei työntekijä. Työntekijän ei kuulu tarjota valmiita ratkaisuja asiakkaan ongelmaan, vaan ratkaisuja etsitään yhdessä. (THL 2016.)

Tutkimusten perusteella mini-interventio on tehokas keino päihdehaittojen ehkäisyyn ja vähentämiseen. Sillä voisi olla merkittävä vaikutus kansanterveyteen ja -talouteen, jos sitä käytettäisiin laajasti. Jos se otettaisiin laajemmin käyttöön Suomessa, arvioiden mukaan joka kymmenes alkoholia ongelmallisesti käyttävä vähentäisi käyttöönsä. On todettu, että ongelmallisen käytön varhainen tunnistaminen vähentää riskiä alkoholi-haitoille, sekä tarvetta päihdehoidolle. (Renko 2016,1.)

## 4 PORIN PERUSTURVAN VANHUSPALVELUT

### 4.1 Kotihoito

Porin kaupunki tarjoaa ikäihmisille erilaisia kotona asumista tukevia palveluja yksilöllisen tarpeen mukaan. Kotihoito sisältää kotipalvelun, kotisairaanhoidon sekä erilaiset tukipalvelut (ateria-, turva- ja kuljetuspalvelut, sekä kuntouttava päivätoiminta). Kotona selviämisen tueksi on tarjolla myös päivätoimintaa, vapaaehtoistoiminnan palveluja, infotilaisuudet 80 vuotta täyttävälle, sekä lyhytaikaishoitoa. (Porin kaupungin www-sivut 2020.)

Kotihoidon kuuluu mm. ruokailussa, henkilökohtaisessa hygieniassa, liikkumisessa, asioinnissa ja ulkoilussa avustaminen. Kotihoidon tehtäviin kuuluu myös itsehoidon

ohjaaminen sekä lääkehoito. Kotihoidon tarve arvioidaan yhdessä palveluohjaajan, omaisten ja asiakkaan itsensä kanssa. Säännölliseen kotihoitoon päädyttäessä laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoidon katsotaan olevan säännöllistä silloin, kun asiakkaan luona käydään toistuvasti vähintään kahden viikon välein. Kotihoitoa myönnetään asiakkaalle tietyin kriteerein. Henkilön toimintakyvyn tulee olla selkeästi alentunut. Hän tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissa, kuten peseytymisessä, wc-asioinnissa, ja ruokailussa. Hän tarvitsee sairaanhoidollisia palveluja, eikä kykene käyttämään kodin ulkopuolisia palveluja. Kotihoitoa myönnetään myös henkilölle, joka on omaishoidon tuen piirissä, jos hoitava omainen tarvitsee oman työnsä/ jaksamisensa tueksi kotihoitoa. (Porin kaupungin www-sivut 2020.)

#### 4.2 Puheeksioton koulutusmalli Porin perusturvan kotihoidossa pohjana puheeksiotolle

Puheeksiottoon on kotihoidossa perehdytty Kaste-rahoitukseen kuuluneessa Porin perusturvan Länsi 2012-2013-hankkeessa, joka on toteutettu vuosina 2010-2013. Hankkeen aluksi on todettu, että puheeksiottoa kotihoidossa on tehty satunnaisesti ja vaihtelevin metodein. Hanketta on esitelty vanhuspalveluiden päällikköpalaverissa vuonna 2012. Siellä on tehty päätös, että kaikilta kotihoidon uusilta asiakkailta tul- laan jatkossa kysymään automaattisesti päihteidenkäytöstä. Tavoitteeksi on asetettu, että päihteiden käytöstä puhuttaisiin jatkossa avoimesti samoin kuin kaikista muista- kin asiakkaan asioista. Silloin on otettu käyttöön myös yli 65-vuotiaiden alkoholimit- tari. (Järvinen ym. 2013, 72-73.)

Aluksi on kartoitettu arviokäyntejä tekevien työntekijöiden ajatuksia puheeksiotosta. He ovat kokeneet puheeksioton vaikeaksi, koska kokevat sen olevan liian henkilö- kohtainen asia. He ovat olleet sitä mieltä, että siitä kysyminen kajoaa liikaa asiak- kaan yksityisyyteen. (Järvinen ym. 2013, 73.)

Puheeksioton koulutus työntekijöille on toteutettu 4-10 hengen pienryhmissä. Jokai- sella pienryhmällä on ollut neljä koulutuskertaa. Ensimmäisessä koulutuskerrassa on puhuttu ikääntymisen fysiologiasta, alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista, päihteiden käytön syistä, riskikäytön tunnistamisesta, sekä yli 65-vuotiaiden alkoholi- mittarin käyttöönnotosta. On käyty läpi myös sitä, miten tulee toimia kun

työntekijällä herää huoli asiakkaan päihteidenkäytöstä ja missä tilanteissa asiakkaalle tulisi tehdä mini-interventio. (Järvinen ym. 2013, 75.)

Toisella koulutuskerralla on käyty läpi hoitopolkuja ja perehdytty psykososiaalisiin palveluihin. Työntekijöille on myös järjestetty tutustumiskäynti katkaisuhuoltoasemalle ja kuntoutumisyksikköön. Tämän työntekijät ovat kokeneet hyvänä asiana. Lisäksi on käsitelty dokumentointia kotihoidossa, sekä käyty läpi esille tulleita ajatuksia puheeksiotosta. Kolmas koulutuskerta on ollut kertaamista ja juurruttamista. On käsitelty myös päihtyneen asiakkaan lääkitystä yllättävässä tilanteessa. (Järvinen ym. 2013, 75.)

Noin vuoden kuluttua on ollut neljäs koulutuskerta, joka on aloitettu esimiesten palaverilla. On todettu, että esimiesten esimerkki ja tuki on erittäin tärkeää puheeksioton toteutumisessa. On todettu, että kirjaamiset puheeksiotosta olivat vähentyneet, tähän syynä kerrottiin olevan muut tulleet uudistukset. On myös kartoitettu henkilöstön kokemuksia puheeksiotosta. (Järvinen ym. 2013, 75)

Tuloksia tarkasteltaessa oli huomattu selkeä ero puheeksioton luontevuudessa. Muutokseen vaikutti suurelta osin se, että oli saatu konkreettisia työvälineitä puheeksioton tueksi. Puheeksioton avuksi kehitettiin lomake kotihoidon arviokäyntejä varten, jossa alkoholinkäytöstä kysytään samassa yhteydessä lääkityksen kanssa. (Liite 1). Näin se tulee helpommin kysytyä jokaiselta uudelta asiakkaalta luontevana osana alkukartoitusta. Sen on todettu vastaavan työntekijöiden tarpeisiin. Päihdetyön hoitopolut olivat myös selkiytyneet hankkeen myötä työntekijöille. Hankeraportissa on esitetty hoitopolut ja mini-intervention sisältö. (Järvinen ym. 2013, 78.)

Hankeraportissa todetaan, että päihteiden puheeksiotto ei ole vielä juurtunut osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon työtä, vaikka sen eteen on tehty jo pitkään töitä. Todetaan myös, että tällaisissa hankkeissa puhutut asiat voivat helposti unohtua heti hankkeen päätyttyä. Tämän takia on tärkeää, että asiaan palataan säännöllisin väliajoin. Hankkeen yhteydessä on sovittu, että hankkeessa mukana olleet kouluttajina toimineet työntekijät käyttävät jatkossa pienen osan työajastaan päihdeyhdyshenkilönä toimimiseen. Heidän tukihenkilönään ja vastinparinaan toimii Porin psykososiaalisten palveluiden päällikkö. Päihdeyhdyshenkilön työtehtäviin kuuluu kehittää ja

ylläpitää ehkäisevää päihde- ja mielenterveystyötä, kouluttaa henkilöstöä ja perehdyttää uusia työntekijöitä, tiedottaa päihdeasioista henkilöstölle, juurruttaa käynnistettyjä toimintoja, seurata päihdetyön toteutumista (puheeksiotto, päihdemittarien käyttö, mini-interventio, hoitoonohjaus, kirjaaminen, tilastointi), sekä päivittää ja kehittää hoitopolkuja. (Järvinen ym. 2013,80.)

#### 4.3 Alkoholineuvonnan hoitopolut kotihoidossa

Kotihoidolle on luotu Länsi 2012-2013-hankkeen yhteydessä alkoholineuvonnan hoitopolut, mitkä pohjautuvat yli 65-vuotiaiden alkoholimittariin ja siitä saatuihin pisteisiin. Jos asiakas saa 0-2 pistettä, tarkoittaa se, että huolta ei ole ja asiakkaalle voidaan antaa positiivista palautetta ja asiaan voidaan palata 1-2 vuoden kuluttua. Jos asiakas saa 3 pistettä, tarkoittaa se, että lievä huoli on olemassa. Asiakkaalle tehdään mini-interventio joko samalla arviokäynnillä, tai sen tekemiseen sovitaan uusi aika mahdollisimman pian. Tämän jälkeen sovitaan, milloin asiaan palataan 1-2 kuukauden kuluessa. Jos asiakas saa päihdemittarista yli 4 pistettä, joka tarkoittaa tuntuva huolta asiakkaan päihdeidenkäytöstä, tehdään asiakkaalle mini-interventio mahdollisimman pian ja selvitetään asiakkaan muutoshalukkuus. Tämän jälkeen asiakas ohjataan oman lääkärin vastaanotolle, A-klinikalle, kuntoutumisyksikön avotyöhön tai tarvittaessa katkaisuhuoltoasemalle. Kaikki tehdyt mini-interventiot ja alkoholimittarin pisteet kirjataan. (Järvinen ym. 2013, 79)

## 5 KOTIKATKO JA MUUT PORIN PERUSTURVAN PÄIHDEPALVELUT

Porin perusturva tarjoaa erilaisia päihdepalveluja sekä yleisinä, että erityisinä palveluina, joita voidaan toteuttaa sekä laitos- että avopalveluina. A-klinikalta saa avopalveluina katkaisuhuoltoja, vieroitushoitoja, sekä keskusteluterapiaa. A-klinikalla on erilaisia työmuotoja, kuten yksilö-, pari-, perhe- ja ryhmähoitoa. A-klinikka vastaa myös

opiaattikorvaushoidosta, ajoterveysseurannasta, sekä työpaikoilta hoitoon ohjattujen hoidosta. (Porin kaupungin www-sivut, 2020.)

Laitosmuotoiseen katkaisuhoidon pääsee lääkärin läheteellä. Se on lyhytaikaista akuuttihoitoa, jonka tarkoituksena on akuutin päihdekierteen katkaisu, jatkohoidon suunnittelu sekä jatkohoidon ohjaus. Katkaisuhoidon yhteydessä toimii myös kuntoutumisyksikkö, jossa tarjotaan ympärivuorokautista päihdekuntoutusta akuutin päihdekierteen katkaisun jälkeen. Kuntoutumisyksikköön ei tarvita lääkärin lähetettä, vaan paikkaa voi tiedustella suoraan päihdepalvelujen toimistosta. (Porin kaupungin www-sivut, 2020.)

Kotikatko Klaari on asiakkaan kotiin annettavaa katkaisuhoidon palvelua. Palvelun saamiseksi tulee olla yhteydessä psykososiaalisiin laitospalveluihin, jossa tilanne kartoitetaan ja tämän jälkeen tehdään arviointikäynti, joka siis toteutetaan asiakkaan kotona. Arviointikäynti voidaan tehdä myös sairaalaan, jos asiakas on siellä. Arviointikäynnillä tehdään joko suunnitelma kotikatkon toteutumisesta, tai mahdollisesti ohjataan muihin palveluihin. Kotikatko sopii asiakkaille, jotka tarvitsevat tukea päihdeettömyyteen, mutta kykenevät kuitenkin omatoimiseen kuntoutumiseen. Asiakkaalla voi olla jokin tekijä, joka vaikeuttaa laitoshoidon osallistumista tai aiemmat yritykset laitoshoidossa ovat jostain syystä epäonnistuneet. (Porin kaupungin www-sivut, 2020.)

Kotikatkokäynneillä seurataan asiakkaan yleistilaa, tehdään mahdollisesti erilaisia testejä (esim. Audit, MMSE), sekä voidaan antaa erilaisia tehtäviä, joita sitten käydään yhdessä läpi. Kotikatkokäyntejä on yleensä yhdestä kolmeen ja päihdeettömyyttä tukevia jatkokäyntejä yksi tai kaksi. Jatkokäynnit voidaan toteuttaa myös puhelinsoiton muodossa. Kotikatkon päätyttyä asiakas voidaan ohjata jatkohoidon esimerkiksi A-klinikalle, laitospalveluiden kuntoutumisjaksolle, päihdekuntoutumiskurssille, kolmannen sektorin palveluihin, avopalveluihin tai päivätoimintaan. (Porin kaupungin www-sivut, 2020.)

Kotikatkon vaikuttavuutta Porissa on tutkittu sen kehittämistyön yhteydessä vuonna 2018. Kolmen kuukauden kuluttua ensimmäisestä kotikatkokontaktista alkoholin käyttö oli vähentynyt 53 %:lla asiakkaista, sekä alkoholin käytöstä johtuva avuntarve oli vähentynyt 35%:lla asiakkaista. Puolen vuoden kuluttua alkoholin käyttö oli

vähentynyt 46%:lla ja avuntarve 45%:lla. Tutkimuksen aikana tulleista yhteydenotoista lähes puolet olivat koskeneet yli 65-vuotiaita henkilöitä. (Heinonen 2018, 51-53.)

## 6 TUTKIMUS

### 6.1 Tutkimusongelma ja -kysymys

Tutkimusongelmani on päihteidenkäytön puheeksioton tila Porin perusturvan kotihoidossa esimiesten näkökulmasta. Tutkimuskysymyksiäni ovat miten päihteidenkäytön puheeksiotto toteutuu Porin perusturvan kotihoidossa esimiesten näkökulmasta, mikä on esimiesten rooli puheeksioton suhteen, miten päihteidenkäytön puheeksiotto koetaan kotihoidossa, sekä miten päihdeongelmaisten hoitoon ohjaus toteutuu kotihoidossa.

### 6.2 Aineistonkeruu

Käytän tutkimuksessani kvalitatiivista eli laadullista tutkimusmenetelmää. Kvalitatiivisen tutkimuksen keskiössä ovat erilaiset merkitykset. Se sisältää monia erilaisia aineistonkeruu- ja analyysimenetelmiä, joiden avulla tutkitaan ihmistä ja hänen elämänsä. Hyvin suunnitelluilla ja toteutetuilla tutkimuksilla voidaan lisätä ymmärrystä erilaisia ilmiöitä, sekä niiden syy-seuraussuhteita kohtaan. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Tekemäni haastattelut ovat teemahaastatteluja. Teemahaastattelu sijoittuu lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välille. Se ei etene ennalta määrättyjen tarkkojen kysymysten pohjalta, vaan ennemmin erilaisten teemojen pohjalta. Teemahaastattelussa annetaan tilaa myös vapaammalle puheelle, kuitenkin niin, että teemat tulevat käsitellyksi. Tutkijalla olisi hyvä olla mukana vain lyhyet muistiinpanot, joissa on listattu teemat ja mahdolliset apukysymykset. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)



Tässä tutkimuksessa teen haastattelut ryhmähaastatteluna. Ryhmähaastattelussa haastattelija puhuu yleensä samanaikaisesti kaikille haastateltaville, mutta voi välillä myös kohdistaa kysymyksiä yksittäisillekin haastateltaville. Teemahaastattelu on hyvä perusta ryhmähaastattelulle, eli kysymysteemat ovat olemassa ja haastattelija pitää huolen, että kaikki teemat tulee käytyä läpi, ja että kaikki saavat puheenvuoroja. Ryhmähaastattelu on hyvä keino saada tietoa siitä, millainen on haastateltavien yhteinen näkemys tutkittavasta asiasta. Ryhmähaastattelu on myös oiva tapa saada kattavasti tietoa monelta henkilöltä samanaikaisesti. Huonoja puolia ryhmähaastattelussa on esimerkiksi se, että äänitys voi tuottaa ongelmia jos esiintyy päällekkäin puhumista, ja jos ilmapiiri haastateltavien kesken ei ole hyvä, voi se aiheuttaa sen, että asioista ei uskalla puhua avoimesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Haastatteluteemat ja valmiiksi miettimäni apukysymykset ovat seuraavat:

Päihteiden käytön tilanne kotihoidossa:

Kuinka paljon päihteiden käyttöä esiintyy kotihoidon asiakkailla?

Onko asiakasmäärät nousseet merkittävästi viime aikoina? Onko tämän myötä myös päihdeasiakkaiden määrä lisääntynyt?

Onko lähiaikoina syntynyt huolta jonkun asiakkaan päihteiden käytöstä?

Miten asiakkaiden päihteiden käyttö näkyy kotihoidon arjessa? Onko työntekijöillä riittävästi osaamista kohdata päihdeikäyttäjä? Miten riskit on otettu huomioon?

Puheeksiotto:

Onko nykyistä henkilöstöä opastettu päihteiden käytön puheeksioton suhteen, millä tavalla?

Mikä on teidän roolinne tässä asiassa? Entä muun johdon rooli?

Minkälainen henkilöstön valmius päihdeasioiden puheeksiottoon on, miten ajattelette että he sen kokevat, onko se vaikeaa?

Työntekijöiden asenne päihdeongelmia kohtaan?

Hoitoon ohjaus? Onko asiakkaita ohjattu hoitoon? Onko hoitoa saanut helposti?

Puheeksioton kehittäminen:

Miten päihteiden käytön puheeksiottoa voisi edelleen kehittää?

Mikä on mielestänne asenteiden muutoksen merkitys puheeksioton kehittämisessä?

### 6.3 Aineiston analyysi

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi koostuu kolmesta vaiheesta: aineiston pelkistämisestä, aineiston ryhmittelystä ja teoreettisten käsitteiden luomisesta. Pelkistämässä aineistosta karsitaan pois epäolennainen tieto. Informaatiota tiivistetään, tai pilkotaan osiin. Aineistosta etsitään tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja ja listataan niitä. Tämän jälkeen alkaa ryhmittely, jossa ilmaisut käydään läpi ja etsitään käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia, ja/tai eroavaisuuksia. Käsitteitä ryhmitellään omiksi luokikseen. Yksittäiset pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään alaluokkiin. Ryhmittelyn jälkeen aineistoa aletaan käsitteellistämään. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän tiedon perusteella luodaan teoreettisia käsitteitä. Ryhmittelyn tuloksena syntyneitä alaluokkia yhdistetään edelleen yläluokkiin, niitä pääluokkiin ja niitä yhdistäviin luokkiin. Käsitteitä yhdistämällä saadaan vastaus tutkimuskysymykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Litteroin ensin haastatteluista saamani aineiston. Jätin jo litterointivaiheessa jotain epäoleellista tietoa kirjaamatta. Litteroinnin jälkeen aloin pelkistämään tietoa ja ryhmittelemään sitä erilaisten otsikoiden alle. Tämän jälkeen aloin käymään aineistoa läpi ja luokittelin vastauksia edelleen alaotsikoiden alle. Syntyneitä luokkia oli päihteiden käytön tilanne kotihoidossa, esimiesten rooli puheeksiotossa, puheeksioton tila yleisesti terveydenhuollossa, puheeksioton haastavuus, puheeksioton kehittäminen, hoitoonohjaus, sekä työntekijöiden osaaminen ja asenne. Tämän jälkeen karsin vielä pois paljon epäoleellista tietoa, joka liittyi asiakkaiden päihteidenkäyttöön ja siitä koituviin ongelmiin kotihoidossa, työturvallisuuskysymyksiin, sekä lääkehoidon haastavuuteen. Näistä aiheista syntyi kyllä paljon hyvää ja käyttökelpoista materiaalia, mutta se ei kuitenkaan vastaa minun tutkimuskysymyksiini.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 7.1 Puheeksioton toteutuminen kotihoidossa esimiesten näkökulmasta

Länsi 2012-2013-hankkeen aikana on sovittu yhteisesti, että kotihoidon palveluohjaajat kysyvät päihteiden käytöstä asiakkailta tehdessään ensimmäisiä arviokäyntejä heidän luokseen. Haastatteleman esimiehet luottavat siihen, että näin tapahtuu, kun niin on kerran sovittu.

Länsi 2012-2013-hankkeessa on koulutettu myös muuta henkilökuntaa puheeksiottoon. Henkilökunta on kuitenkin vaihtunut tämän jälkeen paljon ja kysymykseksi jää, miten tieto on siirtynyt uusille työntekijöille. Esimiehet ovatkin sitä mieltä, että nyt olisi jo aika järjestää uusi koulutus puheeksiotosta varsinkin uusille työntekijöille, ja miksei vanhoillekin kertaukseksi. Toisaalta he kuitenkin uskovat, että vanhat työntekijät perehdyttävät uusia tässä asiassa.

### 7.2 Esimiesten rooli puheeksioton suhteen kotihoidossa

Yksi esimiehistä on nimetty päihdeyhdyshenkilöksi, ja hänen tehtävänsä on ohjata muita esimiehiä päihteidenkäytön puheeksioton suhteen, mutta tähän päihdetyöhön ei ole kuitenkaan resursoitu yhtään aikaa, joten hän ei ole pystynyt hoitamaan tehtäviään kunnolla. Länsi 2012-2013-hankkeen aikana on ollut puhetta, että esimiesten vuosikelloon lisättäisiin ”päihdekuukausi”, jolloin näihin asioihin perehdyttäisiin paremmin, mutta tämä on kuitenkin jäänyt tekemättä. Hankkeen aikainen juurrutusvaihe koskien puheeksioton koulutusta on myös jäänyt haastattelun perusteella ”vähän vaiheeseen”. Tuotiin myös esille, että päihteisiin liittyvät lomakkeet tulisi olla intranetissä helposti löydettävissä ja saatavilla, jota ne eivät nyt ole.

Esimiehet ovat sitä mieltä, että päihteidenkäytön puheeksiotosta pitäisi muistuttaa aika ajoin esim. palavereissa, jotta se pysyisi kaikilla mielessä. Yksi haastateltava toi esille myös idean, että jokaisessa kotihoidon tiimissä olisi oma päihdevastaava. Yksi

haastateltava toi vahvasti esille mielipidettään varhaisen puuttumisen ja ylipäättään ennalta ehkäisevän työn merkityksestä:

*”et tosiaa se varhaine puheeksiotto et ku se voi siirtää. viidel vuodel et sil on niinku nii iso merkitys ku siit alkoholist tiedotetaa asiallisesti ja puhutaa kiihkottomasti ni sil o hirvee iso merkitys et tota et ei se oo vaa niinko uteliaisuutta”*

### 7.3 Miten puheeksiotto koetaan kotihoidossa esimiesten näkökulmasta

Osa haastateltavista oli sitä mieltä, että puheeksiotto on helpompaa nuorille, kuin vähän vanhemmille työntekijöille. Osa taas oli sitä mieltä, että puheeksiotto sujuu ”vanhoilta”, mutta ”uusilla” voi olla ongelmia. Tässä kuitenkin mielestäni viitattiin ”vanhoilla” työntekijöihin, jotka ovat olleet palveluksessa pidempään, ei niinkään työntekijöiden ikään. Monet olivat sitä mieltä, että puheeksioton luontevuus ja sujuvuus riippuu täysin ihmisestä:

*”et se o iha niinku jos tosta kysyis kymmeneltä ni kaikki vastais eri taval et jonku mielest siin ei oo yhtää mitää ja joku sanoo et en kyllä kysy”*

Yksi haastateltava tuo esille puheeksiotosta järjestetyt koulutukset Länsi 2012-2013-hankkeen aikana ja toteaa, että nykyään on hyvät mallit ja ohjeistukset olemassa, joiden ansiosta hän kokee, että puheeksioton ei pitäisi olla ongelma nykyään. Tuodaan myös esille, että alkoholi on kuitenkin edelleen tabu, jonka vuoksi sen puheeksiotto voi olla edelleen vaikeaa, vaikkakin se on pikkuhiljaa enemmän ja enemmän arkipäiväistyvä aihe.

#### 7.4 Hoitoon ohjauksen toteutuminen kotihoidossa

Länsi 2012-2013-hankkeen aikana on luotu selkeä hoitopolku, jonka pohjalta hoitoonohjausta tehdään. Monet esimiehet sanovat, että hoitoon ohjausta on tapahtunut, ja esimerkiksi katkaisuhuoltoon on päässyt nopeallakin aikataululla. Hoitopaikkoina on käytetty katkaisuhuoltoasemaa, sairaalakatkoa, kotikatkoa, A-klinikkaa, sekä Harjavalan sairaalan psykiatrasta osastoa. Näistä yleisimmin käytetyiksi nousi kuitenkin sairaalakatko ja kotikatko. Sairaalakatko toteutetaan kaupunginsairaalan vuodeosastolla. Sairaalassa toteutettavan katkojakson aikana on myös mahdollista saada konsultaatioapua A-klinikalta ja katkaisuhuoltoasemalta ja päihdehuollon työntekijät voivat myös tulla vierailemaan sairaalassa asiakkaan luona. Tuotiin myös esille, että jotkut käyttävät myös intervallihoidojaksoja tehostetussa palveluasumisessa katkaisuhuotona, esimerkiksi jos läheinen toimii juovan henkilön omaishoitajana.

Yksi haastateltava tuo ilmi, että hoitoon ohjaus on vaikea prosessi ja asiakkaan tila tulee olla todella akuutti, että hoitoa saa. Toinen haastateltava kuitenkin tuo esille tässä kohtaa kotikatkon, jota hän on hyödyntänyt paljon. Olikin niin, että yksi haastateltavista ei tiennyt kotikatkosta ja siitä, että se on tarkoitettu myös ikäihmisille. Hän saikin siitä samalla tietoa tulevaisuutta ajatellen.

Kävi kuitenkin ilmi myös se tosiasia, että asiakkaat ovat harvoin suostuvaisia hoitoon, ennen kuin tila on niin akuutti, että hoitoon on pakko mennä. Näissä tilanteissa kotihoito on hyvin voimaton tilanteen suhteen. He kertoivat myös juomisen aiheuttavan tilanteita, jossa henkilö on runsaan juomisensa takia täysin kyvytön asumaan itsenäisesti, jolloin hän tarvitsisi laitoshoidoa, tässä tapauksessa tehostettua palveluasumista. Kun tällainen henkilö on laitoshoidossa selvinpäin, hän pystyy toimimaan täysin itsenäisesti ja on hyvässä kunnossa. Jonkin ajan kuluttua hän voi kuitenkin ilmoittaa, että haluaa lähteä juomaan. Kun henkilö on selvinpäin ollessaan täydessä ymmärryksessä ja kykenevä päättämään omista asioistaan, hänen itsemääräämisoikeuttaan tulee kunnioittaa, eikä häntä voida kieltää lähtemästä kotiin. Hän siis palaa kotiin ja jatkaa juomista, jonka seurauksena tilanne palautuu taas samanlaiseksi kuin se oli ennen laitoshoidon tuloa.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET

On siis yhteisesti linjattu, että palveluohjaajat kysyvät päihteenkäytöstä arviokäyneillä, jotka ovat ensimmäisiä kontakteja uusiin asiakkaisiin. Haastateltavat luottavatkin, että he tekevät niin kuin on sovittu. Onkin niin, että yleisesti ottaen tulisi voida luottaa siihen, että työntekijät hoitavat heille määrätyt tehtävät. Haastateltavat myös ilmaisevat luottavansa siihen, että uudet työntekijät saavat perehdytystä puheeksiottoon. He ovat kuitenkin sitä mieltä, että olisi jo aika järjestää uusi koulutus puheeksiotosta. Näin ollen voidaan päätellä, että puheeksiotto toteutuu vaaditulla tavalla, jos luotamme siihen, että palveluohjaajat tekevät niin, kuin on sovittu. Jos tästä haluttaisiin varmempaa tietoa, tulisi haastatella palveluohjaajia ja mahdollisesti myös kotihoidon kentällä työskenteleviä hoitajia.

Esimiesten rooli puheeksioton suhteen keskittyy päihdeyhdyshenkilön rooliin, jonka tehtävä olisi pitää päihdeasiat pinnalla ja ohjata muita esimiehiä ottamaan asia puheeksi omissa tiimeissään. Kävi ilmi, että päihdeyhdyshenkilö ei ole saanut tehtävänsä hoitamiseen tarvittavia resursseja, jonka vuoksi hän ei ole pystynyt hoitamaan tehtävänsä. Voidaan siis todeta, että esimiesten roolissa puheeksioton suhteen esiintyy puutteita ja esimiehet ovat itsekkin sitä mieltä, että tähän asiaan pitäisi panostaa enemmän.

Siinä, miten puheeksiotto koetaan kotihoidossa, korostui ihmisten yksilöllisyys. Riippuu siis, keneltä kysytään, onko puheeksiotto helppoa tai haastavaa. Koettiin kuitenkin positiivisesti vaikuttavaksi asiaksi se, että aiheesta on järjestetty koulutusta. Mitä enemmän aiheesta puhutaan, sitä enemmän se normalisoituu, eikä sitä koeta enää niin haastavana aiheena.

Hoitoon ohjausta oli tapahtunut jonkin verran ja sen haastavuudesta oltiin montaa mieltä. Kotikatkon palvelut koettiin hyväksi ja helposti saavutettavaksi, mutta muut palvelut aika hankaliksi. Isona ongelmana koettiin myös asiakkaiden hoitovastaisuus. Voidaan siis todeta, että hoitoa on saatavilla, varsinkin suhteellisen uuden kotikatko-toiminnan myötä, mutta parantamisen varaa kuitenkin olisi. Lisäksi hankkeen aikana luotu hoitopolku on helpottanut hoitoon ohjausta.

## 9 TUTKIMUSTULOSTEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Siihen kuuluu rehellisyys, yleinen huolellisuus, sekä tarkkuus itse tutkimustyössä, että tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja tutkimusten arvioinnissa. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että tutkimuksessa käytetään eettisesti kestäviä ja tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä, sekä avoimuutta tuloksia julkaistaessa. Tutkijan pitää myös ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja kunnioittaa niitä omassa tutkimuksessaan. Tutkimus pitää myös suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2017, 418-419.) Olen omassa opinnäytetyössäni käyttänyt luotettavaa lähdemateriaalia ja noudattanut huolellisuutta ja tarkkuutta parhaani mukaan. En ole plagioinut muiden tekstejä ja olen merkinnyt lähteet asiallisesti.

Haastattelun luotettavuutta voi heikentää esimerkiksi haastateltavien taipumus antaa sosiaalisesti hyväksytyjä vastauksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2007, 206). Käytin tiedonkeruumenetelmänä ryhmähaastattelua, jossa haastattelin kotihoidon esimiehiä. He siis olivat haastattelussa kollegojensa kanssa, joten sosiaalinen paine korostui entisestään ja saattoi vaikuttaa vastauksiin. Huomasinkin, että haastatteluissa ilmeni paljon samaa mieltä olemista muiden kanssa ja eri haastattelujen välillä taas ilmeni jonkun verran eroja. Tutkimukseni luotettavuutta lisääkin se, että haastatteluja oli yhden sijaan kaksi. Yritin haastatteluissa luoda rentoa keskustelevaa ilmapiiriä, jotta tilanteen vakavuus ei vaikuttaisi liikaa vastauksiin.

Ryhmähaastattelun kompastuskiviä voivat olla esimerkiksi kielteisten asioiden esilletulon estyminen, tai jonkun ryhmän jäsenen dominoivuus (Hirsjärvi ym. 2007, 211). Toinen ryhmähaastattelu oli etäyhteyden avulla, jossa kuului vain haastateltavien äänet. Tämä toi haasteensa siinä, että minulla ei haastattelijana ollut mahdollisuutta vaikuttaa haastateltavien tasa-arvoiseen huomioimiseen. Toinen haastattelu toteutettiin perinteisesti yhden haastateltavan toimistossa. Tässä haastattelussa yritin parhaani mukaan luoda katsekontaktia kaikkiin tasapuolisesti kysyessäni kysymyksiä. Ryhmät olivat myös sen verran pienet, että mielestäni kaikki saivat äänensä kuuluviin. Etenkin

kielteisiä asioita olisi kuitenkin voinut nousta enemmän, jos olisin haastatellut kaikki esimiehet erikseen.

## 10 POHDINTA

Aloittaessani opinnäytetyötäni minulla oli aavistus, että lähes kymmenen vuotta sitten olleen hankkeen asiat ovat voineet unohtua, ja jäädä jo vähän taka-alalle ja tekemäni opinnäytetyö voisi nostaa niitä uudelleen pinnalle. Tämän joku haastateltavistani tote-  
sikin ihan itse ja sanoi, että on hyvä että tämä asia taas nostetaan esiin, koska se on tärkeä asia ja on hyvä, että siihen muistetaan taas kiinnittää huomiota.

Oli ikävää kuulla, että vaikka 2012-2013 olleen hankkeen yhteydessä on nimetty päihdeyhdyshenkilö, jonka tehtävä on pitää huoli siitä, että päihdeasiat pysyvät ihmisten mielissä, ei ole kuitenkaan saanut selkeästi aikaa tämän tehtävänsä hoitamiseen. On helppoa nimetä erilaisia vastaavia ja yhdyshenkilöitä, mutta jos heidän muu työnsä vie kaiken työajan, ei tästä nimikkeestä ole hyötyä. Olisi tärkeää, että kun tällaisia yhdys-  
henkilöitä nimetään, heille annettaisiin myös työaika tämän tärkeän tehtävän hoita-  
miseen.

Positiivinen yllätys minulle oli se, että hoitoon ohjausta on tapahtunut paljonkin ja hoitopolut ovat selkeitä ja ainakin lähes kaikkien tiedossa. On turha ottaa päihteiden-  
käyttöä puheeksi jos ei ole tiedossa, miten asiakasta voidaan auttaa. Etenkin kotikatko on hyvä vaihtoehto juuri ikäihmisille, jotka eivät pysty lähtemään katkaisuhoidoase-  
malle. Mielestäni olisi tärkeää, että sitä toimintaa pidettäisiin yllä jatkossakin, jotta ikäihmisetkin saisivat heille kuuluvan tarpeellisen hoidon.

Opinnäytetyön aikana esiin nousseita mahdollisia haasteita oli haastattelujen onnistu-  
minen ja etenkin nauhoitus ryhmähaastattelussa. Haastattelut onnistuivat kuitenkin erittäin hyvin. Syitä tälle onnistumiselle olivat se, että haastatteluryhmät olivat hieman pienempiä, kuin mihin olin alun perin varautunut, sekä se, että oman puhelimeni ääni-  
tystoiminto oli paljon tehokkaampi, kuin mitä olin ajatellut. Sain kerättyä mielestäni



riittävästi tietoa tutkimustani varten ja opinnäytetyö oli kaiken kaikkiaan mielekäs prosessi ja opin paljon uutta.

Opinnäytetyöstäni on hyötyä Porin perusturvan kotihoidon henkilöstölle laajasti, koska he saavat tietoa päihteidenkäytön puheeksioton tilasta omassa organisaatiossaan ja voivat sen pohjalta kehittää sitä. Opinnäytetyöstäni on hyötyä myös kaikille ammattilaisille, jotka toimivat ikääntyneiden asiakkaiden parissa, koska päihteidenkäytön puheeksiotto on tärkeää kaikissa toimintaympäristöissä, joissa ollaan tekemisissä ihmisten kanssa. Puheeksiotto on myös asia, jossa haluan itse kehittyä. Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen perehtynyt puheeksioton keinoihin ja näin lisännyt omaa osaamistani puheeksioton suhteen.

## LÄHTEET

Aalto, M., Bäckmand, H., Haravuori, H., Lönnqvist, J., Marttunen, M., Melartin, T., Partanen, A., Partonen, T., Seppä, K., Suomalainen, L., Suokas, J., Suvisaari, J., Viertiö, S. & Vuorilehto, M. 2009. Mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistaminen; Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Aaltonen, M. 2013. Päihdekortti ikäihmisten parissa työskenteleville. Päihdelinkki. Viitattu 22.11.2020. [https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/paihdekortti\\_paino\\_muokattu\\_12.pdf](https://paihdelinkki.fi/sites/default/files/paihdekortti_paino_muokattu_12.pdf)

Ahlström, S. 2013. Alkoholin käyttö eri väestöryhmissä. Teoksessa Peltoniemi, T. (toim) Pääasiana alkoholi: Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg Painot Oy, 69-73.

Heinonen, J. 2018. Jalkautuva päihdetyö ”Klaari” Porin psykososiaalisissa laitospalveluissa. Ylempi AMK -opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.11.2020. [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/156287/heinonen\\_jaana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/156287/heinonen_jaana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.

Järvinen, M., Nätkin, K., Santanen, T., Paasiaho, M. & Penttilä, J. 2013. Asiakkaan alkoholinkäytön puheeksioton koulutusmalli Porin perusturvakeskuksen äitiys- ja lastenneuvolassa sekä kotihoidossa. Teoksessa Laitinen, P., Komminaho, A., Mäkelä, M., Järvinen, M., Hilama, P., Nykky, T., Moring, J., Partanen, A. & Sutela, S. (toim) Itä kohtaa lännen : Mielisuunnitelmaa toteuttamassa 2010-2013, 72-81. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen yliopistopaino Oy. Viitattu 8.4.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110436/URN\\_ISBN\\_978-952-245-935-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110436/URN_ISBN_978-952-245-935-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet; Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Porin kaupungin www-sivut 2020. Viitattu 10.9.2020. <https://www.pori.fi/>

Renko, E. 2016. Alkoholinkäytön mini-interventio aikuissosiaalityössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. Viitattu 9.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131366/URN\\_ISBN\\_978-952-302-746-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131366/URN_ISBN_978-952-302-746-6.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salo-Chydenius, S. 2017. Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö. Päihdelinkki 8.8.2017. Viitattu 23.9.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmia/ikaantyneet-ja-paihteidenkaytto>

Seppä, K. 2013. Lyhytneuvonta (Mini-interventio). Päihdelinkki 21.3.2013. Viitattu 9.11.2020. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihdeyön-menetelmat-ja-koulutus/lyhytneuvonta-mini-interventio>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016. Kysy ja neuvo – Alkoholinkäytön mini-interventio aikuissosiaalityössä 10/2016. Viitattu 22.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131364/TIED%c3%84\\_JA%20TOIMI\\_Mini-interventio\\_Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131364/TIED%c3%84_JA%20TOIMI_Mini-interventio_Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2017. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

## PORIN PERUSTURVAKESKUS

### Arviokäyntilomake, kotihoito

<b>HENKILÖTIEDOT</b>	Sukunimi (myös ent)				
	Etunimet	Henkilötunnus			
	Osoite	Postinumero ja -paikka			
	Puhelin	Sivillisääty			
	Puoliso	Osoite			
<b>LÄHIOMAINEN</b>	Sukunimi	Etunimi			
	Osoite	Puhelin			
<b>MUU SOS. VERKOSTO</b> - omaiset - ystävät					
<b>ASUINYMPÄRISTÖ</b> - olosuhteet: rappuset, WC- pesutilat - apuvälineet - matot, valaistus, palova- roitin					
<b>OMAT VOIMAVARAT</b> - toimintakyky - liikkuminen - muisti - mieliala - sairaudet					
<b>PALVELUTARVE</b> - aamu-iltatoimet - hygienia - ruoanvalmistus, syöminen - lääkkeiden otto & jako - kauppa-asiat/asiointit - pyykki - imurointisivous - turvpuhelin					
<b>LÄÄKITYS</b> - lääkkeet - alkoholinkäyttö					
<b>ALLEKIRJOITUKSET</b> Jos asiakkaaksi	<input type="checkbox"/> Tulosevitys	<input type="checkbox"/> Suostumus hoitotietojen katsetuun	<input type="checkbox"/> Suoraveloitusvaltakirjat (kauppa, apteekki, porin kaupunki)		
<b>MUUTA</b>	<input type="checkbox"/> Ainaimet	<input type="checkbox"/> Fysioterapeutin käynnit	<input type="checkbox"/> Kuntouttava työote	<input type="checkbox"/> Yhteystiedot	<input type="checkbox"/> Kelan etuudet