

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Kliininen asiantuntija/ Mielenterveys- ja päihdehoitotyö

2014

Minni Roth

PÄIHDEHOITOTYÖN OHJEISTUS TURUN HYVINVOINTITOIMIALAN VANHUSPSYKIATRIAN YKSIKÖILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma | Mielensterveys- ja päihdehoitotyö

Joulukuu 2014 | 59 sivua + 11 liitettä

Heikki Ellilä

Minni Roth

PÄIHDEHOITOTYÖN OHJEISTUS TURUN HYVINVOINTITOIMIALAN VANHUSPSYKIATRIAN YKSIKÖILLE

Väestön ikääntyy niin Suomessa kuin muuallakin Euroopassa. Ikääntyneiden keskuudessa päihteiden käyttö on arkipäiväistynyt viime vuosina. Alkoholinkäyttö on yleistä Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköiden potilailla. Heistä 14 %:lla on ollut päihdeongelma elämänsä aikana. Kehittämiprojektin kohdeorganisaationa olivat Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköt, jotka vastaavat psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämisestä 65 vuotta täyttäneille turkulaisille.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli luoda selkeä päihdehoitotyön ohjeistus Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköille. Tutkimus toteutettiin haastattelemalla kahdeksaa (n=8) päihdehoitotyön asiantuntijaa. Tutkimusmenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Kehittämiprojektina toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoa ikääntyneiden päihdehoidosta sekä kehittää päihdehoitotyön osaamista Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä.

Haastateltujen päihdehoitotyön asiantuntijoiden mukaan ikääntyneiden päihdehoitotyön osaamista on lisättävä ja tässä kehittämissuunnitelmassa syntyneelle ohjeistukselle on tarvetta. Asiantuntijat kokivat ongelmaksi, ettei päihdeongelmaa tunnisteta potilaan tullessa psykiatriseen hoitoon. Haasteena ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien hoidossa koettiin hoitajien asenteet ja hoidon pirstaleisuus. Ikääntyneiden päihdehoitoa koskevien yhtenäisten linjojen ja käytänteiden todettiin puuttuvan. Koulusta aiheesta toivottiin lisää, sekä tietoutta tahoista jotka hoitavat ikääntyneitä päihteidenkäyttäjiä. Kehittämiprojektin tuloksena syntyneen ohjeistuksen tarkoituksena on yhtenäistää hoitolinjoja ja parantaa hoidon laatua sekä tuoda päihdehoitotyön merkitystä näkyvämmäksi Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrialla.

ASIASANAT: päihdehoitotyö, ikääntyneet potilaat, ohjeistus

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

December 2014 | 59 pages + 11 appendices

Heikki Ellilä

Minni Roth

GUIDELINES FOR TREATMENT OF THE ELDERLY PATIENTS WITH SUBSTANCE ABUSE PROBLEMS IN TURKU CITY'S WELFARE DIVISION

The population is aging in Finland as well as internationally. In recent years, substance abuse among the elderly has become more common. Alcohol use is common among patients in Turku welfare division's psychogeriatric departments, and 14 % of patients have a history of substance abuse problems in their lives. Target organizations of this development project were Turku welfare division's geropsychiatry departments and an outpatient unit, which are responsible for organizing specialized psychiatric medical care for Turku residents over 65 years of age.

The Aim of this study was to create a general substance abuse treatment guidelines for Turku welfare division's geropsychiatry departments. The research was performed as a theme interviews of eight (n=8) nursing experts in geropsychiatry specialized for substance abuse treatments. The Aim of this thesis, conducted as a development project, was to increase the knowledge of substance abuse treatments among old people and to develop substance abuse nursing in Turku welfare division's geropsychiatry departments.

According to the interviewed experts, knowledge about substance abuse nursing must be increased and there is a need for the treatment guidelines created by this development project. Challenges that were experienced in treating patients with substance abuse problems were nurse's attitudes, and lack of awareness of the co-operation partners. Also there is a lack of coherent treatment strategies and policies in substance abuse nursing. More education is wanted in the area of substance abuse nursing and more information about the units treating aging substance abusers. The Purpose of this work is to standardize the treatment strategy and to improve the quality of care together with bringing out the importance of substance abuse nursing in Turku welfare division's geropsychiatry.

KEYWORDS: care of the substance abusers, elderly patients, guidelines

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Ikääntyneet ja alkoholi	8
2.1.1 Alkoholin käyttöön liittyvät sairaudet	9
2.1.2 Alkoholi ja lääkkeet	12
2.2 Lääkkeiden väärinkäyttö	12
2.3 Kaksoisdiagnoosi	13
3 IKÄÄNTYNEEN PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄN HOITO	15
3.1 Päihdehoitotyöntoimintamalleja	17
3.2 Puheeksi ottaminen ja motivoiva työtapa	18
3.3 Ikääntyneiden alkoholinkäytön arviointiin soveltuvia työvälineitä	20
3.4 Jatkohoito	20
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN KOHDEORGANISAATIO	22
4.1 Avohoito	22
4.2 Sairaalahoido	23
5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN	25
5.1 Kehittämiprojektin aikataulu	26
5.2 Projektiorganisaatio	27
6 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO	29
6.1 Soveltavan tutkimusosion tavoite ja tutkimusongelmat	29
6.2 Tutkimusmenetelmä	29
6.3 Haastattelumenetelmä	30
6.4 Kohderyhmä ja aineistonkeruu	31
6.5 Aineiston analysointi	32
7 HAASTATTELUJEN TULOKSET	34
7.1 Tunnistaminen	34
7.1.1 Tulotilanne	34
7.1.2 Sairauskertomukset	36
7.2 Puuttuminen	37

7.2.1 Koulutus	39
7.2.2 Menetelmät	39
7.3 Jatkohoito	41
7.4 Johtopäätökset ja pohdinta	43
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	46
9 PÄIHDEHOITOTYÖN OHJEISTUS	49
10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	50
LÄHTEET	52

LIITTEET

- Liite 1. Audit.
- Liite 2. MAST-G.
- Liite 3. CAGE.
- Liite 4. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari.
- Liite 5. UCL.
- Liite 6. Tietoinen suostumus.
- Liite 7. Haastattelujen analysointiesimerkki.
- Liite 8. Teemahaastattelurunko.
- Liite 9. Ikäihmisten päihdehoitopolun malli, Mikkeli.
- Liite 10. Kotihoidon päihdehoitotyön malli, Kainuu.
- Liite 11. Päihdehoitotyön ohjeistus.

KUVIOT

Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen.	26
Kuvio 2. Kehittämiprojektin projektisykli.	27
Kuvio 3. Projektiorganisaatio.	28

TAULUKOT

Taulukko 1. Keskeisimmät ongelmat terveydentilassa joiden katsotaan olevan yhteydessä haitalliseen alkoholin käyttöön.	11
Taulukko 2. Kliiniset löydökset epäiltäessä alkoholin riskikäyttöä.	16
Taulukko 3. Laboratoriotutkimukset haitallista alkoholinkäyttöä epäiltäessä.	17

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyminen Suomessa on muuallakin Euroopassa. Vanhusten määrä kasvaa kohoavan eliniän odotteen myötä. Vuonna 2030 joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias ja viime vuosina päihteiden käyttö ikääntyneiden keskuudessa on arkipäiväistynyt. (Tilastokeskus 2003; Jyrkämä & Haapamäki 2008; Nykky ym. 2010, 8; THL 2010.)

Tämä kehittämistyö syntyi tarpeesta kehittää päihdehoitotyötä Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä päihdeongelmaisten asiakkaiden määrän kasvaessa. Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä ei ole yhtenäistä ohjeistusta päihdeongelmaisen potilaan hoidosta, vaikka niiden palveluita käyttävät potilaat kärsivät yhä useammin myös päihdehäiriöistä.

Päihteiden liikkakäyttö lisää masennusta ja ahdistuneisuutta, jotka taas saattavat lisätä päihteiden käyttöä. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tulisikin kulkea käsi kädessä myös ikääntyneiden terveyspalveluiden kohdalla. Ikääntymisen myötä tapahtuvat menetykset, yksinäisyys ja tuen puute voivat johtaa päihteidenkäyttöön ja depression. (Salo-Chydenius 2013.) Hellmanin (2011, 14,19–20) tutkimuksen mukaan alkoholinkäyttö on yleistä Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian hoitoyksiköiden potilailla. Heistä 14 %:lla on ollut päihdeongelma elämänsä aikana ja kaikista potilaista joka viides on alkoholin riskikäyttäjä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä tietoa ikääntyneiden päihdehoidosta sekä kehittää päihdehoitotyön osaamista Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä. Tavoitteena oli luoda Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköihin yhtenäinen päihdehoitotyön ohjeistus, joka toimisi apuna vanhuspsykiatrian työntekijöille niin osasto- kuin avohoidossakin. Opinnäytetyön tuloksena syntyneen ohjeistuksen avulla voidaan kehittää päihdehoitotyötä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian osastoilla ja avohoidossa.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

65–74-vuotiaiden alkoholinkulutus on lisääntynyt merkittävästi vuodesta 1985 vuoteen 2007 (Laitalainen ym. 2008, 10). Samalla raittiiden eläkeläisten osuus on pienentynyt (Rintala 2010, 120; THL 2013a). Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä lisääntyy ja heidän suhtautuminen alkoholiin on myönteisempi kuin aikaisemmillä sukupolvilla (Jyrkämä & Haapamäki 2008, 7; Gunnarsson 2010). Erityisesti iäkkäiden naisten alkoholin käyttö on yleistynyt (Vilkko ym. 2010, 142; Runsten 2014). Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa linjataan, että ikääntyneiden päihdeongelmien ehkäisyyn panostetaan ja ikääntyneiden päihdehoitotyötä tehostetaan kehittämällä ikääntyneille sopivia hoitomuotoja (STM 2012, 13).

Runsaan alkoholin käytön tai päihderiippuvuuden seurauksena tulevat terveydelliset haitat saattavat jäädä ikääntymisen merkkien varjoon (Bowman & Gerber 2006a, 45; Substance abuse 2008, 1). Ikääntyneet usein peittelevät tai vähättelevät päihdeongelmaansa. Päihdeongelman tunnistamista ikääntyneillä vaikeuttavat mm. perussairaudet, raskas lääkitys tai muistiongelmät. (Aalto & Holopainen 2008, 1493; Rintala 2010, 120.) Ikääntyneiden päihdehoitotyössä haasteena on päihteidenkäyttöön liittyvä häpeän ja syyllisyyden tunne sekä leimaantumisen pelko (Aira ym. 2008, 446; Runsten 2014). Airan ym. (2008, 446) tutkimuksen mukaan miltei puolet tutkittavista yli 75-vuotiaista kielsi AUDIT-kyselyssä alkoholin käytön, mutta myönsi käyttävänsä alkoholia lääkinnälliseen tarkoitukseen.

Ikääntyneiden päihteidenkäyttö saattaa lisääntyä ikääntymiseen kuuluvien muutostilanteiden, kuten leskeksi jäämisen, yksinäisyyden tai sairauden myötä. Ikääntynyt voi käyttää alkoholia sopeutumisyriyksenä esimerkiksi kiputiloihin, tarpeettomuuden tunteeseen, ahdistukseen tai sairauden kieltämiseen. (NIAAA 2005; Jyrkämä 2009; Runsten 2014.)

2.1 Ikääntyneet ja alkoholi

Yli 65-vuotiaiden määrä on Euroopassa kolminkertaistunut 1900-luvun aikana. Varsinkin vuosina 1946–1950 syntyneet ikäluokat ovat suuria. Suurten ikäluokkien elinaikana elintaso ja koulutustaso ovat nousseet ja kaupungistuminen on ollut voimakasta. Elintapojen muuttuessa myös juomatavat ovat muuttuneet. (Jyrkämä & Haapamäki 2008, 7; Viljanen 2010.) On ennustettu, että ikääntyneiden alkoholin ongelmakäyttö kaksinkertaistuu vuodesta 2001 vuoteen 2020, jolloin myös alkoholin liialliseen käyttöön liittyvät ongelmat väistämättä lisääntyvät. Tämä lisää palveluiden tarvetta sekä niiden vaatimustasoa. (Livingston & King 1993, 511; Klein & Jess 2002, 201; Gfroerer ym. 2003, 44; Bowman & Gerber 2006a, 127; Gossop 2008.) Immosen (2012, 46) väitöskirjatutkimuksen mukaan vuonna 2009 yli 20 % 65–69-vuotiaista espoolaisista miehistä ylitti alkoholin riskikäytön rajan vaikka alkoholin käyttö väheni iän myötä. Saman tutkimuksen mukaan merkittävä osa 71–90-vuotiaista miehistä käytti alkoholia yli riskikäytön rajan. Bossin (2009) mukaan jopa 15 % yli 65-vuotiaista kärsii alkoholiongelmasta ja 5 % yli 65-vuotiaista on riippuvaisia muista päihteistä, yleisimmin unilääkkeistä tai kipulääkkeistä.

Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä on tutkimuksissa tarkasteltu melko vähän ja vain rajatuista näkökulmista (Reid & Anderson 1997, 999; Jyrkämä & Haapamäki 2008; Gunnarsson 2010; Benschhoff & Harrawood 2003, 47; Hunter ym. 2011, 343). Harvojen käytettävissä olevien tutkimusten mukaan ikääntyvien alkoholin käyttö lähivuosina lisääntyy. Tämän takia hoitohenkilökunnan koulutusta aiheesta tulisi lisätä. Eri mittareiden ja seulojen käyttöä käytännön hoitotyön osana voitaisiin merkittävästi tehostaa. (Klein & Jess 2002, 201; Letizia & Reinbolz 2005, 176; Gunnarsson 2010.)

Ikääntyneiden fysiologia ja psyyke eivät kestä alkoholia yhtä hyvin nuorten. Yli 65-vuotiailla alkoholin riskikäytön rajat ovat matalammat kuin alle 65-vuotiailla, koska alkoholin vaikutukset voimistuvat ikääntyessä elimistön vesipitoisuuden pienentyessä, rasvapitoisuuden kasvaessa ja aineenvaihdunnan hidastuessa.

Alkoholin vaikutukset ikääntyneillä ovat yksilöllisempiä kuin työikäisillä. (Ferreira & Weems 2008, 1670; Viljanen 2010.)

Ikääntyneet ovat harvemmin tietoisia alkoholinkäytön riskirajoista tai suosituksista ja voivat siten juoda tietämättään liikaa. Suomessa käytössä olevat alkoholin annossuosituksset ikääntyneille ovat lähtöisin Yhdysvalloista. Kohtuukäytön rajat Suomessa ovat 7 alkoholiannosta viikossa tai 2 alkoholiannosta kerralla. (NIAAA 1998; STM 2006a; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 9; IPT 2013.)

2.1.1 Alkoholin käyttöön liittyvät sairaudet

lääkäillä on muuta väestöä enemmän perussairauksia ja liiallinen alkoholinkäyttö tuo tullessaan uusia terveysongelmia jo olemassa olevien rinnalle (Knauer 2003, 153). Iäkkäillä päihteidenkäyttäjillä on nuorempia suurempi aivohalvauksen (Rantakömi 2013, 48) ja aivovaurion riski (Prigerson ym. 2001, 1; Gossop 2008; Rintala 2010; 121). Runsaan alkoholinkäytön seurauksia ovat esimerkiksi kognitiivisten kykyjen lasku, muistin ja motoriikan heikentyminen (Prigerson ym. 2001, 1; Gossop 2008; Rintala 2010, 121). Siitä huolimatta, että nuoret juovat ikääntyneitä enemmän, runsaasti alkoholia käyttävillä ikääntyneillä on nuoria enemmän mielenterveysongelmia. Lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttö lisää riskiä terveydellisiin ja sosiaalisiin ongelmiin. (STM 2006a; Gossop 2008.)

Alkoholin haitallinen käyttö voi pahentaa jo olemassa olevia sairauksia, kuten verenpainetauti, diabetesta, sydänsairauksia ja vatsahaavaa. Runsas alkoholin käyttö myös altistaa tulehduksille ja heikentää vastustuskykyä. (Oslin 2005, 5; STM 2006a.) Muisti, aistitoiminnot, motoriikka ja koordinaatio heikkenevät vanhetessa ja päihteiden käyttö voimistaa näitä iän mukanaan tuomia vaikutuksia (Livingston & King 1993, 511; Bowman & Gerber 2006a, 45; Salo-Chydenius 2013). Alkoholin haitallisen käytön merkkejä ikääntyneillä voivat olla myös inkontinenssi, laihtuminen, unettomuus sekä ärtyneisyys (Runsten 2014). Suomessa on tutkittu lonkkamurtumapotilaiden veren alkoholipitoisuutta, ja tutkimuksen mu-

kaan alkoholin käyttö lisää myös lonkkamurtuman riskiä. Lonkkamurtuman kokeista 17 %:lla todettiin veressä alkoholia. (Kaukonen ym. 2006, 345.) Taulukossa 1 on esitetty keskeisimmät ongelmat terveydentilassa, joiden katsotaan olevan yhteydessä haitalliseen alkoholin käyttöön.

Taulukko 1. Keskeisimmät ongelmat terveydentilassa joiden katsotaan olevan yhteydessä haitalliseen alkoholin käyttöön.

Metaboliset vaikutukset	Hypoglykemia, hypertriglyseridemia, suurentunut virtsahappopitoisuus ja kihti
Haimatulehdus	60-80 % aiheutuu alkoholista
Alkoholimaksasairaus	Yleisin maksasairaus Suomessa
Syöpäsairaudet	Ruoansulatuskanavan syövät, rintasyöpä
Ripuli	Ongelmakäyttäjillä yleistä
Alkoholiepilepsia	Epilepsiariski kymmenkertainen alkoholiriippuvaisilla
Dementia	Wernicken taudin riski 50-kertainen, joka toisella alkoholiriippuvaisella lievähkö dementia
Aivoverenvuoto	Kaksinkertainen riski
Pikkuaivoatrofia ja polyneuropatia	Yleistä alkoholiriippuvaisilla
Hormonihäiriöt	Miehillä naisellisia piirteitä, naisilla maskuliinisia piirteitä
Unihäiriöt	60 %:lla alkoholiriippuvaisista jokin unihäiriö
Aivovammat	Kolme kertaa yleisempiä
Iho-ongelmat	Ekseemat yleisiä
Kardiomyopatia	Riski satakertainen
Eteisvärinä	3–5 kertaa yleisempää ongelmakäyttäjillä
Kohonnut verenpaine	Alkoholin ongelmakäyttö selittää 5–10 % miesten verenpainetaudeista länsimaissa
Mielenterveysongelmat	Alkoholiriippuvaisista 30–60 %:lla on kliinisesti merkittävä depressio
Ylipaino	Alkoholi sisältää runsaasti kaloreita

(Käypä hoito 2011; Ridley ym. 2013; Al Dulaimi 2014, 186; Sarasa-Renedo 2014, 469.)

2.1.2 Alkoholi ja lääkkeet

Osa ikääntyneistä käyttää lääkkeitä runsaasti. Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset ovat yksilöllisiä. Useat ikääntyneet käyttävät keskushermostoon vaikuttavia kipulääkkeitä sekä uni-, masennus- ja rauhoittavia lääkkeitä. Näiden lääkkeiden kanssa alkoholia ei suositella käytettäväksi lainkaan. (Knauer 2003, 153; Aira ym. 2005, 682; Aira 2007, 38; Viljanen 2010; MPT 2013, 15.)

Lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset voivat olla arvaamattomia (Reid & Anderson 1997, 1002; Bowman & Gerber 2006a, 44; Aira 2007, 38; Merrick 2008, 220). Joidenkin lääkkeiden vaikutusaika iäkkään elimistössä on tavallista pidempi. Yhteiskäytön riski on todellinen, silloinkin kun alkoholia ei käytettäisikään samanaikaisesti lääkkeen kanssa. Siinäkin tapauksessa, että lääkkeellä ei olisi-kaan haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa, on mahdollista että runsas alkoholin käyttö aiheuttaa lääkkeiden oton unohtamista tai lääkeannoksen ottoa useampaan kertaan. (Aira 2007, 38.) Lääkkeet, joilla ei muuten ole merkittäviä haittavaikutuksia, voivat yhdessä alkoholin kanssa vaikuttaa esimerkiksi siten, että lääkkeen rauhoittava vaikutus lisääntyy merkittävästi. Käytettäessä alkoholia ja lääkkeitä samanaikaisesti sekä tapaturma- että loukkaantumisriski kasvavat. Erityisesti rauhoittavien lääkkeiden haittavaikutukset lisääntyvät merkittävästi, mikäli samaan aikaan nautitaan alkoholia. Rauhoittavien lääkkeiden ja alkoholin samanaikainen käyttö lisää yliannostuksen riskiä merkittävästi. (Knauer 2003, 153; Bowman & Gerber 2006a, 45; Gossop 2008.)

2.2 Lääkkeiden väärinkäyttö

lääkkäät käyttävät alkoholia enemmän kuin muita päihteitä (Prigerson ym. 2001,14; EMCDDA 2008, 2), tosin lääkkeiden haitallinen käyttö ei yli 65-vuotiaiden keskuudessa ole mitenkään harvinaista (EMCDDA 2008, 2; Basca 2008, 7; Substance abuse 2008, 6; Runsten 2014). Yli 65 -vuotiaiden ikäryhmässä huumeiden käyttö on edelleen hyvin harvinaista Suomessa (Runsten 2014). Huumeiden käytön arvioidaan tosin lisääntyvän tulevaisuudessa myös ikääntyneiden

keskuudessa, ja yli 50-vuotiaiden ikäryhmässä huumeiden käyttö saattaa lisääntyä jopa 300 %:lla vuodesta 2001 vuoteen 2020. Metadoni- ja muiden korvaushoitojen myötä yliannostuksiin liittyvät kuolemat ovat vähentyneet, mikä ennustaa osaltaan iäkkäiden huumeidenkäyttäjien määrän kasvua. Euroopassa yli 40-vuotiaiden opioideja käyttävien potilaiden määrä on kaksinkertaistunut vuosien 2002–2005 välillä. (Gfroerer ym. 2003, 132; Gossop 2008; EMCDDA 2008, 2.)

On arvioitu että yli 10 % iäkkäistä naisista väärinkäyttää omia reseptilääkkeitään (Simoni-Wastila & Yang 2006, 390; Runsten 2014). Reseptilääkkeistä riippuvaisien henkilöiden riippuvuuden kehittyminen eroaa laittomien huumeiden käyttäjistä siten, että reseptilääkeriippuvuus kehittyy usein huomaamatta. Reseptilääkkeiden väärinkäyttö vaihtelee yksittäisestä kokeilusta säännölliseen väärinkäyttöön. Toleranssi ja fyysinen riippuvuus voivat kehittyä, kun reseptilääkkeitä käytetään pidemmän aikaa yhtäjaksoisesti, vaikka annos ei olisikaan suuri. Bentso-diatsepiineja käytettäessä vieroitusoireita voi tulla käytön aikanakin annosvälin ollessa suuri. (Gossop 2008; EMCDDA 2008, 2; Runsten 2014.) Reseptilääkkeiden väärinkäytön voidaan ennustaa lisääntyvän nykyisten keski-ikäisten vanheudessa (Substance abuse 2008; 6; Blazer & Wu 2009, 1252, 1256). Ikääntyneellä lääkeriippuvuuden merkkejä ovat huomattava huoli lääkkeen tehosta, yksityiskohtainen tieto tietystä lääkkeestä, kiinnittyminen tiettyyn valmisteseen, huoli lääkkeen saatavuudesta ja annosteluajoista, suunniteltua pidempään jatkunut käyttö, valitukset lääkäreistä tai hoitajista jotka yrittäneet puuttua asiaan sekä muutokset itsestä huolehtimisessa (Substance abuse 2008, 6; Runsten 2014).

2.3 Kaksoisdiagnoosi

Kaksoisdiagnoosilla tarkoitetaan vähintään yhden psykiatrisen häiriön ja päihderiippuvuuden tai haitallisen käytön esiintymistä samanaikaisesti (Aalto 2007, 1293). Ikääntyneillä yleisimmin esiintyvä kaksoisdiagnoosi on masennus ja alkoholin väärinkäyttöä. Noin joka viidennellä iäkkäällä masennuspotilaalla on sa-

manaikaisesti alkoholiongelma (Devanand 2002, 236) ja noin 30 % iäkkäistä alkoholiongelmaisista kärsii samanaikaisesti myös jostain toisesta psykiatrisesta häiriöstä (NIAAA 1998). Ikääntyneillä päihteidenkäyttäjillä kaksoisdiagnoosi on siis todennäköisempi kuin nuoremmissa ikäluokissa (Runsten 2014). Ikääntyneillä alkoholinkäyttö voi altistaa masennukselle, toisaalta masennus voi altistaa alkoholinkäytölle. Monen kaksoisdiagnoosipotilaan kohdalla on vaikea osoittaa edelsikö päihdehäiriö mielenterveyshäiriötä vai päinvastoin. (Blixen ym. 1997, 307.)

lääkärin potilaiden kohdalla samanaikaisesti esiintyvä päihderiippuvuus ja mielialahäiriö ennustaa huonompaa hoitovastetta, runsaampaa terveyspalveluiden käyttöä, psykiatrisen sairauden kulun ja ennusteen vaikeutumista, lisääntyntä kuolleisuutta, sosiaalisia ongelmia sekä aktiivisia itsemurha-ajatuksia kuin niillä potilailla, joilla on vain toinen näistä häiriöistä. Kaksoisdiagnoosipotilailla on myös kohonnut itsemurhariski. (Kessler 2004, 733; Aalto 2007, 1293; Blow ym. 2007, 14.)

3 IKÄÄNTYNEEN PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄN HOITO

Yli 65-vuotiaat potilaat hyötyvät psykososiaalisesta tuesta, päihdeneuvonnasta ja rajoittavista keinoista yhtä hyvin, elleivät jopa paremmin, kuin nuoremmat päih-teiden käyttäjät (Oslin 2005, 6; Rinfette 2009, 87; Salo-Chydenius 2013). Tehokkaita hoitomuotoja voivat olla esim. kognitiivis-behavioraalinen-, ryhmä- tai perheterapia sekä vertaisryhmät. Yleisimmin päihdehoitotyössä käytetyt lääkkeet ovat antabus, naloksoni, topiramaatti ja nalmefeeni. (Oslin 2005, 6; Salo-Chydenius 2013; Runsten 2014.)

Päihderiippuvuutta voidaan arvioida käyttäjän addiktiopotentiaalin kautta. Tällöin arvioidaan sitä, miten hankalaan käyttäjän on luopua päihteen käytöstä ja miten yleisiä ovat retkahdukset. Riippuvuutta voidaan mitata myös vieroitusoireiden voimakkuuden, ankaruuden ja esiintyvyyden mukaan sekä potilaan päihteen sietokyvyn perusteella. (Runsten 2014.) Silloin kun potilaan epäillään sairastavan päihdehäiriötä, kliiniset tutkimukset tuottavat tärkeää informaatiota potilaan tilanteesta. Lisäksi on hyödyllistä käyttää erilaisia arviointimittareita sekä keskustella potilaan itsensä ja mahdollisesti myös omaisten kanssa. Jotkut sairaudet, kuten verenpainetauti, dyspepsia, maksasyöpä, ruokatorvensyöpä, maksakirroosi ja dementia ovat tyypillisiä runsaasti alkoholia käyttäville. Mikäli potilaalla on jokin tyypillisesti päihdeongelmaisilla esiintyvistä sairauksista, tulisi hoitajan kiinnittää näihin huomiota jo hoidon alkuvaiheessa. (Fuller ym. 1998, 650; Isaacson & Schorling 1999, 1550.) Taulukossa 2 on esitetty alkoholin riskikäyttöön liittyviä kliinisiä löydöksiä.

Taulukko 2. Kliiniset löydökset epäiltäessä alkoholin riskikäyttöä.

Eteisvärinä
Kohonnut verenpaine
Turpeat korvasylkirauhaset
Ahdistus, levottomuus
Laboratoriokokeet
Luunmurtumat
Naarmut, palovammat
Huonosti hoidettu ihottuma
Huono suuhygienia
Hikoilu

(Käypä hoito 2011; Sarrasa-Renedo ym. 2014, 472.)

Myös laboratoriotutkimuksilla voidaan selvittää alkoholin liiallista käyttöä (Knauer 2003, 153). Laboratoriokokeiden tarkoituksena ei ole korvata keskustelua, mutta niitä voidaan käyttää apuna silloin kun ongelmakäyttö vaikuttaa todennäköiseltä, ja keskustelun avulla ei asiasta saada riittävää varmuutta. Laboratoriokokeita voidaan käyttää myös silloin kun potilasta halutaan motivoida hoitoon, seurata hoidon tulosta tai kun tarvitaan alkoholin aiheuttaman elinvarion erotusdiagnostiikkaa. Alkoholiriippuvuus voidaan todeta laboratoriokokeiden avulla. Silloin kun kyse on ainoastaan alkoholin riskikulutuksesta jää laboratoriokokeiden merkitys pieneksi ja tästä syystä haitallisen alkoholinkäytön diagnostiikan ei tule perustua pelkkiin laboratorioarvoihin. Taulukossa 3 on kuvattu laboratoriotutkimuksia haitallista alkoholinkäyttöä epäiltäessä. (Seppä 2010; Käypä hoito 2011.)

Taulukko 3. Laboratoriotutkimukset haitallista alkoholinkäyttöä epäiltäessä.

MCV	Punasolujen keskitilavuus Kohonnut 48–90 %:lla alkoholiongelmaisista
GT	Noin 70 % kohonneista GT-arvoista selittyy alkoholiongelmakulutuksella Arvon avulla voidaan seurata potilaan alkoholinkäytön vähenemistä
CDT	Reagoi herkästi alkoholin ongelmakäyttöön. Arvon avulla voidaan seurata potilaan alkoholinkäytön vähenemistä
Hengitysilman alkoholipitoisuus	Alkoholiriippuvuusdiagnoosi todennäköinen jos hengitysilman alkoholipitoisuus on ajanvarausvastaa- ntaanotolla yli 1 %, tai jos alkoholipitoisuudeksi to- detaan yli 3 %, tai jos pitoisuus on ollut yli 1.5 % ilman päihtymyksen merkkejä

(Seppä ym. 1991, 871; Arndt 2001, 13; Bortolotti ym. 2006, 107; Käypä hoito 2011.)

3.1 Päihdehoitotyötoimintamalleja

Ikääntyneiden ongelmakäytön tunnistamiseen ja hoitoon soveltuvat samat menetelmät kuin nuoremmilla, (Koponen & Leinonen 2011, 610; Käypä hoito 2011), kuitenkin menetelmien toimivuudesta erityisesti ikääntyneillä tutkimustietoa ei juuri ole (Käypä hoito 2011).

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ja terveystieteiden keskuksen mielenterveys ja päihdesuunnitelmassa (2011) havaittiin kehittämistarpeena perusterveydenhuoltoa ja sosiaalitoimen vanhuspalveluita konsultoiva moniammatillinen päihde- ja van-

huspsykiatrian työryhmä. Helsingin päihdepalveluissa ja vanhustalpalveluissa palvelukirjo on monipuolinen ja tietotaitoa on olemassa, mutta osaaminen ja käytännöt ovat hajallaan. Ikääntyneille kohdennettuja hoitopalveluja ei ole riittävästi kehitetty. Samoin ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyön yhteinen hoito-ohjelma puuttuu.

Mikkelin kaupungin kotihoitoon on opinnäytetyönä kehitetty ikäihmisten päihdehoitopolunmalli. Mallissa (Liite 9) on tietoa ikääntyneiden päihteidenkäytöstä sekä päihdetyön välineitä. (Haarala & Majuri 2011, 60.)

Kainuun maakunta-kuntayhtymän vanhustenpalveluiden kotihoidossa on käytössä kehittämistyönä luotu malli ikäihmisten päihdehoitotyöstä (Liite 10). Mallin mukaan jokaiselta kotihoitoon tulevalta asiakkaalta kysytään alkoholin käyttöön liittyvä kysymys, sekä aina kun työntekijälle syntyy huoli asiakkaan mahdollisesta liiallisesta alkoholinkäytöstä. Mallin mukaan kysymyksen esittämisestä on vastuussa ko. toimenpiteen tekijä/havainnoija tai omahoitaja, jos sellainen määrätty. Jatkotoimenpiteistä vastaa omahoitaja tai erikseen sovittu työntekijä. Mallin mukaan jatkotoimet määräytyvät asiakkaan tilanteen mukaan. (Levo & Silvennoinen 2012.)

3.2 Puheeksi ottaminen ja motivoiva työtapa

Puheeksi ottaminen tarkoittaa päihteiden käytöstä kysymistä ja siitä keskustelemista asiakkaan/potilaan kanssa. Varhaisella puheeksi ottamisella voidaan ehkäistä ongelmien kärjistymisen ja toisaalta koskaan ei ole liian myöhäistä ottaa esille päihteiden riskikäyttöä. (Heikkinen 2009; Levo ym. 2009 64; THL 2012; Kejonen 2012, 9.) Puheeksiotto kuuluu jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän tehtäviin silloin, kun hänelle on syntynyt huoli potilaan päihteiden riskikäytöstä (Heikkinen 2009; Levo ym. 2009 64; Aira & Haarni 2010, 579; THL 2012; Kejonen 2012, 9).

Ikääntyvän päihteiden käyttöön voi liittyä häpeän tunne, joka estää ikääntyvää hakemasta apua päihdeongelmaansa. Päihteidenkäytöstä puhumiseen liittyy

usein korkea kynnys. (Levo ym. 2009, 63-64; Aira & Haarni 2010, 584; Vilkkonen 2013, 16, 19.) Päihteidenkäytöstä puhuminen voi tuntua työntekijästä vaikealta tai irralliselta tilanteelta (Levo ym. 2009, 63-64; McKnight-Eily ym. 2014, 20). Useat ikääntyneet kokevat alkoholin käytöstä keskustelemisen myönteisenä myös silloin, kun asia on itselle henkilökohtainen tai häpeällinen (Levo ym. 2009, 63-64; Luonsinen 2011, 38). On helpompi puuttua näkyvään päihdeongelmaan, kuin oletettavasti olemassa olevaan ongelmaan. Päihteidenkäytöstä kysyminen ja siitä puhuminen tulisi olla yhtä helppoa, yksinkertaista ja yleistä kuin muustakin terveydentilasta keskustelu. (Levo ym. 2009, 63-64; Vilkkonen 2013, 16, 19.)

Motivoivan haastattelun katsotaan olevan toimiva hoitomuoto päihdeongelmaisten hoidossa (Koski-Jännes, 2008; Käypä hoito 2011; Salo-Chydenius 2011). Motivoiva haastattelu on kokonaisvaltainen ihmisen voimavaroja ja toimijuutta korostava ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmalli. Motivoivaa toimintatapaa käytetään usein päihdehoitotyössä, kun potilaan elämäntavoissa tarvitaan muutoksia. Motivoivan haastattelun perustana on dialoginen vuorovaikutus, jossa korostuvat vuoropuhelu ja pohdinta. (Salo-Chydenius 2011; THL 2013a.)

Motivoivassa toimintatavassa avoimet kysymykset auttavat asiakasta arvioimaan omaa toimintaansa ja asiakkaan uskoa omaan muutoskykyyn vahvistetaan (Salo-Chydenius 2011; Cooper 2012, 176; Tse ym. 2012, 1854; THL 2013a). Motivoivalla työtavalla työntekijä voi kuuntelevalla, ymmärtävällä ja empaattisella, mutta neutraalilla asenteella auttaa potilasta punnitsemaan juomisen myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia ja näin auttaa häntä harkitsemaan juomisen lopettamista. Työntekijä voi omalla toiminnallaan edesauttaa ristiriidan ratkaisemisessa, muutosmotivaation syntymisessä ja ylläpitämisessä, vaikka ensisijainen päätöksenteko asiasta jää asiakkaalle. (Lundahl ym. 2010, 140-141; Salo-Chydenius 2011; THL 2013a.)

3.3 Ikääntyneiden alkoholinkäytön arviointiin soveltuvia työvälineitä

Aloite keskusteluun on oltava ammattilaisen vastuulla, sillä vain muutama prosentti potilaista tekee aktiivisen aloitteen keskustelulle päihteidenkäytöstään (Käypä hoito 2011). Erilaiset mittarit kuten AUDIT (Liite 1), MAST-G (Liite 2), CAGE (Liite 3) sekä Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari (Liite 4) soveltuvat työnteikijän työvälineeksi ikääntyneiden alkoholin riskikäytön arvioinnissa ja puheeksiottamisessa (Bowman & Gerber 2006b, 49; Nykky ym. 2010, 18; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 13). On kuitenkin tiedostettava ettei mikään mittari ole aukoton, eikä niiden avulla aina kyetä tunnistamaan ikääntyneiden päihteiden riskikäyttöä (Bowman & Gerber 2006b, 49; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 13). Päihdeongelmaa mittaavat seulat sisältävät kysymyksiä ainoastaan alkoholinkäytöstä. Hoitajan olisi kuitenkin osattava esittää kysymyksiä myös muiden päihteiden käytöstä. (Letizia & Reinbolz 2005, 177).

Luttrellin ym. (1997, 1152, 1154) mukaan CAGE -mittari ei iäkkäämmillä potilailla toimi mittaamaan alkoholin käyttöä. Sama tutkijaryhmä kehitti yksinkertaisen UCL-kyselyn (Liite 5) iäkkäämmille potilaille. Kyselyssä on vain kaksi vaihetta. Toisaalta toisissa tutkimuksissa suositellaan CAGE -mittarin käyttöä myös ikääntyneillä (kts. esim Knauer 2003, 153; Oslin 2005, 5; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 17.)

3.4 Jatkohoito

Kunnat voivat täydentää tuottamiaan julkisia päihdetyönpalveluja kilpailutukseen perustuvilla ostopalvelusopimuksilla, neuvottelumenettelyllä tai suorahankinnalla. Kuntien on mahdollista tehdä sopimuksia kolmannen sektorin järjestämistä palveluista. Kunnat voivat olla myös mukana perustamassa yhteistoimintaorganisaatioita yhdessä muiden kuntien, sairaanhoitopiirin sekä kolmannen sektorin järjestöjen kanssa. (Suojasalmi 2009, 5-6; Kuntaliitto 2011; Mieli 2013, 31.)

Turussa toimii AA-seura useassa eri toimipisteessä. Kokouksiin voivat osallistua myös yli 65-vuotiaat (AA-tupa). Turun A-klinikalla tarjotaan päihdelääketieteellistä

hoitoa, kuntoutusta ja terapiaa päihdeongelmallisille. A-klinikkasäätiöllä on avopalveluiden lisäksi katkaisuhuoltoasema, jonka tavoitteena on päihdekierteen katkaisu, vieroitusoireiden hoitaminen sekä jatkohoidon suunnittelu. (A-Klinikkasäätiö 2013b.) Asumis- ja avopalveluita Turussa ikääntyneille päihdeongelmallisille tarjoavat Sillankorvan asumisyksikkö, Niuskalan hoitokoti, Paattisten huoltokoti, Ratamo Turku, Sirkkalan päiväkeskus, Pelastusarmeijan Turun hoitokoti ja Ykköskoti Artukainen (Päihdehuollon hoito- ja huoltokodit 2011). Kaikki päihde- ja asumispalveluita tarjoavat yksiköt eivät ole esteettömiä, joten liikkumisen rajoitteet on otettava huomioon kun ikääntyneelle päihdeongelmalliselle suunnitellaan jatkohoitoa. Ikääntyneet hyötyisivät keskusteluryhmistä oman ikäistensä kanssa, mutta vain ikääntyneille päihdeongelmallisille suunnattuja ryhmiä on hyvin rajoitusti tarjolla. (Runsten 2014.)

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN KOHDEORGANISAATIO

Vanhuspsykiatrian osastot ja avohoito ovat Turun hyvinvointitoimialan erikoissairaanhoidon yksikkö, joka vastaa psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämisestä 65 vuotta täyttäneille turkulaisille. Ikääntyneiden psykiatrinen hoito toteutetaan ensisijaisesti avohoidossa. Mikäli avohoidon palvelut eivät ole riittäviä potilaalle tarjotaan osastohoitoa. Vanhuspsykiatrian alueella toimii kaksi vuodeosastoa sekä poliklinikka. Ympäri vuorokautisia paikkoja oli kehittämissuunnitelman alkaessa 39 kolmella eri osastolla ja vuoden 2015 alusta 31 paikkaa kahdella eri osastolla. Potilaat tulevat vanhuspsykiatrian poliklinikalle ja osastoille lääkärin lähetteellä. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011; Vainio 2014.)

Turun hyvinvointitoimialan psykiatrian ohjeet päihtyneen potilaan hoidossa perustuvat STM:n suositukseen, joiden mukaan päihtymys ei saa olla este psykiatriselle hoidolle. Mikäli päihtymystila ei vaadi akuuttia somaattista hoitoa tai tarkkailua voidaan potilas hoitaa psykiatrisella osastolla. Turun hyvinvointitoimialan psykiatrian ohjeen mukaan potilaan hoidon tulisi perustua kokonaisarvioon, jota päihtymystila ei ratkaise. (STM 2006b; Heikkilä 2008, 1-2.)

4.1 Avohoito

Lähteitä vanhuspsykiatrian avohoitoon tulee terveyskeskuksista, kotihoidosta, kaupunginsairaalan osastoilta, vanhainkodeista ja hoitokodeista sekä vanhuspsykiatrian osastoilta. Avohoidon toiminta sisältää akuuttia ja kuntouttavaa hoitoa, poliklinikalla, päiväsairaalassa ja ryhmätoimintoina sekä konsultaatiotoimintaa. Ensikäynnit ja konsultaatiot tehdään lääkäri ja hoitaja työparina. Jatkohoito tapahtuu usein hoitajakäynteinä, joissa lääkäri on paikalla tarvittaessa. Osa potilaista käy pelkästään lääkärin vastaanotolla. Avohoidon potilaiden yleisimmät diagnoosit ovat masennus, ahdistuneisuus, psykoottisuus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, erilaiset sekavuustilat, sopeutumis- ja käytöshäiriöt, muistihäiriöt ja

ruumiilliset sairaudet sekä niihin liittyvät psyykkiset ongelmat. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011.)

Avohoidon päiväsairaalassa tarjotaan akuuttihoitoa vastasairastuneille, kuntouttavaa hoitoa osastohoidosta kotiutuneille sekä ennaltaehkäisevää hoitoa pidempään sairastaneille potilaille, joilla on takanaan useita sairaalahoitjaksoja. Käyntikertoja päiväsairaalassa on potilaalla yhdestä kolmeen viikossa. Päiväsairaalan toimintaan kuuluu päivittäisten toimintojen harjoittelu, omahoitajakeskustelut sekä toimintakyvyn arviointi. Vanhuspsykiatrian päiväsairaalan toiminta lakkautetaan vuoden 2015 alussa. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011; Vainio 2014.)

Vanhuspsykiatrian avohoidossa toimii erilaisia määräaikaista hoidollisia ryhmiä. Ryhmätoiminta palvelee potilaita joiden hoito on aloitettu vanhuspsykiatrian muissa yksiköissä. Ryhmien tavoitteena on psyykkisen terveyden tukeminen, psykiatrisen sairaalahoidon ennaltaehkäisy sekä sosiaalisen aktiviteetin lisääminen. Ryhmiin tulevat potilaat haastatellaan ennen ryhmän alkua. Ryhmien kesto vaihtelee kymmenestä kerrasta vuoteen. Päihdeongelmaisille naisille on kymmenen kerran suljettu ryhmä vanhuspsykiatrian avohoidossa. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011; Vainio 2014.)

4.2 Sairaalahoito

Osastohoito perustuu potilaan yksilölliseen hoitosuunnitelmaan. Hoitoon voi sisältyä esimerkiksi lääkehoitoa ja sen tarkistamista, erilaisia terapeuttisia ryhmätoimintoja, ECT-hoitoja, perhe- ja pariterapiaa, yksilökeskusteluja, sosiaalisten taitojen kartoitusta ja fyysisen kunnon vahvistamista. Osastojen toimintaan kuuluu myös päiväsairaalahoido ja jälkipoliklininista avohoido. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011.)

Osasto G1 toimii Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian vastaanottoyksikönä ja vastaa kokovuorokautisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon järjestämisestä yli 65-vuotiaille turkulaisille, jotka tarvitsevat äkillistä psykiatrista sairaalahoitoa. Potilaat tulevat osastohoitoon lääkärin läheteellä ja hoitoon pääsee jonnottamatta. Osastolla on 15 kokovuorokausipaikkaa. Yleisimpiä hoitoon tulon syytä ovat: skitsofrenia, harhaluuloisuushäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja masennukseen liittyvät oireet sekä muistisairauksiin liittyvät käytös- ja psykiatriset oireet. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011.)

Osasto G2 tarjoaa yli 65-vuotiaille turkulaisille mielialahäiriö- ja psykoosipotilaille psykiatrista erikoissairaanhoidoa. Kokovuorokausipaikkoja osastolla on 16. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011.)

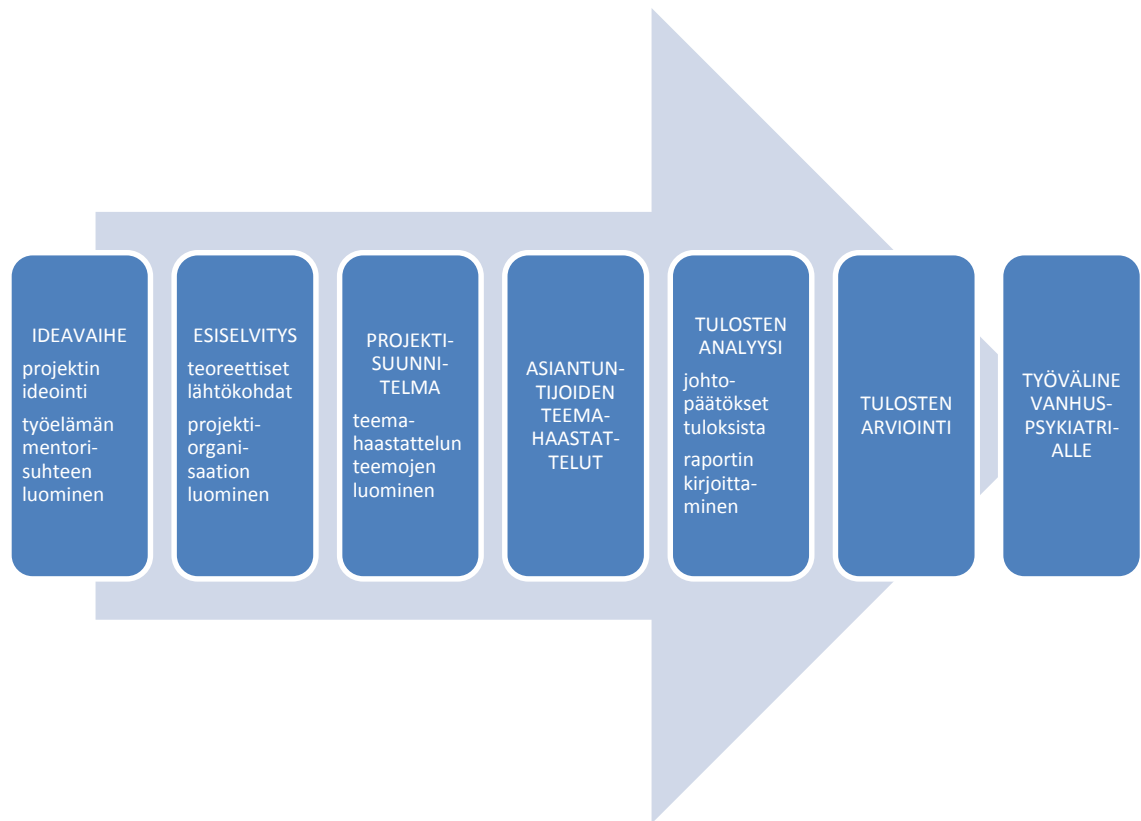
Osasto G3:lla annettu hoito on kohdennettu yli 65-vuotiaille potilaille, joille dementoivat sairaudet aiheuttavat vaikea-asteisia ja vaikeahoitoisia oireita, kuten voimakkaasti ilmenevät sekavuus, harhaisuus, levottomuus ja häiritsevät käyttöhäiriöt sekä vuorokausirytmien häiriintyminen. Paikkoja osastolla on kahdeksan. (Vanhuspsykiatrian toimintakertomus 2011.) Osasto G3 lakkautetaan vuoden 2015 alussa.

5 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin **tarkoituksena** oli lisätä tietoa ikääntyneiden päihdehoidosta sekä kehittää päihdehoitotyön osaamista Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä. **Tavoitteena** oli luoda Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrialle yhtenäinen päihdehoitotyön ohjeistus, joka toimisi apuna vanhuspsykiatrian työntekijöille niin osasto- kuin avohoidossakin.

Tämän kehittämisprojektin keskeinen lähtökohta on päihdehoitotyön tarpeen lisääntyminen myös ikääntyneiden keskuudessa. Toisena lähtökohtana voidaan pitää projektipäällikön henkilökohtaista kiinnostusta ikääntyneiden päihdehoitotyötä kohtaan. Lisäksi Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä ei ole saatavilla yhtenäistä ohjeistusta päihdehäiriötä sairastavan potilaan hoitoon. Näin ollen ohjeistuksen selkiyttämiseksi ja yhtenäistämiseksi oli olemassa selkeä tarve.

Projekti käynnistyi ideointivaiheella. Aiheen valinnan ja täsmentymisen jälkeen projekti eteni selvitysvaiheen ja suunnitelman kautta toteutus- ja raportointivaiheeseen. (Silfverberg 2005.) Kehittämisprojektin eteneminen on kuvattu kuviossa 1.

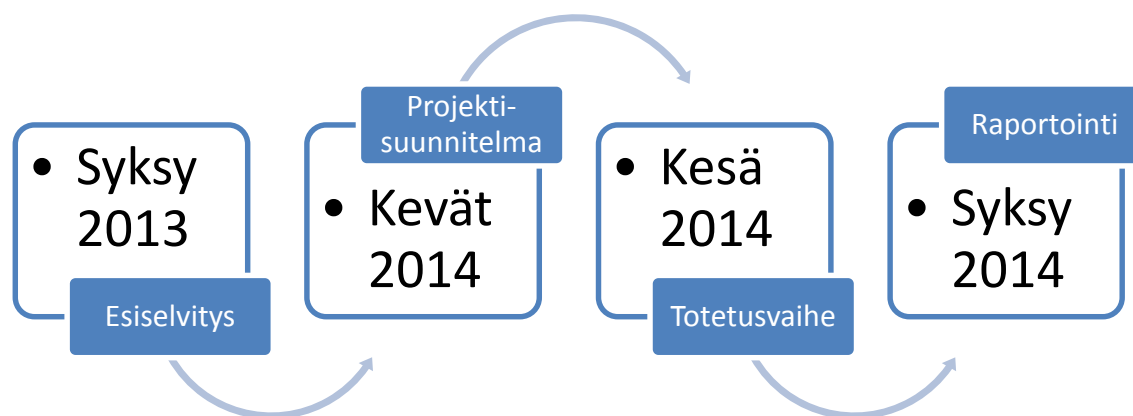


Kuvio 1. Kehittämiprojektin eteneminen.

5.1 Kehittämiprojektin aikataulu

Kehittämiprojektin ideointivaihe käynnistyi syksyllä 2013 (Kuvio 2). Idea kehittämisprojektiin sai alkunsa projektipäällikön kiinnostuksesta ikääntyneiden päihdehoitotyöhön ja tarpeesta yhtenäiseen ohjeistukseen Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköihin. Ideavaiheen jälkeen kehittämisprojekti siirtyi esiselvitysvaiheeseen, jossa projektipäällikkö teki kehittämisprojektin aiheesta kirjallisuuskatsauksen.

Kirjallisuuskatsauksen jälkeen, keväällä 2014, tehtiin projektisuunnitelma eli suunniteltiin kehittämisprojektin toteutusta ja arviointia. Projektisuunnitelman liitteenä olivat työsuunnitelma, tutkimussuunnitelma, resurssi- ja kustannusarvio sekä raportointi- ja viestintäsuunnitelma. Tutkimus toteutettiin kesän 2014 aikana. Haastattelut tehtiin touko- kesäkuussa 2014, ja aineiston analysointi tapahtui kesän 2014 aikana. Tulosten raportointi tapahtui syksyllä 2014.



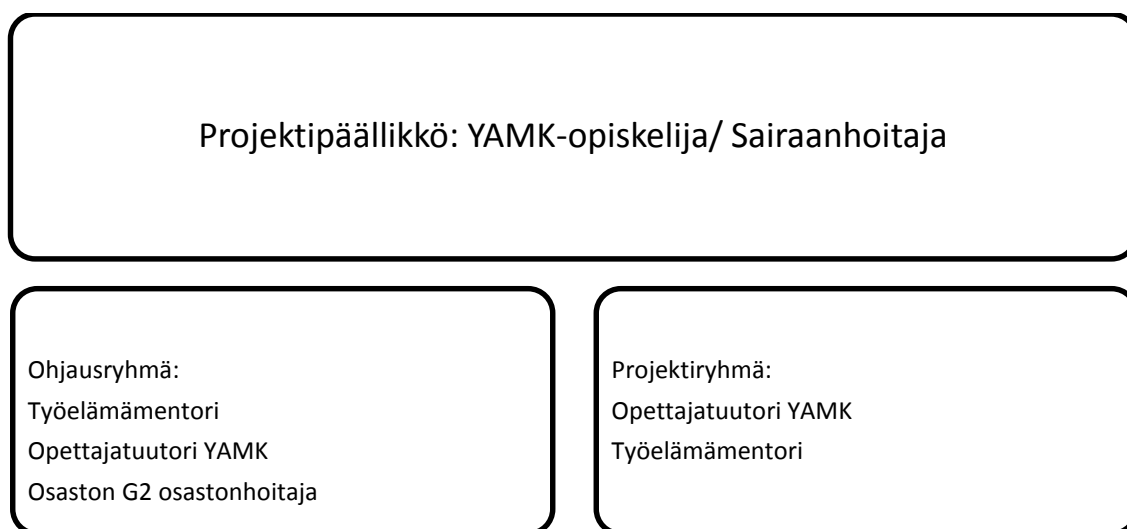
Kuvio 2. Kehittämisprojektin projektisykli.

5.2 Projektioorganisaatio

Projektilla on oltava selkeä organisaatio, jossa vastuut ja valtuudet on määritelty. Projekti on kertaluonteinen, tavoitteiltaan selkeästi määritelty ja aikataulutettu tehtäväkokonaisuus, jonka toteuttamisesta vastaa projektia varten perustettu organisaatio määriteltyjen resurssien avulla. Projektioorganisaation koko ja rakenne voivat vaihdella projektin laajuudesta riippuen. (Silfverberg 2007, 21.)

Säännölliset seurantakokoukset liittyvät projektin seurantaan ja arviointiin. Kokouksissa verrataan projektin etenemistä työsuunnitelmaan ja tehdään päätös tarvittavista muutoksista. (Silfverberg 2005,47–48.) Ohjausryhmän tehtävänä on valvoa projektin etenemistä, aikataulua, kuluja, voimavarojen käyttöä ja tehdä tarvittaessa niihin liittyviä päätöksiä. Ohjausryhmän tehtävänä on myös tukea projektipäällikköä tämän johtamistehtävissä. (Ruuska 2001, 12, 84.)

Kehitysprojektin projektiorganisaatioon kuului projektipäällikkö, ohjausryhmä ja projektiryhmä (Kuvio 3). Projektipäällikkönä toimi YAMK- opiskelija. Projektin johtamisen lisäksi projektipäällikön tehtävänä on vastata työsuunnitelmien laatimisesta, hankkeen seurannasta ja sisäisestä arvioinnista. Kehittämiskohteen eteneminen vaatii projektipäälliköltä jatkuvaa seuranta- ja arviointia. (Silfverberg 2005, 50.) Kehittämiskohteen ohjausryhmä koostui työelämän mentorista, ohjaavasta tutoropettajasta sekä Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian osaston G2 osastonhoitajasta. Ohjausryhmän tehtävänä oli valvoa projektin edistymistä, arvioida projektin tuloksia ja tukea projektipäällikköä projektin suunnittelussa ja strategisessa johtamisessa. Lupa kehitysprojektin toteuttamiseen haettiin Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian ylihoitajalta.



Kuvio 3. Projektiorganisaatio.

6 SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

6.1 Soveltavan tutkimusosion tavoite ja tutkimusongelmat

Tutkimusosion tarkoituksena oli haastatella mielenterveys- ja päihdehoitotyön ammattilaisia heidän kokemuksistaan ikääntyneiden päihteiden käyttäjien hoitoon liittyen. Tavoitteena oli kerätä tietoa mielenterveys- ja päihdetyön ammattilaisilta projektin lopputuotoksena toteutettavaan päihdehoitotyön ohjeistusta varten.

Tutkimusongelmat

Miten yli 65-vuotiaiden päihteiden käyttö tunnistetaan Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä?

Miten yli 65-vuotiaiden päihdeongelmaan tulisi puuttua Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä?

Miten yli 65-vuotiaiden hoitoa tulisi kehittää Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä?

Kehittämiprojektin lähtökohtana oli tietoisuus päihdehoidon tarpeen lisääntymisestä tulevaisuudessa. Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä ei myöskään ole olemassa yhtenäisiä ohjeita päihdehäiriötä sairastavan potilaan hoitoon, joten ohjeiden selkiyttämiseksi ja yhtenäistämiseksi oli tarve.

6.2 Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen lähestymistapa riippuu siitä minkä tyyppiseen ongelmaan haetaan vastausta. Lisäksi tutkijan omat kiinnostuksen kohteet ja saatavissa oleva aineisto vaikuttavat lähestymistapaan. Tutkimusmenetelmän valintaa ohjaa millaista tietoa etsitään sekä keneltä ja mistä sitä etsitään. Tutkimusmenetelmä

koostuu niistä tavoista ja käytännöistä, joilla havaintoja kerätään. (Hirsjärvi ym. 2007, 120, 170; Vilkkä 2009, 49-50)

Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osio toteutettiin teemahaastattelulla, osa haastateltavista haastateltiin kasvotusten, osa sähköpostitse. Aineiston keruussa oltiin kiinnostuneita asiantuntijoiden näkemyksistä ikääntyneiden päihdehoitotyötä kohtaan. Haastattelun teemat luotiin teorian pohjalta yhdessä päihdehoitotyön asiantuntijoiden kanssa.

Haastattelun teemoiksi muodostui päihdeongelman tunnistaminen, siihen puuttuminen sekä päihdeongelmaisen jatkohoito. Päihteidenkäytön tunnistamiseen liittyvillä haastattelukysymyksillä haluttiin selvittää mm. millä tavoin ikääntyneen potilaan päihteidenkäyttö olisi hyvä selvittää tulotilanteessa. Päihdeongelmaan puuttumisen osalta pyrittiin selvittämään mitä haasteita ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoidossa on ja miten parantaa hoitajien päihdehoitotyön osaamista. Kysymyksillä jatkohoitopaikoista selvitettiin mitä hoitomahdollisuuksia ikääntyneellä päihdeongelmaisella on Turussa. Teemahaastattelun runko liitteenä 8.

6.3 Haastattelumenetelmä

Teemahaastattelu ei etene tarkkojen valmiiksi muotoiltujen kysymysten kautta vaan kohdentuu väljemmin ennalta suunniteltuihin teemoihin. Teemahaastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa teemojen käsittelyjärjestys on vapaa, eikä kaikkien haastateltavien kanssa välttämättä puhuta kaikista asioista samassa laajuudessa. Teemahaastattelu edellyttää huolellista perehtymistä aiheeseen. Näin haastattelu voidaan kohdentaa juuri tiettyihin teemoihin. Teemahaastattelussa tutkittaviksi tulee valita sellaisia ihmisiä, joilta arvellaan parhaiten saatavan aineistoa kiinnostuksen kohteena olevista asioista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47-48; Olli 2012.) Haastattelussa käsiteltävät teemat valittiin tutkimusongelman ja aihepiiriin teoreettisen taustan pohjalta yhdessä päihdehoitotyön asiantuntijoiden kanssa. Teemahaastattelussa on hyvä edetä laajemmista kysymyksistä yksityis-

kohtaisempiin ja pyrkiä välttämään johdattelevia kysymyksiä. Teemahaastattelussa tutkija esittää pääasiassa avoimia kysymyksiä, joihin ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja. (Opinnäytetyöpakki 2014.)

Osa kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osiosta toteutettiin sähköpostihaastattelulla. Sähköpostihaastattelua voidaan hyödyntää laadullisen tutkimuksen teossa. Se sopii rajatulle ryhmälle ja rajatussa kysymyksenasettelussa. Sähköpostihaastattelussa kysymysten tulee olla lyhyitä ja avoimia. Etuna sähköpostihaastattelussa on, että sen voi lähettää suurelle joukolle ja tutkimuksen tekijä saa aineiston kirjallisessa muodossa. Sähköpostihaastattelu edellyttää huolellista tutkimuksen suunnittelua. Sähköpostihaastattelussa huonona puolena on, ettei siinä muodostu henkilökohtaista kontaktia tutkimuksen tekijän ja osallistujan välille. (Kuoppala 1998, 45; Kylmä & Juvakka 2007, 104.) Sähköpostihaastattelun kysymykset luotiin päihdehoitotyön asiantuntijoiden kanssa ja haastattelut testattiin kahdella Turun Hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköiden työntekijällä. Sähköpostihaastattelu valikoitui toiseksi menetelmäksi, koska opinnäytetyöhön haluttiin mahdollisimman monipuolista tietoa päihdehoitotyön asiantuntijoilta.

6.4 Kohderyhmä ja aineistonkeruu

Aineisto kerättiin joukolta päihdehoitotyön asiantuntijoita. Heidät valittiin tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksensa perusteella. Valinnan teki projektipäällikkö yhdessä projektiryhmän kanssa. Haastateltaviksi valikoitui yksi hoitaja jokaiselta Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian osastoilta ja avohoidon yksiköstä, yksi psykiatrian erikoislääkäri, yksi psykoterapeutti sekä kaksi sairaanhoitajaa Varsinais-Suomen A-klinikoilta.

Haastatteluilla pyrittiin saamaan tietoa tutkimusongelmiin ja tuomaan esille työkokemuksen tuomaa näkemystä ikääntyneiden päihdehoitotyöstä ja sen erityispiirteistä. Yksilöteemahaastatteluissa käytettiin apuna teemahaastattelurunkoa (Liite 8). Teemahaastattelurunkoa sovellettiin haastattelutilanteessa riippuen siitä minkä ammattiryhmän ja työyksikön edustaja haastateltava oli. Yksilöteemahaas-

tattelut toteutettiin haastateltavien työpaikoilla. Projektipäällikkö sopi asiantuntijoiden haastattelut puhelimitse tai sähköpostitse. Osalle asiantuntijoista lähetettiin kirjallinen suostumus kaavake (Liite 6) etukäteen sähköpostitse. Haastattelut kestivät kymmenestä minuutista tuntiin. Aineiston keräämisen apuna käytettiin nauhuria ja projektipäällikkö teki muistiinpanoja haastatteluiden aikana. Kaikki yksilöteemahaastattelut nauhoitettiin onnistuneesti, ja vastaukset litteroitiin pian haastattelujen jälkeen. Projektipäällikkö litteroi haastattelut koska kun tutkimuksen tekijä litteroi aineistonsa, hän samalla perehtyy aineistoon ja saa kokonaiskuvan haastattelusta (Kylmä & Juvakka 2007, 11). Sähköpostihaastattelulomake lähetettiin kolmelle päihdehoitotyön asiantuntijalle joista yksi vastasi.

6.5 Aineiston analysointi

Haastattelut ja niiden litterointi tapahtui touko-kesäkuun 2014 aikana. Aineisto analysoitiin kesällä 2014, mahdollisimman pian teemahaastattelujen jälkeen. Analyysivaiheen luotettavuutta on lisätty kuvaamalla analyysin kulkua mahdollisimman johdonmukaisesti. Esimerkkejä aineiston analyysistä on kuvattu liitteenä 7 olevassa taulukossa.

Haastatteluissa saatua aineisto analysoitiin sisällönanalyysia soveltaen. Yksilöteemahaastatteluista saadut aineistot litteroitiin ja kaikki haastatteluista saatu materiaali ryhmiteltiin teemoittain. (Kylmä & Juvakka 2007, 116; Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-109.) Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jonka avulla kuvataan tekstiä siten, että tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin (Kylmä & Juvakka 2007, 112). Ennen kuin aloitetaan sisällönanalyysiä tulee määritellä analyysiyksikkö, joka voi olla lause, sana tai ajatuskokonaisuus (Kylmä & Juvakka 2007, 117; Tuomi & Sarajärvi 2009, 110).

Haastattelujen analysoinnissa käytettiin pelkistämistä ja ryhmittelyä luokiksi. Sisällönanalyysin tarkoituksena ei ole analysoida kaikkea tietoa vaan etsiä vastausta siihen mitä halutaan tietää, joten aineiston analyysia ohjasivat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat. (Kylmä & Juvakka 2007, 113, 116-117; Tuomi &

Sarajärvi 2009, 92.) Haastatteluista etsittiin vastauksia tutkimusongelmiin erottamalla ne muusta tekstistä alleviivaamalla. Tekstistä merkittiin kaikki ilmaukset, jotka vastasivat tutkimusongelmiin. Tämän jälkeen kaikkien haastattelujen aineistoista löydetyt vastaukset koottiin teemoittain. Aineiston luokittelun pohjana toimivat teemahaastattelun teemat (Hirsjärvi & Hurme 2000, 149). Analyysin edessä teemat pilkottiin pienempiin osiin helpottamaan aineiston analyysia. Eri haastattelujen samankaltaiset asiasisällöt liitettiin yhteen teema-alueittain ja lausumista muodostettiin pelkistettyjä ilmaisuja (liite 7). Aineistoa analysoitaessa huomioitiin se, että lopullinen tuotos olisi oltava sovellettavissa sekä avo- että osastohoidossa.

7 HAASTATTELUJEN TULOKSET

Haastatteluiden teemat muodostettiin teorian pohjalta yhdessä päihdehoitotyön asiantuntijoiden kanssa. Haastattelun osa-alueiksi muodostuivat tunnistaminen, puuttuminen ja jatkohoito. Haastatteluilla haluttiin selvittää ikääntyneiden päihdehoitotyön nykytilaa ja miten ikääntyneiden päihdehoitotyötä tulisi kehittää. Haastattelujen tulokset olivat suurilta osin samansuuntaisia, mutta haastateltavien erilaisen taustan vuoksi tietoa saatiin useista eri näkökulmista.

7.1 Tunnistaminen

Jokaisen asiantuntijan kokemuksen mukaan ikääntyneiden päihteidenkäyttö on viime vuosina lisääntynyt. Päihdehoitotyön osaaminen ei kuitenkaan ole kasvanut samaa tahtia. Ongelmana koettiin se ettei päihdeongelmia tunnisteta.

”Se on ihan eri ootsä syntyny 30- vai 50-luvulla. Sä suhtaudut siihen viinaan ihan eri tavalla..”

”On lisääntynyt, ihan selvästi on..”

”..käy terkkaris, ja vaikka missä, täällä meilläkin, eikä kukaan kysy et mites toi alkoholi? Eihän sitä sitten tunnisteta.”

7.1.1 Tulotilanne

Asiantuntijoiden mukaan päihteidenkäyttöä olisi kysyttävä kaikilta asiakkaalta suoraan. Ilmeni kuitenkin että puheeksiottaminen koetaan vaikeana, ja ikääntyneiden päihteidenkäyttö on hoitohenkilökunnan keskuudessa tabu. Alkoholikäytöstä kysyminen ja puhuminen pitäisi olla yhtä luontevaa kuin muistakin terveyteen viittaavista asioista keskusteleminen. Koettiin, etteivät kaikki työntekijät ota päihteidenkäyttöä puheeksi lainkaan ja moni päihdeongelma paljastuu liian myöhään.

”..samalla kun kysyy elintavoista, et liikkuiks, syöks, tupakoitko, miten käyttää alkoholia...”

”..täytyis kysyy että ihan sama kysytäänkö et poltaksää tupakkaa vai käytäksää alkoholia tai käytäksää muita aineita, ihan niinku semmonen luonnollinen kysymys..”

”..siitä puhutaan, siihen puututaan, mut ei se vieläkkään sellasta luonnollista oo..”

Haastateltavat korostivat, että tapaan millä päihteidenkäytöstä puhutaan, tulisi kiinnittää huomiota. Potilasta tulisi kunnioittaa, eikä päihteidenkäytöstä tuomita.

”..potilaan pitää tulla kunnioitetuks siinä, se ei niinku saa olla moite..”

”..mut se tapa ja äänen sävyyn kiinnitän huomiota, en niinku kuulustele vaan keskustelen asiasta..”

Mittareita käytettiin asiantuntijoiden mukaan vähän tunnistamisvaiheessa. Audit-kyselyä ja yli 65-vuotiaiden alkoholimittaria käytettiin, mutta ei tulotilanteessa. Mittarit koettiin hyvänä välineenä avaamaan keskustelua, ei niinkään mittamaan määriä.

”..aika vähän tehdään..”

”..mä oon käyttäny sitä yli 65-vuotiaiden mittarii, kun on se otetaan selvää juttu..”

”..en oo kuullu et muut käyttäis...sen pohjalta saadaan hyvää keskusteluu aikaseks...ja saadaan vähän pohtimaan..”

Koettiin, että potilaat eivät kerro rehellisesti päihteidenkäytöstään ja aloitteen tekeminen päihteidenkäytöstä puhumiseen jää ammattilaiselle. Lääkkeiden väärinkäytön koettiin lisääntyneen ja potilaiden lääkityksen olevan sekavaa.

”..kyllä aika usein joudun kysyyn.”

”..sanotaan vaan kaks lasia, mut mä tiedän, sen mä oon oppinu, et se lasi ei oo koskaan vaan sitä neljää senttiä..”

”Vanhuksist aika monel on kaoottinen se lääkitys, et menee hirveen paljon lääkkeitä ja se on semmosta sekavaa, et koska mitäkin menee, ja mitkä niiden annostukset on. Et aika monesti tulee sellanen millä on aika helkkaristi niitä lääkkeitä..”

7.1.2 Sairauskertomukset

Viitteitä päihteidenkäytöstä etsittiin sairauskertomuksesta. Laboratoriokokeita ei pidetty luotettavana keinona seuloa haitallista päihteidenkäyttöä. Esim. maksa-arvot saattavat olla normaalit vaikka potilas käyttäisi runsaasti alkoholia. Käynnit ensiavussa, reseptien tiheät uusinnat, murtumat ja vastaanottoaikojen käyttämättä jättäminen, olivat seikkoja jotka asiantuntijoiden mukaan kertovat haitallisesta päihteidenkäytöstä. Runsaaseen alkoholinkäyttöön liittyviä sairauksia ei juurikaan huomioitu tulotilanteessa. Päihteidenkäytön tunnistamisessa luotettiin eniten omaan intuitioon ja kokemukseen.

”Tavallaan ne on luotettavia, tietty ne viittaa siihen suuntaan ja näin..”

”..en silleen osaa labra-arvoi käyttää, luotan enemmän mun kliiniseen silmään...mut hyvin paljon sellasiakin et sitä erehtyy.”

”..poisjäänteit ja tk-käynteit, ja miten sen nyt sanois, semmonen tiettytyyppinen epävakaus näkyy semmois sosiaalis suhteis..”

”..kaatumiset ja rannemurtumia, pää mustana..sitten tällainen yleinen niinku tason lasku..”

”..laske reseptit, laske käyttö. Jos lähtee tulee reseptien uusinnat..”

7.2 Puuttuminen

Vaikeutena ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien hoidossa koettiin hoitajien asenteet, hoidon pirstaleisuus ja tietämättömyys yhteistyötahoista. Haastateltavien mukaan ikääntyneet ovat käyneet läpi jo monenlaisia eri hoitomuotoja. Toisaalta haastavana nähtiin naispotilaat, jotka ovat alkaneet juoda runsaasti eläkkeelle jäätyään, heidän hoitonsa ja erityisesti päihteidenkäytöstä aiheutuvien ongelmien kieltäminen.

”..alkoholiriippuvaiset putoais jostain taivaasta, et ne olis jotain muita, mut ei ne oo muita, ne on meitä. Että ne tulee niinku mejän keskuudesta ne alkoholiriippuvaiset..”

”Asenne, se semmonen alkoholistin leima estää saamasta hoitoa..”

”..joku arvovaltasen näköne rouva, ei sitä oteta aina niinku tosisaan..”

”Sit on AA:ta, sen kerhot, sirkkalan päiväkeskus, sit käy kuivumas. Missä hoidetaan ne jotka on hyvässä vaiheessa muutoksen kanssa?”

”..korkeesti koulutetut naiset jotka on ruvennu rajusti ryyppäämään eläkkeelle jäätyään..nopeesti tullu pysyvii haittoja, niiku kävely menny. Vaiks se on realiteetti monet ei halua uskoa sitä.”

”..mä koen oloni kovin toivottomaks vaikuttaa mihinkään, ku siel on niin valtavat hoitoarsenaalit jo taustalla..”

Hoitajien osaamisessa puuttua päihteidenkäyttöön koettiin ongelmia. Haastateltavien mukaan hoitajilla ei ole tarpeeksi tietoa tai taitoa hoitaa ikääntynyttä päihdeongelmaista. Asiantuntijoiden mukaan vanhuspsykiatrialla työskentelevät hoitajat eivät koe itseään päihdehoitotyön ammattilaisiksi.

”..tää jää varjoon mun mielestä, ne tulee hoitoon ja siellä kotona on kuitenkin oltu ja juotu, paljon tai vähän..”

”..tääl hoitajat ei miellä itseään niinkään päihdetyöntekijöiks..”

”..oli se lääkehoidon osaamisen psykiatrian osuus, täällähän oli kaikki ihan sekasin ku se oli niin päihde- ja huumekeskeinen...kertoo sen et osaaminen ei oo tääl ihan hanskas..”

Ikääntyneiden päihdehoitotyötä koskevien yhtenäisiä linjojen ja käytänteiden to-dettiin puuttuvan. Toivottiin että päihdeongelmallisille nimettäisiin oma hoitaja, joka vastaisi hoidosta, jotta hoitolinjat olisivat yhteneväiset potilaan liikkua eri yksiköiden välillä.

”..ettei olis niin kauheen monimutkaista..”

”..ku olis niinku yhtenäist osaamist ja yhtenäinen linja, ja selkeet oh-jeistukset..”

”..vaik ihminen liikkuis, niin se vastuuhoidtaja olis jossain.”

Haasteena nähtiin myös se, ettei aina tunnisteta onko kyseessä psykiatrinen sai-raus, vai ovatko oireet seurausta liiallisesta lääkkeiden käytöstä. Koettiin että vanhuksilla on usein niin runsas lääkitys, että jo lääkityksen vähentämisellä voi-daan vaikuttaa toimintakykyyn positiivisesti.

”Tunnistaa sen ettei kyse oookkaan pelkästä masennuksesta, vaan siitä että syö liikaa bentsoja..”

”..pitäis ottaa huomioon, et kuinka paljon lääkkeiden vähennys pa-rantaa sitä psyykkistä tilannetta..”

7.2.1 Koulutus

Koulutusta ikääntyneiden päihteidenkäytöstä toivottiin lisää. Osa haastateltavista koki että koulutusta olisi saatavilla, jos siihen olisi kiinnostusta. Koulutuksen toivottiin olevan käytännönläheistä.

”..ei teoriakoulutusta, kun sitä hoitotyönkoulutust.”

”..yksilötasolla enemminkin. Uskoisin et tähänkin olis aika helposti järjestettäväs koulutusta..”

”..kyllä sitä koulutusta tarvis..”

”..vaikea alkaa ihmisten asennetta muuttamaan..ehdottomasti koulutus..”

7.2.2 Menetelmät

Motivoiva haastattelu koettiin hyvänä menetelmänä. Haastateltavat kokivat, ettei motivoivaa työtapaa käytetä riittävästi, ja ettei henkilökunnalla ole siitä tarpeeksi osaamista. Koulutusta motivoivasta työskentelytavasta toivottiin lisää. Muita mainittuja tapoja hoitaa ikääntynyttä päihdeongelmaista olivat supportiivinen, ratkaisukeskeinen ja kognitiivinen terapia sekä erilaiset toiminnalliset menetelmät.

”..onhan se (motivoiva työtapa) hyvä, mut sitä käyttää mun lisäksi joku kaks..”

”Perus motivoiva ja sit sellanen kognitiivinen juttu..”

”..en puutu ongelmiin, vaan puutun ratkasuihin.”

”..voihan sitä hoitaa ja hoitaa täällä, ja sit jos huomaa ettei auta niin on keksittävä muuta. Jollain toimii sellanen toiminnallinen juttu vaiks oliskin vanha..”

Toivottiin omaisten kanssa tehtävän yhteistyön lisääntyvän ja omaisten merkityksen päihdeongelmaisen hoidossa korostuvan. Hoitohenkilökunnalta toivottiin kärsivällisyyttä ja retkahdusten sietoa. Toivottiin lisää tietoisuutta siitä, ettei päihdeongelmaisten kanssa aseteta tavoitteita liian korkealle vaan esimerkiksi pyritään täyden päihdeettömyyden sijaan kohtuukäyttöön. Selvyyttä toivottiin myös siihen, miten Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrialla hoidetaan ikääntyneiden retkahdukset.

”Kuinka hankalaa muuttaa yhden ihmisen käyttäytymismallia jos ympäristö missä se elää ei muutu?”

”..retkahdus on osa sitä päihdehoitoa..”

”..kuinka hidasta se on, et välil niinku mennään takasin.”

Haastatteluissa ilmeni, että päihdeongelmat psykiatrisessa hoitotyössä tulisi huomioida paremmin. Haastateltavat kokivat, että päihdeongelma usein sivuutetaan ja hoidetaan ainoastaan psykiatrisia sairauksia. Haastateltavien mukaan päihdeongelmaa vähätellään ja potilas voi jäädä ilman riittävän hyvää hoitoa päihdeongelman takia.

”Se on meil tosiasiakas vaik sil oiski päihdeongelma. Siin on just se kaksoisdiagnoosiin juju.”

”..alkoholistin leima estää saamasta hoitoa..”

”..on niit diagnoosei jo monta, niin kyl se päihdeongelma voi jäädä varjoon..”

Tärkeänä pidettiin sitä, että löydettäisiin se miten asioita tulisi muuttaa, ettei retkahduksia enää tulisi. Vaikka ikääntyneiden päihdehoidossa on enemmän haasteita kuin työikäisten, koettiin että samat menetelmät toimivat sekä ikääntyneiden että työikäisten hoidossa.

”..mikä pitäis olla toisin ettei sitä retkahdusta tuliskaan?”

”Se asia (päihteidenkäyttö) on ihan yhtä tuore nuoremmilla kuin vanhemmilla..”

Lääkkeiden väärinkäyttäjien hoidossa korostui apteekkisopimusten merkitys. E-reseptien yleistyminen nähtiin positiivisena, ja koettiin että apteekkisopimuksia tehdään liian vähän.

”..apteekkisopimus ois hyvä, mut eihän siihen kaikki suostu..”

”..nyt kun nää e-reseptit, menehän se oikeeseen suuntaan..mut näil meidän ikääntyneil, ku ei ne aina ymmärrä mitä se sähkönen resepti tarkoittaa..”

7.3 Jatkohoito

Ongelmana hoidossa koettiin haasteet yhteistyössä, joten haastatteluissa yritettiin selvittää ikääntyneen päihteidenkäyttäjän jatkohoitomahdollisuudet Turussa. Eri organisaatioiden välisen yhteistyön toivottiin lisääntyvän mutta toisaalta pelättiin että yhteistyö kaatuu salassapitovelvollisuuteen. Ikääntyneet koettiin väliinputoajiksi päihdehoidon suhteen. Todettiin ettei hoitajilla ole riittävästi tietoa päihdepalveluista.

”..sä oot täyttäny 65, nii ei sul ole mitään merkitystä..”

”..no mäkin kysyn sitä, mikä ois se taho joka hoitaa?.. tällasia samantaisia kun aikuisillekin on..”

”..taitaa aika pahasti olla pudonnu kelkasta..”

”..oishan se hyvä, mut kaatuukse sit johonkin salassapitoon?..”

Tuettua asumista tarvitsevat ikääntyneet ohjautuvat samoihin paikkoihin kuin muutkin ikääntyneet. Koettiin että jatkohoitopaikan saaminen asumis- ja päihdepalveluiden kautta on hidasta ja vaikeaa.

”Samaan ne päätyy ku muutkin, se vaan on niin, ku ei oo mitään muuta.”

”Menee päihdepalveluiden kautta. Mut ne paikathan on tosi kortilla..”

Toivottiin että tämän kehittämistyön myötä saataisiin selvyyttä yhteistyötahoista jotka hoitavat ikääntyneitä päihdeongelmaisia.

”..ku nyt potilaat ei kiinnity mihinkään. Yhteistyö ois hyvä ratkasu..”

”..ja et meil olis tietoo ketkä hoitaa päihdeongelmaisii..”

Koska ikääntyneen päihdeongelmaisen jatkohoitoon liittyy tiiviisti kotihoito, sen kanssa toivottiin enemmän yhteistyötä. Koettiin, ettei kotihoidossa ole tarpeeksi osaamista hoitaa päihdeongelmaisia ja tämä tuo haasteita vanhuspsykiatrian yksiköihin.

”..ei siihen kotona tarpeeks puututa. Kotihoidon puolesta, heillä ei oo sitä tietoo eikä taitoo..”

”..kotihoodolla pitäis olla enemmän kapasiteettia ja resursseja..tän päihteettömän elämän tukemiseen..”

Koettiin, että päihteidenkäyttäjien hoidossa sekä henkilökunta, että potilaat odottavat muutoksia liian nopeasti, eikä jatkohoidon järjestämiseen panosteta tarpeeksi.

”..melkei voi laskee, et niin mont vuotta ku on ollu käyttöä, ni niin mont kuukaut sit vierotusta..”

”..kuvitellaa et noin vaan vois luopuu lääkkeistä, ei se niin mee.”

7.4 Johtopäätökset ja pohdinta

Vanhustyössä on tarve lisätä päihdeosaamista ja kaksoisdiagnoosiasiakkaiden hoidossa ongelmana on juuri osaamisen ja koulutuksen puute (Levo ym. 2009, 4; Eerola 2014, 42). Tämän soveltavan tutkimuksen mukaan tarve lisätä päihde-työn osaamista on suuri myös Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä. Haastateltujen asiantuntijoiden mukaan ikääntyneiden päihteidenkäyttö on yhä jossain määrin tabu, ja päihdeongelmaisten hoitamiseen ei ole riittävästi osaamista kohdeympäristössä. Päihdeongelmaisia hoidetaan Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä (Hellman 2011, 14) joten tarvetta päihdehoitotyön kehittämislle on. Haastateltavien mukaan ikääntyneiden päihteidenkäyttö on viime vuosina lisääntynyt, mutta päihdehoitotyön osaaminen ei ole kasvanut samaa tahtia. Soveltavassa tutkimuksessa tuli ilmi ettei kaksoisdiagnoosipotilaan päihdehäiriötä huomioida riittävästi osastohoidossa. Samanlainen tulos on tullut ilmi myös Eerolan (2014, 42) opinnäytetyössä.

Soveltavan tutkimuksen tulokset osoittavat että hoitajien asenteissa on parantamisen varaa. Levon ym. (2009, 13) mukaan päihdehoitotyön menetelmiä tärkeämpi tekijä ovat asenteet. Tällä kehittämissprojektilla on pyritty tuomaan vanhuspsykiatristen potilaiden päihteidenkäyttöä henkilökunnan tietoisuuteen, sekä luomaan ohjeistus parantamaan ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien hoidon laatua.

Ikääntyneiden päihdehoitotyössä tehokkaiksi osoittautuvat samat menetelmät kuin työikäisillä (Oslin 2005, 6; Salo-chydenius 2013). Haastateltavien mukaan ikääntyneiden päihdehoitotyö on haastavaa, mutta eroa hoitomenetelmissä nuorempiin verrattuna ei nähty.

Tuloksista ilmeni, että potilaskertomuksista etsittiin tietoa päihteidenkäytöstä. Lääkkeiden ja alkoholin riskikäyttö on usein henkilökunnan tiedossa potilaan tul-

lessa hoitoon. Laboratoriokokeista etsittiin viitteitä päihteidenkäytöstä, mutta eniten luotettiin omaan intuition. Tutkimusten mukaan tietyt sairaudet ja laboratoriokokeet antavat viitteitä päihteiden ongelmakäytöstä (Isaacson & Fuller ym. 1998, 650; Schorling 1999, 1550; Knauer 2003, 153).

Aloite keskusteluun on oltava ammattilaisen vastuulla, sillä vain muutama prosentti potilaista tekee aktiivisen aloitteen keskustella päihteidenkäytöstään (Käypä hoito 2011). Haastateltavien mukaan päihteidenkäytöstä tulisi kysyä samalla kun kysytään muistakin elintavoista. Soveltavan tutkimuksen tulosten mukaan päihteidenkäytöstä kysytään potilailta liian vähän, ja päihteidenkäytön puheeksiottoa määrittelee liiaksi potilaan ulkonäkö. Levon ym. (2009, 63-64) mukaan päihteidenkäytöstä puhuminen tulisi olla yhtä helppoa, yksinkertaista ja yleistä kuin muuhun terveydentilaan liittyvä keskustelu.

Päihteidenkäytön mittaamiseen soveltuvia mittareita käytettiin vähän. Muita kuin AUDIT ja Ikääntyneiden alkoholimittari ei nimetty haastatteluissa. Koettiin että mittarit eivät ole luotettavia, mutta niitä voidaan käyttää herättämään keskustelua. Mittareiden koettiin soveltuvan työvälineeksi enemmänkin perusterveydenhuoltoon kuin psykiatriseen erikoissairaanhoidon. Koska Turun hyvinvointitoimialan psykiatrian yksiköissä ollaan ottamassa käyttöön RAI-järjestelmää jonka kysymyslomakkeissa on kysymyksiä päihteidenkäytöstä, ei erilaisia mittareita nähty tärkeänä päihdehoitotyön ohjeistusta suunniteltaessa. Erilaiset mittarit kuten CAGE, AUDIT sekä MAST-G soveltuvat työvälineeksi ikääntyneiden alkoholin riskikäytön arvioinnissa ja puheeksiottamisessa. Mittareiden käyttöä arvioivissa tutkimuksissa mainitaan, ettei mikään mittari ole aukoton, eikä niiden avulla kyetä aukottomasti tunnistamaan ikääntyneiden päihteiden riskikäyttöä. (Bowman & Gerber 2006b, 49; Öfverström-Anttila & Alho 2011, 13.) läkkään potilaan alkoholin ongelmakäytön tunnistamisen on haasteellista, ja potilas tuo päihdeongelmansa itse harvoin esille (Rintala 2010, 122).

Motivoivan haastattelun katsotaan olevan toimiva hoitomuoto päihdeongelmaisten hoidossa (Koski-Jännes 2008; Käypä hoito 2011; Salo-Chydenius 2011). Asiantuntijat kokivat motivoivan työtavan hyvänä menetelmänä. Tuli kuitenkin ilmi,

ettei motivoivaa haastattelua käytetä tarpeeksi, ja ettei henkilökunnalla ole siitä tarpeeksi osaamista.

Päihdeongelman tunnistamista ikääntyneillä vaikeuttavat mm. perussairaudet, raskas lääkitys tai muistiongelmat (Aalto & Holopainen 2008, 1493; Rintala 2010, 120). Runsaan alkoholin käytön tai päihderiippuvuuden seurauksena tulevat terveydelliset haitat saattavat jäädä ikääntymisen merkkien varjoon (Bowman & Gerber 2006a, 45). Haastateltavien mukaan laboratoriokokeista harvoin paljastuu potilaan alkoholinkäyttö. Päihteiden käyttö voi olla runsastakin ennen kuin se näkyy laboratoriokokeissa. Koettiin etteivät potilaat itse hyväksy oireiden johtuvan haitallisesta päihteidenkäytöstä vaan pitävät oireita ikääntymiseen kuuluvina.

lääkäiden lääkeriippuvuus kehittyä usein huomaamatta. Toleranssi ja fyysinen riippuvuus voivat kehittyä kun reseptilääkkeitä käytetään pitkään yhtäjaksoisesti, vaikka annos ei olisikaan suuri. (Gossop 2008.) Asiantuntijat korostivat, että ikääntynyttä psykiatrista potilasta hoidettaessa on otettava huomioon lääkkeiden vaikutukset. Potilas joka kokee itsensä ahdistuneeksi voikin kärsiä vieroitusoireista lääkkeidenoton välissä. Liiallinen bentsodiatsepiinien annos voi aiheuttaa aloitekyvyttömyyttä jonka potilas tulkitsee masennukseksi. Tulotilanteessa potilaalta on selvitettävä miten hän lääkkeensä ottaa, ei pelkästään mitä lääkkeitä on käytössä. Soveltavan tutkimuksen mukaan ikääntyneet harvoin käyttävät lääkkeitä päihtymistarkoituksessa, mutta toisaalta reseptin mukainen käyttökin voi olla ikääntyneelle haitallista.

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Kaikessa tutkimuksessa tulee noudattaa eettisiä periaatteita. Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää että tutkimus suunnitellaan, toteutetaan ja siitä raportoidaan tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Opinnäytetyötä kirjoittaessa tulee noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta työn tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. (TENK 2012, 6-7.) Hyvän tieteellisen toimintatavan mukaisesti toimittaessa on avoimuus lähteiden käytössä sekä eettisesti hyväksyttävät tiedonhankintamenetelmät otettava huomioon (Hirsjärvi ym. 2007, 23-26).

Aineiston keruulle haettiin kirjallinen lupa kohdeorganisaatiolta eli Turun Hyvinvointitoimialalta. Tutkimuksesta laadittiin kirjallinen tiedote osallistujille (Liite 6). Lopullinen ohjeistus hyväksyttiin kohdeorganisaation ylihoitajalla ja ylilääkärillä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja sen sai halutessaan keskeyttää. Haastatteluista saatua aineistoa käytettiin ainoastaan tässä opinnäytetyössä ja tulokset on esitetty siten, ettei vastaajia voida tunnistaa. Aineisto tallennettiin ilman henkilötietoja ja sitä käsiteltiin luottamuksellisesti ja huolellisesti. Valmiit tulokset raportoitiin totuudenmukaisesti. Opinnäytetyön tekijä hävitti aineiston projektin päätyttyä

Tutkimuksen aiheen eettiseen arviointiin kuuluu pohdinta miksi tutkimukseen ryhtytään ja kenelle tutkimuksesta on hyötyä (Tuomi & Sarajärvi 2007, 129). Tämän kehittämisprojektin aihevalinta on perusteltua, koska päihdeongelmaisia potilaita hoidetaan Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä (Hellman 2011, 14, 19–20), eikä vastaavaa ohjeistusta ole.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta tulisi arvioida koko tutkimusprosessin ajan (Hirsjärvi ym. 2007, 226; Tuomi & Sarajärvi 2012, 140–141). Tutkimuksen luotettavuutta lisättiin siten, että haastattelut litteroitiin mahdollisimman pian ja analyysi kuvattiin taulukointia käyttäen. Tutkimustuloksissa on käytetty lainauksia litteroidusta haastattelutekstistä.

Menetelmäksi valittiin yksilöteemahaastattelut sekä sähköpostihaastattelut. Kohderyhmäksi valittiin päihdehoitotyön asiantuntijoita (n=8) eri ammattiryhmistä. Näin saatiin kerättyä tietoa ihmisiltä, joilla on mahdollisimman paljon asiantunte-
musta tutkimuksen kohteesta. Tutkimuksen otanta oli melko pieni, mutta laadul-
lisessa tutkimuksessa ratkaisevaa on tulkintojen kestävyys, ei osallistujien määrä
(Tuomi & Sarajärvi 2009, 85). Ennen yksilöteemahaastattelua projektipäällikkö
toteutti haastattelukysymysten esitestauksen kahdelle Turun hyvinvointitoimialan
vanhuspsykiatrian yksikön hoitajalle. Myös sähköpostihaastattelu testattiin ennen
haastateltaville lähettämistä. Haastattelukysymysten esitestauksella haluttiin
varmistua, että kysymyksillä saadaan vastaus tutkimusongelmiin.

Luotettavuutta voidaan arvioida tutkimuksessa seuraavilla kriteereillä: uskotta-
vuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007,
128–129). Tässä kehittämistyössä uskottavuutta lisäsi projektiryhmässä ja päih-
dehoitotyön asiantuntijoiden kanssa haastattelujen tuloksista käydyt keskustelut.
Ennen lopullista päihdehoitotyötoiminta ohjeistusta projektipäällikkö keskusteli
siitä kohdeorganisaation työntekijöiden kanssa ja ohjeistusta muokattiin näiden
keskusteluiden pohjalta. Uskottavuutta olisi tässä tutkimuksessa voitu lisätä kes-
kustelemalla haastateltavien kanssa tutkimuksen tulosten muodostamisvai-
heessa, jolloin tutkimukseen osallistuneet olisivat voineet tarkistaa tulosten paik-
kansäilyvyyden (Tuomi & Sarajärvi 2009, 138). Vahvistettavuuteen on pyritty
vaikuttamaan siten, että projektipäällikkö on kuvannut taulukossa esimerkinomai-
sesti miten tulokset ja johtopäätökset ovat syntyneet. Tulosten vahvistettavuutta
tässä opinnäytetyössä heikensi se, että analyysin suoritti yksi henkilö. (Kylmä &
Juvakka 2007,129.)

Projektipäälliköllä ei ollut kokemusta teemahaastattelun tekemisestä, mutta hän
perehtyi menetelmään kirjallisuuden kautta ja osallistui teemahaastatteluna teh-
tyyn väitöskirjatutkimukseen projektin aikana. Haastatteluiden teemat ja kysy-
mykset muodostettiin yhdessä päihdehoitotyön asiantuntijoiden kanssa ja haas-
tattelun teemat hyväksyttiin projektiryhmällä luotettavuuden lisäämiseksi.

Tutkimustulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja soveltamisympäristö ovat (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Toimintaympäristö sekä kohderyhmä on kuvattu lopullisessa raportissa.

.

9 PÄIHDEHOITOTYÖN OHJEISTUS

Päihdehoitotyön ohjeistus Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköihin (Liite 11) muodostui kehittämisprojektin tuloksena. Kehittämisprojekti muodostui edellä kuvatuista asiantuntijahaastatteluista ja projektiryhmätyöskentelystä.

Ohjeistus koostuu kolmesta osasta: tunnistaminen, puuttuminen sekä jatkohoito. Ohjeistuksen rungoksi muodostuivat teemahaastattelun otsikot. Ohjeistukseen kerättiin jokaisen osa-alueen kohdalle haastatteluista ja teoriasta nousseet tekijät, joiden katsottiin olevan merkityksellisiä ja tarpeellisia ikääntyneiden päihdehoitotyössä. Ohjeistuksesta keskusteltiin toimintaympäristössä sekä projekti- ja ohjausryhmän jäsenten kanssa, ja sitä muokattiin näissä keskusteluissa esiin tulleiden muutosehdotuksen pohjalta. Ohjeistusta voidaan hyödyntää muissa vanhuspsykiatrian yksiköissä ja sitä on mahdollista muokata muiden yksiköiden tarpeiden mukaan.

Ohjeistuksesta haluttiin luoda mahdollisimman selkeä ja helppokäyttöinen. Siihen on liitetty linkkejä joista voi tarpeen tullen hakea päihdehoitotyöhön liittyvää lisätietoa. Kehittämistyön raportti on tallennettu toimintayksikön tietokoneille, jotta se on mahdollisimman helposti löydettävissä. Päihdehoitotyönohjeistus on myös liitetty Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköiden perehdytyskansioihin.

10 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämiprojektin tarkoituksena oli luoda konkreettinen, käyttökelpoinen päihdehoitotyön ohjeistus Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköihin. Kehittämiprojekti perustui työelämän tarpeesta lähtevään ja tavoitteelliseen projektimetodiikkaan. Asetettuihin tavoitteisiin nähden voidaan todeta projektin olleen onnistunut ja sen tuloksena syntynyt ohjeistus noudatti asetettuja tavoitteita.

Kehittämiprojektille tehtiin suunnitteluvaiheessa sisäisten ja ulkoisten riskien kartoitus. Kehittämiprojektin vahvuutena olivat projektipäällikön vuorovaikutustaidot ja joustavuus, sekä asiantunteva ohjausryhmä ja toimintaympäristön myönteinen ilmapiiri kehittämiprojektille. Haasteena olivat aikataulujen yhteensovittaminen sekä sopivien haastateltavien löytyminen. Haasteellista oli sovittaa ohjausryhmäläisten aikatauluja yhteen jotta ohjausryhmän kokous saatiin järjestettyä. Yhteydenpito opettajatutorin ja työelämentorin kanssa sähköpostitse onnistui.

Projektipäällikön kokemattomuus näkyi projektin toteutuksessa. Suunniteltuihin aikatauluihin ja projektin etenemiseen tuli muutoksia projektin edetessä. Yksi projektin kohdeorganisaation osastoista lakkautettiin projektin aikana. Lakkautettu osasto oli kuitenkin mukana projektin suunnittelu- ja toteutusvaiheessa. Sähköpostihaastattelu lähetettiin kolmelle asiantuntijalle, mutta vain yksi vastasi haastatteluun.

Kehittämiprojektin tavoite oli määritelty realistisesti ja kehittämiprojektin tavoite saavutettiin. Tutkimuskysymyksiin saatiin vastaus. Projektipäällikkö oli vastuussa projektista ja projekti toteutettiin yhdessä projektiorganisaation kanssa. Projektipäällikkö sai tehtävänsä tukea projektiryhmältä sekä omalta työyhteisöltään. Projektiryhmän toiminnassa voidaan löytää aihetta kritiikille. Lähinnä aikataulu ongelmien takia projektiryhmän kokouksia pystyttiin järjestämään liian harvoin. Projektin onnistumisen edellytyksenä oli projektipäällikön kiinnostus tutkittavaa asiaa kohtaan. Kehittämiprojektista muodostui projektipäällikölle oppimisprosessi. Projektiraportissa on kuvattu eri suunnittelu- ja toteutusvaiheet (Kuvio 1).

Kehittämisprojektin edetessä projektipäällikkö pyysi arviointia ja kehitysehdotuksia lopullisen ohjeistuksen luomiseen sekä työyhteisöltä että projektiryhmältä. Lopullisen ohjeistuksen valmistuttua se esitettiin Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian eri yksiköiden kehittämispäivillä ja osastokokouksissa. Tällä haluttiin tehdä päihdehoitotyön merkitystä näkyvämmäksi sekä tuoda esille luotua päihdehoitotyön ohjeistusta. Saatua palautta on ollut positiivista ja kehittämisprojektin toteuttamista on pidetty erittäin tarpeellisena.

Muodostunut päihdehoitotyön ohjeistus toimii apuna uuden työntekijän perehdytyksessä ja sen avulla voidaan kehittää päihdehoitotyötä Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian yksiköissä. Päihdehoitotyön ohjeistusta on mahdollista hyödyntää soveltamalla myös muissa yksiköissä joissa tehdään työtä ikääntyneiden päihdeongelmaisten kanssa.

Osana kehittämisprojektia kohdeorganisaation tietokantoihin on tallennettu kehittämistyön raportin lisäksi päihteidenkäyttöä mittaavia mittareita sekä linkkejä internetsivuihin josta saada lisätietoa ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoidosta. Projektipäällikkö huolehtii projektin päätyttyä kohdeorganisaation tietokoneille tallennettujen tietojen päivittämisestä.

LÄHTEET

- AA-tupa. 2014. Anonyymit alkoholistit. Turun Paikallistoimisto TUPA. Viitattu 10.9.2014 http://www.aa-tupa.fi/TUPA_Sivu_4.htm
- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 123: 1293–8.
- Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim*.124(13): 1492-8.
- Aira, M. 2007. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet - riskialtis yhdistelmä. Teoksessa: Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) *Ikääntyminen ja alkoholi*. Sininauhaliitto.
- Aira, M. & Haarni, I. 2010. läkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen "Niitten kuuluu kysyä myös siitä viinasta, jos on aihetta". *Suomen lääkärilehti* 7(65): 579-585.
- Aira, M., Hartikainen, S. & Sulkava, R. 2005. Community prevalence of alcohol use and concomitant use of medication -- a source of possible risk in the elderly aged 75 and older? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 20(7): 680-5.
- Aira, M., Hartikainen, S. & Sulkava, R. 2008. Drinking alcohol for medicinal purposes by people aged over 75: a community-based interview study. *Family Practice*. 25(6): 445-449.
- A-klinikkasäätiö. 2013a. Audit. Viitattu 29.9.2013 <http://www.a-klinikka.fi/arkisto/audit>
- A-klinikkasäätiö. 2013b. Viitattu 29.9.2013 <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/lansi/laitos-ja-kuntoutuspalvelut/turun-katkaisuhoito-ja-selviamisasema>
- Al Dulaimi, D. 2014. Recent advances in oesophageal diseases. *Gastroenterology and hepatology from bed to bench* 7(3): 186-9.
- Arndt, T. 2001. Carbohydrate-deficient transferrin as a marker of chronic alcohol abuse: a critical review of preanalysis, analysis, and interpretation. *Clinical Chemistry* 47(1): 13-27.
- Benshoff, J. & Harrawood, L. 2003. Substance Abuse and the elderly: Unique Issues and Concerns. *Journal of Rehabilitation* 2(69): 43-48.
- Blazer, D. & Wu, L. 2007. Nonprescription use of pain relievers by middle-aged and elderly community-living adults: National Survey on Drug Use and Health. *Journal of American Geriatric society* 57(7): 1252-7.
- Blixen, CE., McDougall, G. & Suen LJ. 1997. Dual diagnosis in elders discharged from a psychiatric hospital. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12(3): 307-13.
- Blow, F.C., Serras, A.M., & Barry, K.L. 2007. Late life depression and alcoholism. *Current Psychiatry Reports* 9(1): 9-14.

- Bortolotti F., De Paoli G. & Tagliaro F. 2006. Carbohydrate-deficient transferrin (CDT) as a marker of alcohol abuse: a critical review of the literature 2001-2005. *Journal of chromatography. B, Analytical technologies in the biomedical and life sciences* 841(1-2): 96-109.
- Boss, D. 2009. Alcoholism in the Elderly: A Growing Concern. The Greater Long Island Psychiatric Society. Viitattu 29.9.2013 <http://www.longislandpsych.org/articles/archive/alchol.cfm#>
- Bowman, P. & Gerber, S. 2006a. Alcohol in the older population Part 1: Grandma has a drinking problem? *The Case Manager* 17(5): 44–48.
- Bowman, P. & Gerber, S. 2006b. Alcohol in the older population, Part 2: MAST you speak the truth in an AUDIT or are you too CAGE-y? *The Case Manager* 17(6): 48-53, 59.
- Cooper, L. 2012. Combined Motivational Interweaving and Cognitive-Behavioral Therapy with older adult Drug and Alcohol Abusers. *Health & Social Work* 37(3): 173-9.
- Devanand, DP. 2002. Comorbid psychiatric disorders in late life depression. *Biological Psychiatry* 52(3): 236-42.
- EMCDDA. 2008. Ikääntyvien aikuisten päihteidenkäyttö – hoitamaton ongelma. Tee-manä huumeet. Tiedote Euroopan huumeusaineiden ja niiden väärinkäytön seuranta-keskuksesta.
- Eerola, V. 2014. Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon näkökulmia. Opinnäytetyö. Ylempi AMK. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Laurea-ammattikorkeakoulu.
- Ferreira, M. & Weems, S. 2008. Alcohol consumption by aging adults in the United States: health benefits and detriments. *Journal of American Dietetic Association* 108(10): 1668-76.
- Forsman, A., Herberts, K., Aromaa, E., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. 2008. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus. Menetelmäraportti. THL.
- Fuller, R., Allen, J. & Litten, R. 1998. Diagnosis and management of alcohol problems. *Clinics in Liver Disease* (2): 649-660.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M & Folsom, R. 2003. Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and Alcohol Dependence* 69(2): 127-35.
- Gossop, M. 2008. Missbruk av substanser bland äldre vuxna: ett förbisett problem. Fokus på narkotika. Viitattu 29.9.2013 http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_50566_SV_TDAD08001SVC_web.pdf
- Gunnarsson, E. 2010. Vi får klara oss själva – Om hemtjänstens arbete med äldre personer som har missbruksproblem. Institutionen för socialt arbete. Arbetsrapport. Viitattu 12.11.2013 http://www.socarb.su.se/polopoly_fs/1.34186.1329312711!/Gunnarsson_2010_Vi_far_klara_oss_sjalva.pdf

Haarala, J. & Majuri, E. 2011. Ikäihmisten päihdehoitopolun mallin kehittäminen Mikkelin kaupungin kotihoitoon. Opinnäytetyö. Sosiaalialan koulutusohjelma. Mikkelin ammattikorkeakoulu.

Heikkilä, J. 2008. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Päivystävän lääkärin ohje. Turun psykiatria.

Heikkinen, M. 2009. Alkoholin riskikäytön puheeksi ottaminen. Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto. VSSHP. Terveyden edistämisen toimintasuunnitelma 2009. Viitattu 6.6.2014 http://www.vete.fi/Raportit/TH/PPT-esitykset/PPT_25.pdf

Hellman, A. 2011. Addiktiot vanhuspsykiatrisilla potilailla. Syventävä työ. Turun yliopisto.

Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ja terveystieteiden mielen- ja päihdesuunnitelma. 2011. Viitattu 12.11.2013 <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/06df144be7f343c784a9e0a025090704/Kansallisen+mielenterveys+ja+p%C3%A4ihdesuunnitelman+toimeenpano+Helsingis%C3%A4+2.3.2011.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=06df144b-e7f3-43c7-84a9-e0a025090704>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita.13. Helsinki: Tammi.

Hunter, B., Lubman, D. & Barrat, M. 2011. Alcohol and drug misuse on the elderly. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 43(4): 343.

Immonen, S. 2012. Perspectives on alcohol consumption in older adults. Academic dissertation. Department of General Practice and Primary Health Care Network of Academic Health Centers Faculty of Medicine University of Helsinki.

IPT. 2013. Ikääntyneiden päihdetyö. Viitattu 12.11.2013 <http://www.ikaantyneidenpaihdetyo.fi/fakta/ikaantyminen-ja-alkoholi/annossuosituksset/>

Isaacson, JH. & Schorling, JB. 1999. Screening for alcohol problems in primary care. Medical Clinics of North America 83 (6): 1547-63.

Jyrkämä, J. & Haapamäki, L. 2008. Åldrande och alkohol. Nordisk forskning och diskussion. NAD-publikation 52. Helsinki: Nordisk center för alkohol- och drogforskning. Viitattu 12.11.2013 <http://www.nordicwelfare.org/pagefiles/677/52publikation.pdf>

Jyrkämä, J. 2009. Elämänkulku ja päihteet –seminaari. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 11.12.2013 www.ahts.fi/index.php?option=com_docman&task=doc...gid

Kaukonen, J-P., Nurmi-Lüthje, I., Lüthje P., Naboulsi H., Tanninen, S., Kataja, M., Kallio, M-L. & Leppilampi, M. 2006. Acute alcohol use among patients with acute hip fractures: a descriptive incidence study in Southeastern Finland. Alcohol and Alcoholism 41(3): 345-348.

- Kejonen, A. 2012. Alkoholien käytön puheeksiotto ikäihmisillä. Itä-Suomen Aluehallintovirasto. Kuopio.
- Kempainen, J. 2013. Ikäihmisten alkoholiongelmat. EKSOTE. Viitattu 24.12.2013 <http://juhakempainen.fi/index.php?id=giynccffq6li49e>
- Kessler, R. 2004. The epidemiology of dual diagnosis. *Biological psychiatry* 56(10): 730-7.
- Koponen, H. & Leinonen, E. 2011. Vanhuspsykiatria. Teoksessa: Psykiatria Lönnqvist, J., Henriksson, M., Marttunen, M. & Partonen, T. (toim.) Duodecim.
- Klein, WC. & Jess, C. 2002. One last pleasure? Alcohol use among elderly people in nursing homes. *Health & Social work* 27(3): 193-203.
- Knauer, C. 2003. Geriatric alcohol abuse: a national epidemic. *Geriatric Nursing* 24(3): 152-4.
- Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Duodecim. Viitattu 22.5.2014 http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf
- Kuntaliitto. 2011. Mielenterveys- ja päihdepalvelut. Viitattu 11.11.2014 <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/terveyspalvelut/terveyskeskus/mielenterveys-ja-paihdepalv/Sivut/default.aspx>
- Kuoppala, A. 1998. Sähköpostihaastattelu aineistonkeruumenetelmänä. Pro-gradu tutkimus. Yhteiskuntatieteiden laitos. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Publishing.
- Käypä hoito. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 12.12.2013 http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s10_5
- Laitalainen, E., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2007. Eläkeikäisen väestön terveystiläytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2008.
- Levo, T. & Silvennoinen, A. 2012. Kotihoidon päihdetyö ikäihmisille. Viitattu 12.12.2013 <https://www.innokyla.fi/web/malli128236>
- Levo, T., Viljanen, M., Heino, T., Koivula, R. & Aira M. 2009. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Sininauhaliitto. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi – projekti.
- Letizia, M. & Reinholz, M. 2005. Identifying and managing acute alcohol withdrawal in the elderly. *Geriatric Nursing* 26(3): 176-83.
- Livingston, G. & King, M. 1993. Alcohol-abuse in an inner-city elderly population - the gospel oak survey. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 8(6): 511-514.

Lundahl, B., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson D. & Burke, B. 2010. A Meta-Analysis of Motivational Interviewing: Twenty-Five Years of Empirical Studies. *Research on Social Work Practice* 20(2): 137-160.

Luonsinen, M. 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksi ottaminen ja ohjaus. Pro gradu. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Luttrell, S., Watkin, V., Livingston, G., Walker, Z., D'Ath, P., Patel, P., Shergill, S., Dain, A., Bielawska, C. & Katona, C. 1997. Screening for alcohol misuse in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 12(12): 1151–1154.

McKnight-Eily, L., Yong, L., Brewer, R., Kanny, D., Hua, L., Denny, C., Balluz, L. & Collins, J. 2014. Vital Signs: Communication between Health Professionals and Their Patients about Alcohol Use - 44 States and the District of Columbia. *Morbidity and Mortality weekly report* 63(1): 16-22.

Merrick, EL., Horgan, CM., Hodgkin, D., Garnick, DW., Houghton, SF., Panas, L., Saitz, R. & Blow, FC. 2008. Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. *Journal of American Geriatric Society* 56(2): 214-23.

MPT. 2013. Mielenterveys- ja päihdepalvelut Turussa. Turku: Turun kaupungin hyvinvointitoimiala.

Mieli. 2013. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015 - Monipuolista sisällöllistä ja rakenteellista kehittämistä 2012. THL.

NIAAA. 1998. Alcohol and Aging. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 40. Viitattu 13.5.2014 <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa40.htm>

NIAAA. 2005. The National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Social work education for the prevention and treatment of alcohol use disorders. Older Adults and Alcohol Problems. Viitattu 11.11.2014 <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Social/ContentsList.html>

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

Olli, J. 2012. Kvalitatiivinen tutkimusmetodologia. Luento 1. 19.9.2012 Hoitotieteen tutkimusmetodiikka II. Turku: Avoin yliopisto.

Opinnäytetyöpakki. 2014. Haastattelun toteutus. Kajaani: Kajaanin ammattikorkeakoulu. Viitattu 20.2.2014 <http://193.167.122.14/Opari/ontTukiKeruuHaastattelu.toteutus>

Oslin, DW. 2005. Late-Life Alcohol Abuse: Finding Solutions to a Hidden Medical Problem. *The Brown University Geriatric Psychopharmacology Update* 9(1): 1-8.

Prigerson H., Desai R. & Rosenheck R. 2001. Older adult patients with both psychiatric and substance abuse disorders: prevalence and health service use. *Psychiatric quarterly* 72(1): 1-18.

Päihdehuollon hoito- ja huoltokodit. 2011. Perhe ja sosiaalipalvelut. Viitattu 2.5.2014 <https://www.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=10208&culture=fi-FI&contentlan=1>

Rantakömi, S. 2013. Alcohol consumption, atherosclerosis and stroke. Epidemiologic follow up study in middle aged Finnish men. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in health sciences. Kuopio: University of eastern Finland.

Reid, C. & Anderson, P. 1997. Geriatric substance use disorders. Medical Clinics of North America 81(4): 999-1016.

Ridley, NJ., Draper, B. & Withall, A. 2013. Alcohol-related dementia: an update of the evidence. Alzheimer's Research & Therapy. Viitattu 1.11.2014 <http://alzres.com/content/5/1/3>

Rinfette, E. 2009. Treatment of Anxiety, Depression, and Alcohol Disorders in the Elderly: Social Work Collaboration in Primary Care. Journal of evidence based social work 6: 79-91.

Rintala, J. 2010. Iäkkäiden alkoholin käyttö on yleistynyt. Teoksessa: Alkoholiriippuvuus. Seppä, K., Alho, H. & Kiiänmaa, K. (toim.) 119-123. Helsinki: Duodecim.

Ross, S. 2005. Alcohol Use Disorders in the Elderly. Primary Psychiatry 12(1): 32-40.

Runsten, S. 2014. Ikääntyneet ja päihteet. Turun vanhuspsykiatrian sisäinen koulutus. 4.9.2014.

Salo-Chydenius, S. 2013. Päihde- ja mielenterveystyö ikääntyneiden kanssa. Päihdelinkki. Viitattu 12.11.2013 <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/144-paihde-ja-mielenterveystyo-ikaantyneiden-kanssa>

Salo-Chydenius, S. 2011. Motivoiva haastattelu / motivoiva toimintatapa. Viitattu 12.11.2013 <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>

Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, AM. & Barrio G. 2014. Health and social harm related alcohol. Revista Española de Salud Pública 88(4): 469-91.

Seppä, K. 2010. Laboratoriokokeiden merkitys alkoholin liikakulutuksen toteamisessa. Näytönastekatsaus. Viitattu 1.11.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak04612&suositusid=hoi50028>

Seppä, K., Laippala, P. & Saarni, M. 1991. Macrocytosis as a consequence of alcohol abuse among patients in general practice. Alcoholism clinical and experimental research 15(5): 871-6.

Silfverberg, P. 2005. Ideasta projektiksi. Projektin vetäjän käsikirja. Viitattu 12.11.2013 <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>

Simoni-Wastila L. & Yang HK. 2006. Psychoactive drug abuse in older adults. The American Journal of geriatric pharmacotherapy 4(4): 380-94.

Stephen, R. 2005. Alcohol Use Disorders in the Elderly. Primary Psychiatry 12(1): 32-40.

STM. 2006a. Otetaan selvää. Ikääntyminen alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 11.11.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7206.pdf

STM. 2006b. Päihtyneen henkilön akuuttihoito - sosiaali- ja terveydenhuollon ohjeet. Viitattu 1.11.2014 <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1202645>

STM. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet.

Substance abuse. 2008. Substance abuse and the aging brain: Screening, diagnoses and treatment. Special report. The Brown University Geriatric Psychopharmacology Update 4(12): 1-6.

Suojasalmi, J. 2009. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa - esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämistä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. STM.

TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta.

THL. 2010. Iäkkäiden ravitsemus ja liikunta. Viitattu 12.11.2013 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/ravitsemustietoa/suomalaiset/iakkaat

THL. 2012. Alkoholinkäytön puheeksiotto ja mini-interventio. Viitattu 11.11.2014 <http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihde-tyo/ehkaisevan-paihde-tyon-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio>

THL. 2013a. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Viitattu 12.11.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22ff06b5-3b66-43be-9082-e52103be4046>

THL. 2013b. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari. Viitattu 12.11.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8def9f98-146d-4c37-99ca-77713b1bf2c3>

Tilastokeskus. 2003. Väestön ikääntyminen on suhteellista. Viitattu 12.11.2013 http://www.stat.fi/tup/tietoaika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html

Tse, M., Vong, S. & Tang, S. 2013. Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomized controlled study. Journal of Clinical Nursing 22(13-14): 1843-56.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vainio, A. 2014. Hyvinvointitoimiala. Psykiatrinen erikoissairaanhoido. Vanhuspsykiatria 2014.

Vanhuspsykiatrian toimintakertomus. 2011. Viitattu 12.11.2013 <http://netku.turku.fi/Public/default.aspx?nodeid=4482&culture=fi-FI&contentlan=1>

Vilka, H. 2009. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vilkko, A. 2013. Alkoholi ja kotihoito - Ikäihmisten alkoholinkäyttö haastaa omaiset ja työntekijät. Ikäihmisten palvelut –yksikkö. Kotona kokonainen elämä. THL.

Vilkko, A., Sulander, T., Laitalainen, E. & Finne-Soveri, H. 2010. Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa: Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigersted, C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. THL. Helsinki: Yliopistopaino.

Viljanen, M. 2010. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Tiimi. Viitattu 12.11.2013
<http://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantyminen-alkoholi-ja-laakkeet>

Öfverström-Anttila, H. & Alho, L. 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto.

Audit

Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi tai lopettaa sen kokonaan? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi. Ole hyvä ja rastita lähinnä oikeaa oleva vastaus (suluissa vastauksen pistemäärä).

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan (0)
- noin kerran kuussa tai harvemmin (1)
- 2-4 kertaa kuussa (2)
- 2-3 kertaa viikossa (3)
- 4 kertaa viikossa tai useammin (4)

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta (0)
- 3-4 annosta (1)
- 5-6 annosta (2)
- 7-9 annosta (3)
- 10 tai enemmän (4)

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muis-
tamaan edellisen illan tapahtumia?**

- en koskaan (0)
- harvemmin kuin kerran kuussa (1)
- kerran kuussa (2)
- kerran viikossa (3)
- päivittäin tai lähes päivittäin (4)

**9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi
seurauksena?**

- ei (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

**10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi
tai ehdottanut että vähentäisit juomista?**

- ei koskaan (0)
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana (2)
- kyllä, viimeisen vuoden aikana (4)

Audit testillä saa kuvan alkoholinkäyttöön mahdollisesti liittyvistä riskeistä ja haitoista. Kokonaispistemäärä ilmaisee alkoholinkäyttöön liittyvän riskin tason. Yksittäiset kysymykset auttavat kiinnittämään huomiota alkoholinkäyttötottumuksiin. (A-klinikkasäätiö, 2013a.)

The MAST-G questionnaire

Mast-G kysely on kehitetty työväliseksi ikääntyneiden alkoholinkäytön puhekeksiottamista varten.

Michigan Alcoholism Screening Test—Geriatric Version (MAST-G)

- | | |
|--|----------|
| 1 Alkoholien nauttimisen jälkeen oletko huomannut, että sydämen syke kiihtyy tai sydämensykkimisen tunne rintakehällä lisääntyy. | Kyllä/Ei |
| 2 Puhuessasi muiden kanssa aliarvioitko koskaan kuinka paljon tosiasiaa juot? | Kyllä/Ei |
| 3 Tekeekö alkoholinkäyttö sinut niin uneliaaksi että nukahdat tuoliisi? | Kyllä/Ei |
| 4 Muutaman ryyppyn jälkeen oletko huomannut ettet syönytään tai jättänyt aterioita väliin koska ei ole nälkä? | Kyllä/Ei |
| 5 Auttaako muutama ryyppy tutinaan ja vapinaan? | Kyllä/Ei |
| 6 Aiheuttaako alkoholinkäyttö vaikeuksia muistaa osaa päivästä tai illasta? | Kyllä/Ei |
| 7 Oletko laatinut sääntöjä ettet juo ennen tiettyä hetkeä päivässä? | Kyllä/Ei |
| 8 Oletko alkoholinkäytön myötä menettänyt mielenkiinnon harrastuksiin ja toimintoihin, joita aiemmin harrastit? | Kyllä/Ei |
| 9 Aamulla herätessäsi onko sinulla vaikeuksia muistaa edellisen illan tapahtumia? | Kyllä/Ei |
| 10 Auttaako alkoholinkäyttö sinua nukahtamaan? | Kyllä/Ei |
| 11 Piilotteletko viinapulloja perheenjäseniltä? | Kyllä/Ei |
| 12 Sosiaalisen tapahtuman jälkeen, oletko ollut nolostunut, että käytit liikaa alkoholia? | Kyllä/Ei |
| 13 Oletko koskaan miettinyt että alkoholinkäyttö voisi olla haitallista terveydellesi? | Kyllä/Ei |
| 14 Haluatko lopettaa kuluvan päiväsi yömyssyyn? | Kyllä/Ei |
| 15 Oletko huomannut juomisen lisääntyneen jonkun läheisesi kuoleman jälkeen? | Kyllä/Ei |
| 16 Otatko mieluummin ryyppy kuin menet sosiaaliseen tapahtumaan? | Kyllä/Ei |
| 17 Juotko nyt enemmän kuin aikaisemmin? | Kyllä/Ei |
| 18 Otatko tavallisesti ryyppyn rentoutuaksesi tai lepuutellaksesi hermojasi? | Kyllä/Ei |
| 19 Juotko unohtaaksesi ongelmiasi? | Kyllä/Ei |

- | | |
|---|----------|
| 20 Oletko koskaan lisännyt juomistasi elämässäsi kohtaamasi menetyksen jälkeen? | Kyllä/Ei |
| 21 Ajatko autolla joskus kun olet ottanut alkoholia? | Kyllä/Ei |
| 22 Onko lääkäri tai hoitaja koskaan ollut huolestunut juomisestasi? | Kyllä/Ei |
| 23 Oletko koskaan laatinut sääntöjä hallitaksesi juomistasi? | Kyllä/Ei |
| 24 Kun tunnet itsesi yksinäiseksi, niin auttaako siihen ryyppy? | Kyllä/Ei |
- Jos yli 5 kyllä vastausta seula antaa aiheutta lisäselvittelyihin?

(Ross, 2005; Kemppinen 2013.)

CAGE

Seuraavat kysymykset koskevat alkoholin käyttöäsi.

	Kyllä	En
a. Oletko koskaan ajatellut, että Sinun täytyisi vähentää juomistasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Ovatko ihmiset ärsyttäneet Sinua kriittisillä huomautuksillaan juomisestasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Oletko koskaan tuntenut syyllisyyttä juomisesi takia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Oletko koskaan ottanut krapularyyppyjä aamulla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(Forsman ym. 2008, 26.)

**Yli 65-vuotiaiden
ALKOHOLIMITTARI**

1) Onko alkoholin käyttönne

- Loppunut
 - Vähentynyt
 - Pysynyt samana
 - Lisääntynyt hieman
 - Lisääntynyt runsaasti
-
-

2) Kuinka usein käytätte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä?

- 0 p En koskaan
 - 0 p Noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
 - 1 p 2-4 kertaa kuukaudessa
 - 2 p 2-4 kertaa viikossa
 - 3 p päivittäin tai lähes päivittäin
-
-

3) Kuinka monta annosta alkoholia juotte yleensä
niinä päivinä, jolloin käytätte alkoholia?

- 0 p Vähemmän kuin 1 annoksen
 - 0 p 1 annoksen
 - 1 p 2 annosta
 - 4 p 3 annosta
 - 5 p 4 annosta tai enemmän
-
-

4) Miksi käytätte alkoholia?

- Ruokajuomana
 - Rentoutumiseen
 - Rohkaisuun
 - Seuran vuoksi
 - Unettomuuden hoitoon
 - Yksinäisyyden tunteen lievittämiseen
 - Mielialan kohentamiseen
 - Parisuhteeseen liittyvien vaikeuksien vuoksi
 - Kipujen lievittämiseen
 - Jonkun muun syyn vuoksi, minkä _____
-
-
-

5) Onko Teille selvitetty käyttämienne lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset?

- Minulla ei ole lääkitystä
 - Kyllä
 - Ei
-
-

6) Kuuluuko lähipiiriinne joku, joka käyttää runsaasti alkoholia tai muita päihteitä?

- Ei
 - Kyllä
-
-

Yli 65-vuotiaiden

ALKOHOLIMITTARI - työntekijän kirjaamisen apuväline
KYSYMYKSET 2-3

Yhteenlaskettujen pisteiden tulkinta

2 pistettä tai vähemmän ei huolta

3 pistettä lievä huoli

4 pistettä tai enemmän tuntuva huoli

Alkoholin käyttö (1-3) Tarkentavat kysymykset (4-8)

7) Onko Teillä alkoholin käytön yhteydessä ilmennyt seuraavia oireita

- Ei ole ilmennyt mitään oireita
 - On ilmennyt mielialaan liittyviä oireita
 - On ilmennyt kehoon liittyviä oireita
-
-

8) Onko alkoholin käyttöönne liittynyt seuraavia asioita?

- Olen satuttanut itseäni, esim. kaatunut
 - Olen satuttanut toista, esim. lyönyt tai sanonut loukkaavasti
 - Olen ajanut ajoneuvoa päihtyneenä
 - Taloudellisia vaikeuksia
 - Unohdin, mitä tapahtui
 - Sammuin
 - Joku toinen on huolestunut alkoholin käytöstäni
 - En ole joutunut mihinkään vaikeuksiin
-
-

Mahdollisia alkoholiriippuvuusoireita viimeisen vuoden aikana mittaavat kysymykset (9-11)

9) Onko Teille käynyt niin, että ette ole pystynyt lopettamaan alkoholin käyttöä, kun aloitte ottaa?

0 p Ei koskaan

1 p Joskus

4 p Usein

10) Onko Teille käynyt niin, että ette ole juomisen vuoksi saanut tehtyä päivittäisiä toimianne?

0 p Ei koskaan

1 p Joskus

4 p Usein

11) Onko Teille käynyt niin, että runsaan juomisen jälkeen olette tarvinnut aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksenne paremmin liikkeelle?

0 p Ei koskaan

1 p Joskus

4 p Usein

Yhteenveto ja jatkosuunnitelma

(THL 2013b.)

UCL mittari

Vaihe 1

Käytätkö alkoholia?

Jos kyllä

Vaihe 2

- a Vähätteletkö alkoholinkäyttöäsi muille?
- b Onko sinulla itsellesi "säännöt" jonka mukaan et saa juoda kuin vasta tiettyyn aikaan päivästä?
- c Oletko koskaan tehnyt sääntöjä hillitäksesi juomistasi?
- d Auttaako juominen sinua nukahtamaan?

(Luttrell ym. 1997, 1152.)

Hyvä asiantuntija!

Pyydän Teitä osallistumaan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä toteuttamaani kehittämisprojektin aineistonkeruuvaiheen yksilöteemahaastatteluun. Tämän kehittämisprojektin tavoitteena on luoda Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrialle yhtenäinen päihdehoitotyötoimintamalli, joka toimisi apuna vanhuspsykiatrian työntekijöille niin osasto- kuin avohoidossa. Tarkoituksena on lisätä tietoa vanhuspotilaiden päihdehoidosta sekä kehittää päihdehoitotyön osaamista Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrialla.

Aineiston keruu on osa haastattelijan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyötä. Lupa aineiston keruuseen on saatu yksikön ylihoitajalta keväällä 2014. Osallistuminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Suostumuksenne haastateltavaksi vahvistatte allekirjoittamalla kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta -lomakkeen.

Haastatteluun on kutsuttu moniammatillinen joukko asiantuntijoita. Teidän osallistumisenne haastatteluun on erittäin arvokasta. Teidän käsityksenne vanhusten päihdehoitotyöstä vaikuttavat tuloksiin ja tuotettavaan päihdehoitotyötoimintamalliin. Haastattelutilanne nauhoitetaan. Tallenne on vain haastattelijan käytössä ja tuloksia käsitellään niin, etteivät yksittäisen haastateltavan näkemykset ole tunnistettavissa. Teillä on oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Teihin liittyvää aineistoa.

Tämä työ liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammatti-korkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Heikki Ellillä, yliopettaja, Turun AMK/Terveysala.

Osallistumisestanne kiittäen

Minni Akkola

sh, Terveysalan yamk-opiskelija

Kliinisen asiantuntijuuden koulutusohjelma

Yhteystiedot:

Sairaanhoitaja, Vanhuspsykiatrian osasto G2

minni.m.akkola@students.turkuamk.fi

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA

Olen saanut riittävästi tietoa opinnäytetyöstä ja siitä tietoisena suostun osallistumaan Minni Akkolan ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä toteuttamaan päihdehoitotyötoimintamallin kehittämiseen Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrialla aineistonkeruu -vaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, jos sitä haluan. Jos vetäydyän tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan, ja että tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani. Lainaukset ovat kirjoitettu siten, että minua ei voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että haastattelunauhat ja niiden pohjalta kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Haastattelunauhoilla tai haastattelukertomuksissa ei myöskään mainita minun nimeäni.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemmin yhteyttä Minni Akkolaan tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut hänen yhteystietonsa.

Tätä suostumusta on tehty kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää minulle ja toinen tutkimuksen tekijälle.

Paikka Aika

_____ / _____ 20_____

Tutkimukseen osallistuja

Nimen selvennys

Tutkimuksen tekijä

Nimen selvennys

Lausuma alkuperäishaastattelusta	Pelkistetty il- maisuu	Päälukokka
”..luonnollinen kysymys, eikä mikään semmonen peikko..niinku kaikkea muutakin kysytään.”	Millä tavoin selvittää potilaan päihteidenkäyttöä	Tunnistaminen
”Lääkkeiden haittoja on selvästi vaikeempi huomata kuin alkoholin, se on sillain se ongelma, alkoholin haitat ovat kaikkien tiedossa.”	Millä tavoin selvittää potilaan päihteidenkäyttöä	Tunnistaminen
”..haastavaa on kans päästä selville, mikä oire tai sairaus on alkoholin käytön aiheuttamaa, tai mistä muusta oireet ja sairaudet vois johtua..”	Millä tavoin selvittää potilaan päihteidenkäyttöä	Tunnistaminen
”..sellanen tietty kunnioittaminen ihmistä kohtaan, pitkä elämä ja paljon tietoa..ettei mennä niinku ylhäältä alas..”	Päihteidenkäytöstä puhuminen	Tunnistaminen/Puuttuminen
”..et voitais puhuu bentsojen päihdekäytöstä sillai ku puhutaan muistakin asioista. Et mitä ihminen tekee ja miksi?”	Päihteidenkäytöstä puhuminen	Tunnistaminen/Puuttuminen

”..näitä alkoholisteja, täytyy sanoa että se mitä he itte sanoo on aika kaunistelua..”	Haasteita ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoidossa	Puuttuminen
”..ei me haluta et se elämä on päihteetön, vaan et se on tiäksä kohtuukäyttöä..”	Ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoito	Puuttuminen
”..kun ei oo asennetta niin ei oo kiinnostusta..ei oo niinku tietoo tästä prosessista missä ihminen pyörii..”	Ongelmia hoitajien osaamisessa/ Asenne	Puuttuminen
”..ne on silleen oikeita sairauksia, kun taas koetaan että päihteidenkäyttö ei mikään oikea sairaus vaan itse aiheutettua..”	Ongelmia hoitajien osaamisessa/ Asenne	Puuttuminen
”..sanoisinko supportiivinen terapia..”	Menetelmiä ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoidossa	Puuttuminen

<p>"Motivointi ei oo helppoa, on yksikertaista sanoa "motivoiva haastattelu" mutta kun siinä pitäisi kuitenkin olla koko ajan virittäytyneenä siihen potilaan sen hetkiseen tilaan et se on varmaan se juttu, mut ei se helppoo oo."</p>	<p>Menetelmiä ikään- tyneen päihtei- den käyttäjän hoidossa</p>	<p>Puuttuminen</p>
<p>"..pannaan hyvät lääkkeet näihin..ja sit se potilas ei oo enää masentunu eikä ahdistunu, sit ajatellaan et nyt sit uloskirjotus ja eikä ajatella et sillä oli se päihdeongelma.."</p>	<p>Ohitetaan päihde- ongelma</p>	<p>Puuttuminen</p>
<p>"..en mä nää mitään eroo siinä et onko ihminen vanha vai nuori.."</p>	<p>Menetelmiä ikään- tyneen päihtei- den käyttäjän hoidossa</p>	<p>Puuttuminen</p>
<p>"..sitä ei tiedetä, sitä ei ole kysytty vaan sanotaan et ei se näytä siltä."</p>	<p>Ongelmia hoitajien osaamisessa/ Asenne</p>	<p>Puuttuminen</p>
<p>"..ei se yksinään auta se niinku rajoittaminen."</p>	<p>Menetelmiä ikään- tyneen päihtei- den käyttäjän hoidossa</p>	<p>Puuttuminen</p>

”Lääkkeidenkäyttäjille vaikeampi, välttämättä se ei ookaan hoitoon ohjaus, vaan elämään ohjaus.”	Mihin ohjata ikään- tynyt päihteiden- käyttäjä hoitoon?	Jatkohoito
”Se on hyvä kysymys, se on helkkarin hyvä, kun siihen ei oo vastausta..”	Mihin ohjata ikään- tynyt päihteiden- käyttäjä hoitoon?	Jatkohoito
”..jos ei ihminen oo sellanen et lähtee johonkin ryhmään istumaan niin kotihoito on ratkaseva tekijä.”	Mihin ohjata ikään- tynyt päihteiden- käyttäjä hoitoon?	Jatkohoito
”..se sivuutetaan edelleen koska mä ajattelen et se johtuu siitä ettei oo mitään mitä antaa..”	Mihin ohjata ikään- tynyt päihteiden- käyttäjä hoitoon?	Jatkohoito
”Paras vaihtoehto olis löytää sellainen paikka, missä taattaisiin asiakkaan juomattomuus joksikin aikaa..”	Millainen jatkohoi- topaikka soveltuu ikäntyneelle päih- teidenkäyttäjälle?	Jatkohoito

Teemahaastattelu:

Tunnistaminen

Millä tavoin ikääntyneen potilaan päihteidenkäyttö olisi hyvä selvittää tulotilanteessa?

- alkoholi, muut päihteet
- mittarit tuttuja? auttaako mittarit päihteidenkäytön tunnistamisessa? mikä olisi mittareista toimivin?
- ottavatko potilaat itse päihteidenkäytön puheeksi?

Kiinnitätkö huomiota sairaushistoriasta löytyviin viitteisiin päihteidenkäytöstä?

- tietyt sairaudet, murtumat, laboratorionkokeet?

Ovatko laboratorionkokeet, verenpaineen mittaaminen ym. luotettavia keinoja, tulisiko tehdä rutiininomaisesti? Onko tällaiset tavat tunnistaa päihteidenkäyttö käytössä yksikössäsi?

Puuttuminen

Mitä haasteita päihteitä käyttävän ikääntyneen potilaan hoidossa on?

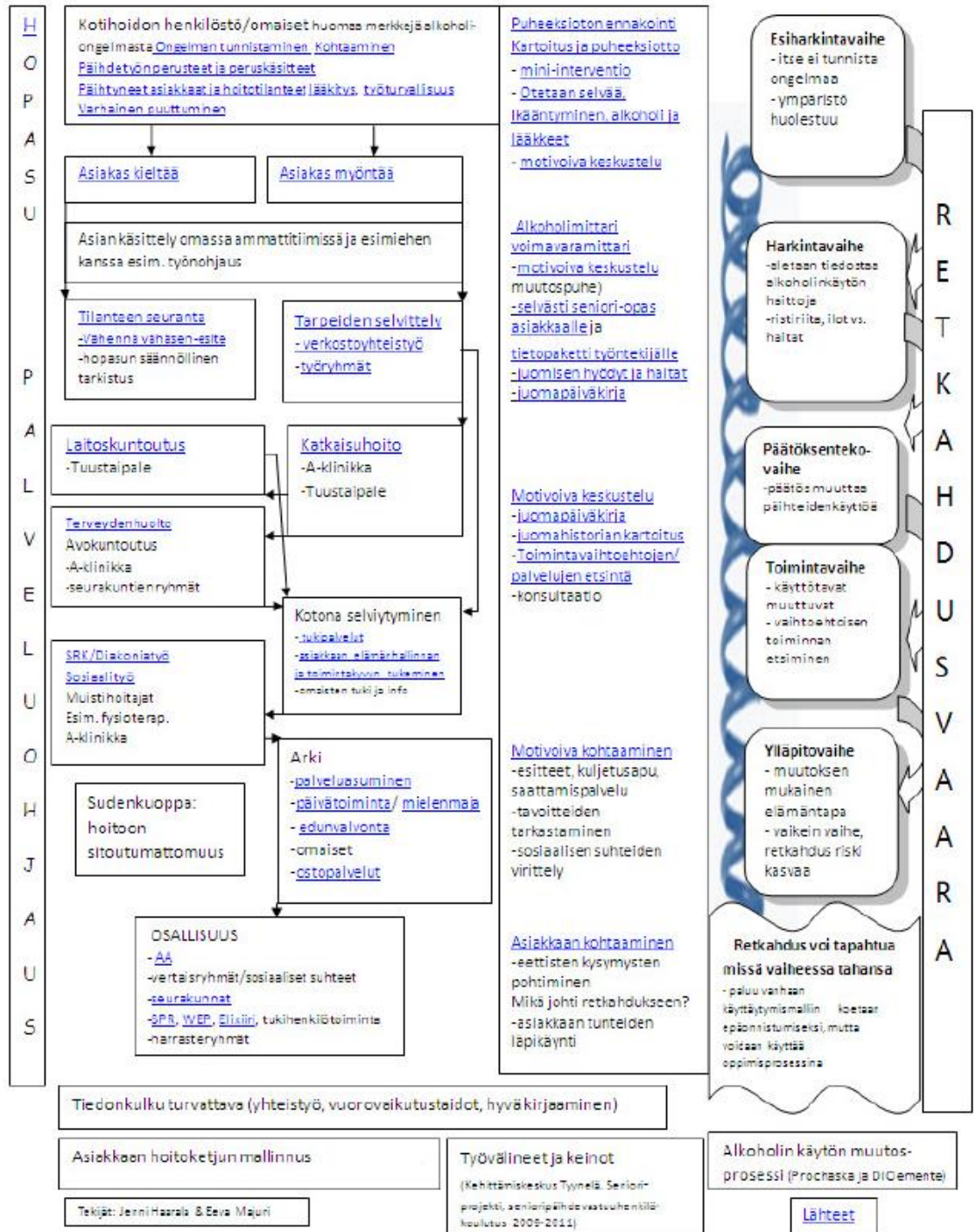
Miten parantaa hoitajien osaamista? Mitä ongelmia hoitajien osaamisessa?

Motivoiva haastattelu tutkimusten mukaan tehokas keino, onko käytössä? Onko muita menetelmiä joita käytät?

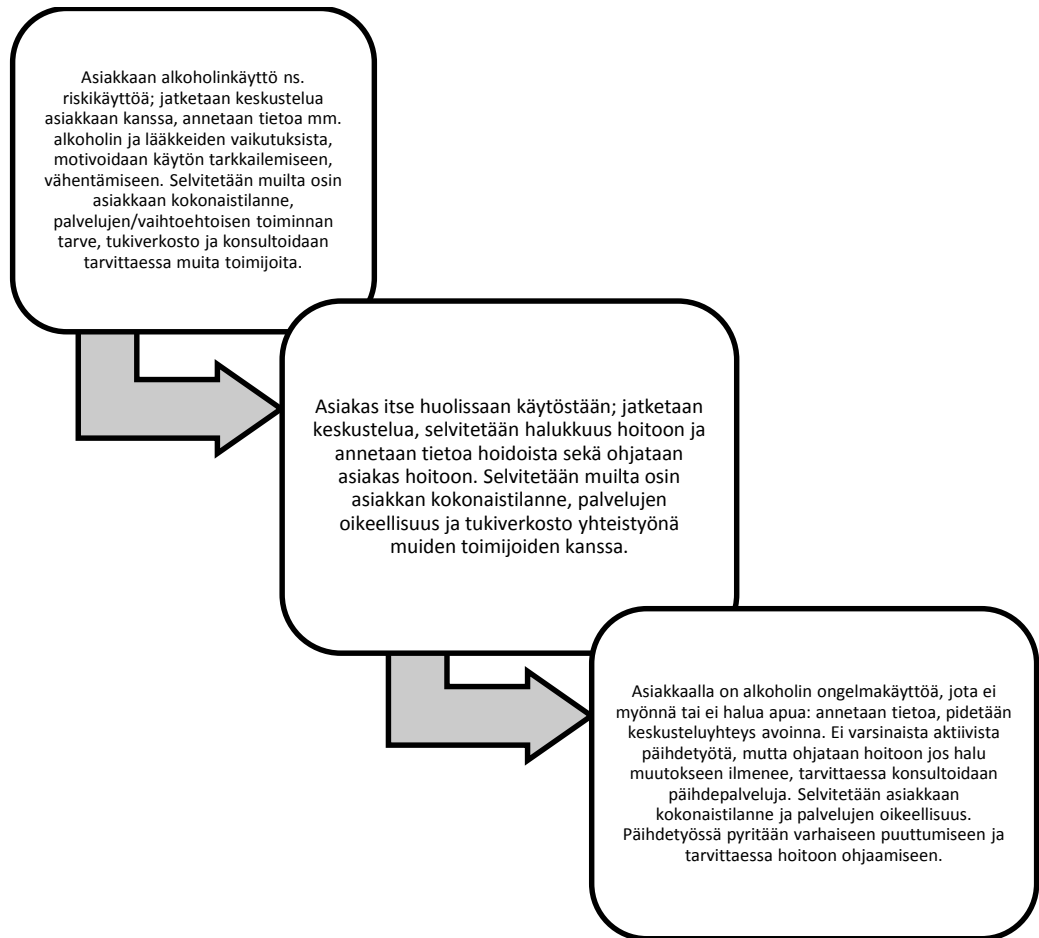
Hoidon järjestäminen

Mihin olet ohjannut päihteitä käyttävän ikääntyneen jatkohoitoon? Hoidatko itse, vai ohjaatko muualle, mihin?

IKÄIHMISTEN PÄIHDEHOITOPOLUN MALLI



Liite 10: Kainuun kotihoidon päihdehoitotyönmalli



14 %:lla Turun hyvinvointitoimialan vanhuspsykiatrian potilaista on ollut päihdeongelma elämänsä aikana ja joka viides potilaista on alkoholin riskikäyttäjä.

50–69-vuotiaiden alkoholinkulutus on lisääntynyt merkittävästi. Samalla raittiiden eläkeläisten osuus on pienentynyt.

Päihteidenkäyttäjät ansaitsevat yhtä hyvää hoitoa kuin muutkin.

L I N K K E J Ä :

*fingerroos.net
a-klinikka.fi
sininauhaliitto.fi
medivida.fi
mainiovire.fi
aa-tupa.fi*

*Kehittämiprojektin raportti
www.theseus.fi » Minni Roth*

M I N N I R O T H 2 0 1 4

Päihde- hoito- työn ohjeistus

**TURUN HYVINVOINTITOIMIALA
VANHUSPSYKIATRIA**

TUNNISTAMINEN

Ota puheeksi. Alkoholikäytöstä kysyminen ja puhuminen tulisi olla yhtä luontevaa kuin muistakin terveyteen viittaavista asioista keskusteleminen.

Kysy MITEN käytät alkoholia, MITEN käytät lääkkeitä?

Varhaisella puheeksiottamisella voidaan ehkäistä ongelmien kärjistymisen. Toisaalta koskaan ei ole liian myöhäistä ottaa esille päihteiden riskikäyttöä. Oma huolen ilmaiseminen on hyvä tapa aloittaa keskustelu päihteidenkäytöstä.

Puheeksiottamisen apuvälineinä voit käyttää erilaisia mittareita. Mittarit löytyvät työyksikkösi U-asemalta otsikon ”päihdehoitotyö” alta.

PUUTTUMINEN

Yli 65-vuotiaat hyötyvät psykososiaalisesta tuesta, päihdeneuvonnasta ja rajoittavista keinoista yhtä hyvin kuin nuoremmatkin.

Aseta tavoitteet yhdessä potilaan kanssa. Älä aseta tavoitteita päihteidenkäyttäjän kanssa liian korkealle. Hyödynnä potilaan voimavarat, älä keskity pelkästään ongelmiin.

Selvitä miten potilas käyttää lääkkeitään. Potilaan toimintakyky voi olla laskenut liiallisen lääkityksen seurauksena ja liian pitkä väli lääkkeiden ottamisessa saattaa aiheuttaa vieroitusoireita.

Retkahdukset ovat osa päihdehoitotyötä. Ole kärsivällinen, siedä takapakit. Muutos ei tapahdu hetkessä.

Ota omaiset mahdollisuuksien mukaan potilaan hoitoon. On vaikeaa muuttaa yhden ihmisen käyttäytymismallia jos omaiset eivät tunnista päihdeongelmaa ja jos ympäristö missä ihminen elää ei muutu.

Pyydä apua työyhteisöstäsi, yksin ei tarvitse tehdä päätöksiä.

JATKOHOITO

Potilas tarvitsee tukea päihdeettömään elämään.

Vanhuspsykiatrian poliklinikka tarjoaa hoitoa myös päihdeongelmista kärsiville psykiatrisille potilaille.

AA:n kerhot ja A-klinikka ovat apuna myös yli 65-vuotiaille.

Fingerroosin säätiö ja Sirkkalan päiväkeskus antavat tukea ja neuvontaa myös yli 65-vuotiaille päihdeongelmisille.

Turussa avo- ja asumispalveluita ikääntyneelle päihteidenkäyttäjälle tarjoavat mm. Paattisten huoltokoti, Ratamo Turku, Pelastusarmeijan Turun hoitokoti ja Ykköskoti Artukainen.