

Minna Heiniluoma

Kaikkea on vuosien varrella yritetty

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden kohtaaminen kotihoidossa

Opinnäytetyö

Kevät 2017

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sosionomi (AMK)

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sosionomi (AMK)

Suuntautumisvaihtoehto:

Tekijä: Minna Heiniluoma

Työn nimi: Kaikkea on vuosien varrella yritetty. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden kohtaaminen kotihoidossa.

Ohjaaja: Katariina Perttula

Vuosi: 2017

Sivumäärä: 89

Liitteiden lukumäärä: 5

Tässä opinnäytetyössä tutkittiin kotihoidon henkilöstön kokemuksia asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmista sekä valmiuksia niiden kohtaamiseen. Tutkimus toteutettiin määrällisenä ja osin laadullisena tutkimuksena Webropol-kyselyn avulla. Tutkimukseen osallistui 45 työntekijää.

Opinnäytetyössä painottuu sosiokulttuurinen näkökulma ikääntymiseen ja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien auttamiseen. Sosiokulttuurisen näkökulman avulla haluan korostaa kokonaisvaltaista lähestymistapaa aiheeseen.

Teoriaosuudessa päivitetään vanhuskäsitystä ja tarkastellaan suomalaisen yhteiskunnan alkoholipolitiikassa ja –kulttuurissa vuosikymmenien aikana tapahtuneita muutoksia. Siinä myös määritellään ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmien monimuotoisuutta ja niistä kärsivien asiakkaiden kohtaamista kotihoidossa.

Tutkimustuloksista voi päätellä, että kotihoidon työntekijät kokevat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivien asiakkaiden kohtaamisen haastavana. Tuloksista nousee esiin lisätiedon ja koulutuksen tarve. Suurin osa vastaajista kokee, että ei omaa riittävästi tietotaitoa mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden kohtaamiseen.

Avainsanat: ikääntynyt, kotihoito, mielenterveys- ja päihdeongelma, sosiokulttuurinen

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor of Social Services

Specialisation:

Author/s: Minna Heiniluoma

Title of thesis: We've tried everything. Encountering clients with mental disorders and alcohol misuse in home care.

Supervisor(s): Katariina Perttula

Year: 2017

Number of pages: 89

Number of appendices: 5

The purpose of this thesis was to study the home care personnel's experiences regarding clients' mental disorders and alcohol misuse, as well as the readiness to face them. This study was executed as a quantitative research, but partly also as a qualitative one, using the Webropol-survey. Forty-five (n=45) employees took part in the study.

The focus of this thesis was the socio-cultural perspective of ageing and helping the people dealing with mental and intoxicant issues. By means of the socio-cultural perspective, the main goal is to highlight an overall approach of the topic.

The theory part of this thesis consists of an up-to-date notion of the elderly and of an analysis regarding the changes in the alcohol politics and culture of the Finnish society during the past decades. The variety of mental and intoxicant issues, as well as the home-care encountering of the clients affected, are also defined.

This study shows that home care employees find the encountering of clients with mental disorders and alcohol misuse challenging. The results also indicate the necessity of additional information and education. The majority of people who took part in the study did not find their own expertise in encountering clients with mental and intoxicant disorders as sufficient.

Key words: home care, elderly, mental disorder, alcohol misuse, socio-cultural

SISÄLTÖ

Opinnäytetyön tiivistelmä	2
Thesis abstract.....	3
SISÄLTÖ.....	4
Kuva-, kuvio- ja taulukkoluettelo	6
1 JOHDANTO	7
2 AIKAISEMMA TUTKIMUKSET	9
3 MUUTOKSET VANHUSKÄSITYKSESSÄ	13
4 MUUTOKSET ALKOHOLIKULTTUURISSA JA –POLITIIKASSA ..	20
5 MIELENTERVEYDEN ELEMENTIT	22
6 IKÄÄNTYNEEN PÄIHDEONGELMA	24
6.1. Ongelmakäytön tasot.....	24
6.2 Alkoholin käytön syitä	27
7 IKÄERITYINEN JA IKÄEETTINEN PÄIHDETYÖ	29
8 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYSONGELMAT JA –HÄIRIÖT ..	32
8.1 Masennus ja muistihäiriöt	32
8.2 Persoonallisuuden häiriöt	34
8.3 Psykoottiset häiriöt.....	35
9 KOTIHOITO	38
10 MIELENTERVEYS-	
JA PÄIHDEONGELMAINEN KOTIHOIDON ASIAKKAANA.....	41
10.1 Asiakkaan kohtaaminen.....	41
10.2 Puheeksi ottaminen	44
10.3 Työkaluja puheeksi ottamiseen	45
10.4 Motivoiva haastattelu ja lyhytneuvonta	46
11 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	50
11.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset	50
11.2 Tutkimusmenetelmät	51
11.3 Tutkimuksen eettisyys, validiteetti ja reliabiliteetti.....	51
11.4 Tutkimusprosessin eteneminen	53

11.5 Aineiston purkaminen ja analysointi	54
12 TUTKIMUSTULOKSET	56
12.1 Taustatiedot	56
12.2 Asiakkaiden mielenterveyden häiriöt ja niiden ilmeneminen	59
12.3 Tietämys ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmista.....	60
12.4 Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamisen ja ongelmiin puuttumisen valmiudet.....	61
12.5 Tiedon tarve.....	63
12.6 Kehittämisaikatuksia ja toiveita.....	64
13 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	66
Kotihoidon työntekijöiden kokemat valmiudet ja lisäkoulutuksen tarve	66
Yli 65-vuotiaiden mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asema	72
Sosiaalisen osallisuuden mahdollistaminen hyvinvoinnin lisääjänä	73
Sosiokulttuurinen vanhuskäsitelmä hyvinvoinnin edistäjänä	74
Palveluiden kehittäminen osallisuuden ja hyvinvoinnin tukemiseksi	77
LÄHTEET	79
LIITTEET.....	89

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Taulukko 1. Väestöennuste. 65-74-vuotiaat kunnittain vuosina 2015-2040.....	39
Taulukko 2. Väestöennuste. Yli 75-vuotiaat kunnittain vuosina 2015-2040.....	39
Kuvio 1. Vastaajat paikkakunnittain.....	57
Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma.....	57
Kuvio 3. Työssäolovuodet LLKY:n kotihoidossa.....	57
Kuvio 4. Vastaajien koulutus ennen tarkistamista.....	58
Taulukko 3. Vastaajien koulutus tarkistamisen jälkeen.....	58
Kuvio 5. Asiakkaiden mielenterveyden häiriöt ja niiden ilmeneminen.....	60
Kuvio 6. Valmiudet asiakkaiden mt- ja päihdeongelmien kohtaamiseen.....	61
Kuvio 7. Puuttuminen kotikäynneillä havaittuihin mt- ja päihdeongelmiin.....	62
Kuvio 8. Lisätiedon tarve.....	63

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aihevalintaan on kolme perustelua. Ensiksi ikääntyneiden määrä on jatkuvassa kasvussa, mikä jo yksistään asettaa haasteita sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Toiseksi nykyajattelun mukaisesti ikääntyneiden oletetaan asuvan kotonaan niin kauan kuin mahdollista joko itsenäisesti tai kotipalvelun turvin. Päihteiden käyttö ja mielenterveysongelmat voivat heikentää ikääntyneiden toimintakykyä niin, että kotona asuminen vaikeutuu ja voi jopa tulla mahdottomaksi. Kolmas merkittävä asia, johon ei ole mielestäni tarpeeksi kiinnitetty huomiota, ovat alkoholipolitiikassa ja –kulttuurissa tapahtuneet muutokset (Vilkkonen ym. 2010, 142) ja aikansa elänyt vanhuskäsitys, johon suuret ikäluokat ja tulevaisuuden ikääntyneet eivät enää sovi. Alkoholin käyttö on arkipäiväistynyt ollen osa yhä useamman ikääntyneen elämää.

Lähestymällä ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmia ensin teoreettisesta, yhteiskunnallisiin ilmiöihin ja ajankuvan muutoksiin painottuvasta viitekehyksestä, voidaan auttaa ymmärtämään ikääntyneiden kohdalla esiintyvää mielenterveys- ja päihdeproblematiikkaa entistä syvällisemmin. Se on tärkeää, sillä nämä ongelmat tulevat kasvamaan kotiin tuettavien ikääntyneiden määrän lisääntyessä.

Kiinnostukseni ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmia kohtaan heräsi viime vuonna TKI-projektia tehdessäni. Tein tuolloin kyselyn kotihoidon yli 65-vuotiaille asiakkaille heidän alkoholinkäyttötottumuksistaan. Sivuan kyselyn tuloksia jäljempänä. TKI-projekti innosti minua jatkamaan aiheesta ammatillisen esseeseen muodossa. Esseessäni lähestyin ikääntyneiden juomatapoja sosionomin näkökulmasta pohtien, mitkä ovat ikääntyneiden alkoholin käytön haasteet ja tulevaisuudennäkymät. Yhtenä suurena haasteena ja kehityskohteena näen perinteisen vanhuskäsityksen ja ikääntymiseen liittyvien stereotyyppien murtumisen. Tämä aihe on mielestäni niin tärkeä, että sen käsitteleminen opinnäytetyössäni omana lukunaan on paikallaan.

Sekä TKI-projektissa että ammatillisessa esseessä käsittelemällä ikääntyneiden alkoholinkäyttötottumuksia. Ensin suunnittelin tekäväni opinnäytetyöni painottuen nimenomaan ikääntyneiden päihteiden käyttöön, mutta koska päihteiden liikakäytön ohessa esiintyy usein myös psyyken ongelmia, on niidenkin tarkastelu tärkeää.

Tämä toive nousi esiin myös Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän LLKY:n kotihoidon taholta, jonka kenttätöitä tekeväälle henkilöstölle toteutin kyselyn opinnäytetyötäni varten. Halusin tietää, millaisia mielenterveydellisiä ongelmia ikääntyneillä on, miten ne ilmenevät, ja miten mielenterveys- ja päihdeongelmaiset asiakkaat kohdataan ja ongelmiin puututaan. Halusin myös tietää, mistä asioista työntekijät kaipaavat lisää tietoa, ja millaisia kehittämisajatuksia ja toiveita heillä on edellä mainittujen asiakasryhmien kohdalla.

Väestön ikääntyminen on yhteiskuntaamme puhuttava aihe. Tilastokeskuksen laatiman, aikavälille 2012-2060 sijoittuvan väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus nousee nykyisestä 18 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 ja 28 prosenttiin vuoteen 2060 mennessä (Väestöennuste 28.9.2012). Huoltosuhteen muuttuminen tuo mukanaan haasteita, jotka julkisuudessa käydyssä keskustelussa liittyvät lähinnä yhteiskunnan taloudellisen tilanteen murehtimiseen, kun työikäisten (15-64-vuotiaiden) määrä pienenee ja yli 65-vuotiaiden määrä kasvaa.

Samaan aikaan, kun ikääntyneiden määrä kasvaa, vastuuta heidän hyvinvoinnistaan ollaan siirtämässä yhteiskunnalta yksilöille itselleen. Itsenäinen kotona asuminen on tämän päivän ja tulevaisuuden visio. Läheiset sekä kotiin annettavat palvelut turvaavat ikäihmisten arkipäivää. Riittääkö se?

Ikääntyneiden juomatavoissa on tapahtunut muutoksia, jotka olisi syytä huomioida niin yhteiskunnallisessa keskustelussa kuin työpaikkojen kahvipöydissäkin. Käsitelen tätä ilmiötä myöhemmin.

Alkoholi ei ole ainoa ikääntyneiden elämänlaatua heikentävä ongelma. Mielenterveysongelmat ovat vakava uhka yksin kotona pärjäämiselle, puhumattakaan niin sanotusta kaksoisdiagnoosista eli molempien ongelmien samanaikaisesta esiintymisestä.

2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Ikääntyneiden alkoholin käytöstä on olemassa melko kattavasti kirjallisuutta, oppaita ja tutkimuksia. Aiheesta kiinnostuminen ja sen tutkiminen on kuitenkin Suomessa nuori ilmiö. Anna Alangon ja Ilkka Haarnin toimittama Ikääntyminen ja alkoholi –teos (2007) selvittää ensimmäistä kertaa Suomessa ikääntymisen ja alkoholin moninaisia suhteita. Julkaisu on Sininauhaliiton Liika on aina liikaa – Ikääntyminen ja alkoholi –tutkimus- ja kehittämishankkeen tulos. Sininauhaliitolla on myös verkkosivu (www.sininauhaliitto.fi), josta löytyy tietoa ikääntyneiden alkoholin käytöstä.

THL:n Suomi juo –tutkimus (2010) selvittää suomalaisten alkoholin käyttöä ja siinä tapahtuneita muutoksia vuosina 1968-2008. Tutkimus on kelpo väline alkoholipoliitikassa ja –kulttuurissa viime vuosikymmeninä tapahtuneiden muutosten havaitsemiseen ja mahdollistaa sen ymmärtämisen, miksi nykypäivän ikääntyneet juovat ja miksi se on ongelma paitsi nyt, myös lähitulevaisuudessa vanhusväestön määrän kasvaessa kotona asumisen kotihoidon ja läheisten turvin ollessa tavoitteena.

Vuonna 2014 julkaistulla THL:n kyselytutkimuksella puolestaan kartoitettiin yli 63-vuotiaiden suomalaisten kokemuksia hyvinvoinnista, toimintakyvystä, terveydestä, elintavoista ja palveluiden saannista. Tutkimukseen osallistui 22 371 henkilöä vastausprosentin ollessa 63 (Murto ym. 2014, 86). Tutkimuksen yhteenvedossa ja päätelmissä todettiin, että vaikka ikääntyneen väestön terveys ja toimintakyky ovat jatkuvasti kehittyneet myönteiseen suuntaan, ovat hyvinvointi-, toimintakyky- ja terveysongelmat edelleen yleisiä ja korostuvat ikääntyessä. Taloudellisen toimeentulon vaikeuksien lisäksi vastauksista ilmeni yksinäisyyden kokemuksia ja sosiaalista passiivisuutta. (Murto ym. 2014, 111.) Tutkimuksessa selvitettiin myös vastaajien alkoholinkäyttötottumuksia. Vähintään viikoittain tapahtuva humalahakuinen juominen oli melko yleistä 63-69-vuotiaiden miesten keskuudessa (30%), toiseksi yleisintä 70-79-vuotiailla miehillä (15%) ja yli 80-vuotiailla vähäisintä; kuitenkin kuusi prosenttia heistäkin ilmoitti juovansa humalahakuisesti vähintään viikoittain. Naisilla vastaavat luvut olivat miehiä matalampia, mutta siltikin 63-69-vuotiaista naisista 14 prosenttia kertoi juovansa humalahakuisesti vähintään viikoittain. (Murto ym. 2014, 104.)

TKI-projektina toteuttamaani tutkimukseen kotihoidon yli 65-vuotiaiden asiakkaiden alkoholinkäyttötottumuksista osallistui viisikymmentä kotihoidon asiakasta. Vastaajista ylivoimainen enemmistö (41) oli yli 75-vuotiaita vanhimman ollessa 96-vuotias. Alle 75-vuotiaiden osuus vastanneista oli yhdeksän henkilöä, nuorin heistä 66-vuotias. Vastanneista täysin raittiita ilmoitti olevansa 66 prosenttia, vähäristä käyttöä esiintyi 22 prosentilla ja 12 prosenttia oli riskikäyttäjiä.

Tutkimukseni vastaukset tukevat THL:n tutkimustuloksia (Murto ym. 2014, 104) siitä, että alkoholin käyttö näyttäisi vähenevän ikääntyessä, sillä vanhimpaan ikäluokkaan (yli 80-vuotiaat) kuuluvista enemmistö ilmoittautui täysraittiiksi. Tästä päätelin, että he edustavat vielä niin sanottua perinteistä vanhuskäsitystä, jonka elämään alkoholi ei ole kuulunut samalla tavoin kuin nuorempien sukupolvien.

Kuten jo aiemmin totesin, ikääntyneiden alkoholin käytöstä löytyy kirjallisuutta ja tutkimustuloksia. Media on myös tarttunut aiheeseen, ja ikääntyneiden alkoholin käyttöä koskevia artikkeleita ja haastatteluita löytyy eri julkaisuista.

Ikääntyneiden mielenterveysongelmia käsittelevä kirjallisuus painottuu havaintojeni mukaan masennukseen ja muistisairauksien mukanaan tuomiin ongelmiin. Suomen Mielenterveysseura määrittelee masennuksen yleisimmäksi ikääntyneiden mielenterveysongelmaksi. Ikääntyneiden masennusta onkin tutkittu paljon; muun muassa Sirkka-Liisa Kivelän *Depressiosta tasapainoon: hyvä elämä iäkkäänä* –teos (2009) kuvaa ikääntymiseen liittyviä psyykkisiä muutoksia, masennoitumisen monimuotoisuutta sekä masennuksen tunnistamisen periaatteita ja hoitoa. Sirkkaliisa Heimosen teos *Mielenterveys vanhuudessa* (2012) puolestaan antaa tietoa ja välineitä ikääntyneiden mielenterveysongelmien ammatilliseen kohtaamiseen ja ongelmassa tukemiseen ollen näin ajankohtainen kannanotto ikääntyneiden hyvän mielenterveyden puolesta.

Myös vakavammista psyyken sairauksista, kuten skitsofrenia tai kaksisuuntainen mielialahäiriö, on saatavilla tutkimusmateriaalia. Kuitenkaan näistä vakavammista sairauksista ei juurikaan kuule käytävän julkista keskustelua samoin kuin ikääntyneiden masennuksesta. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastaa Suomessa noin 50 000 henkilöä. Sairaus puhkeaa usein suhteellisen nuorena, ja vaikka oireet saataisiinkin melko hyvin hallintaan, sairaus ei kuitenkaan yleensä parane. Näin ollen

ikäntyneiden ihmisten joukossa on myös skitsofreniaa sairastavia, joten sairautta on syytä käsitellä tarkemmin opinnäytetyössäni.

Ikäntyneiden mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien kohtaamisesta sosiaali- ja terveysalan henkilöstön näkökulmasta on olemassa jonkin verran tutkimustietoa. Katja Vihervän ja Marjo Äijäsen opinnäytetyö *Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa* (2013) kuvaa nimensä mukaisesti edellä mainitun asiakasryhmän kohtaamista Hämeenlinnan kaupungin Ikäihmisten hoidon ja hoivan kotihoidon henkilöstön näkökulmasta. Vihervä ja Äijänen selvittivät tutkimuksessaan, miten työntekijät kohtaavat mielenterveys- ja päihdeongelmaiset asiakkaat ja mitä vahvuuksia ja kehittämisen kohteita heillä on kohtausilanteisiin liittyen. Opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen Vihervä ja Äijänen suorittivat Webropol-kyselyllä kuten itsekin tein. Tutkimuksensa johtopäätöksissä Vihervä ja Äijänen totesivat henkilöstön kaipaavan lisäkoulutusta erityisesti samanaikaista mielenterveys- ja päihdehäiriötä sairastavien asiakkaiden kohtaamisessa (Vihervä & Äijänen 2013).

Marjo Taittosen pro gradu –tutkielma (2011) *Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa – asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet puolestaan syventyy nimenomaan päihteitä käyttävän kotihoidon asiakkaan kohtaamiseen työntekijän näkökulmasta*. Taittosen tutkimuksessa tarkastellaan, miten kotihoidon työntekijät tulkitsevat omaa rooliaan kohdatessaan runsaasti alkoholia käyttävän asiakkaan. Taittosen tutkimukseen osallistui erään keskisuuren kaupungin kotihoidon työntekijöitä. Tutkimuksen johtopäätelmien mukaan työntekijät kokevat olevansa päihteitä käyttävien asiakkaidensa viimesijainen apu, mutta heillä ei ole keinoja auttaa asiakkaita. Huoli asiakkaista ilmenee hoivana ja huolenpitona, mikä Taittosen mukaan mahdollistaa asiakkaiden juomisen. Alkoholisoituneiden ikäihmisten asiakkuutta kuvataan loppuajan asiakkuudeksi, johon ei puututa, jollei siitä aiheudu ympäristölle vaaraa.

Useat tutkimukset puoltavat näkemystä, jonka mukaan niin mielenterveys- kuin päihdeongelmia voitaisiin ehkäistä puuttamalla niihin ajoissa paitsi terveydenhuollon keinoin, myös sosiaalista tukea tarjoamalla ja sosiaalista osallisuutta ylläpitämällä. Leemannin, Kuusion ja Hämäläisen (2013, 3) sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohankkeen selvityksen mukaan sosiaalisen osallisuuden li-

sääminen nähdään tärkeäksi yhteiskunnalliseksi asiaksi, mistä kertoo sekin, että se oli kirjattu sekä Kataisen että Sipilän hallitusohjelmiin. Leemann ym. (2013, 3) jatkavat, että sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Kaste) sosiaalinen osallisuus on mainittu merkittävänä periaatteena. Sosiaalista osattomuutta kokevien riskiryhmiin kuuluviksi Kaste nimeää ikäihmiset sekä mielenterveys- ja päihdekuntoutujat, siis juuri ne kotihoidon asiakkaat, joita tämäkin opinnäytetyö koskee. Kotihoidon asiakkailla – sairauksista ja toimintakyvystä riippuen – saattaa olla hyvinkin kapea sosiaalinen verkosto, mikä puolestaan altistaa erilaisille mielenterveyden häiriöille ja päihteiden liikkakäytölle.

Timo Nurmelan (2012) sosiaalityön pro gradu -tutkielma tutkii sosiaalisen osallisuuden ilmenemistä ikääntyneiden arjessa. Sosiaalisen osallisuuden vastakohtana on syrjäytymistä aiheuttava sosiaalinen osattomuus. Nurmela (2012, 12-13) lainaa gradussaan Anna-Liisa Niemelän (2009, 25-27) artikkelia. Niemelä kirjoittaa yhteiskunnallisen tilanteen muuttuneen niin, että ikäihmisten syrjäytyminen on kasvamassa oleva uusi ilmiö, joka johtuu vanhuuden moninaistumisesta ja eriarvoistumisesta. Hän toteaa myös, että kun syrjäytyminen on aiemmin johtunut esimerkiksi köyhyydestä aiheutuvasta osattomuudesta ja yksinäisyyden tuomasta kokemuksesta syrjäytymisestä, nyt se voi johtua toiminta- ja liikkumiskyvyn menetyksestä, dementiaasta tai mielenterveysongelmista. Käsittelen opinnäytetyössäni ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmia sekä niiden kohtaamista sosiaalisesta näkökulmasta muun muassa edellä mainittuja tutkimuksia hyödyntäen.

Käytän myös aiempia tutkimuksia, kuten Laura Kilven (2010) pro gradu -tutkielmaa Tää hioo ihmisestä sen terävimmän kärjen, seuraavassa luvussa, jossa tarkastelen vanhuskäsityksen muuttumista viime vuosikymmenien aikana. Tiedetään, että nykypäivän ikäihminen on tavoiltaan ja toiminnaltaan erilainen kuin edellisten sukupolvien ikääntyneet. Muuttuneen vanhuskäsityksen tiedostava pohtiminen on tärkeää, sillä se saattaa auttaa ymmärtämään tämän päivän ikääntyneiden erityisesti päihteiden käytössä esiintyviä ongelmia, mutta myös mielenterveyden häiriöitä.

3 MUUTOKSET VANHUSKÄSITYKSESSÄ

Vanhuskäsitelmä tarkoittaa yhteiskunnassa yleisesti vallitsevaa käsitystä, ajatusta tai mielipidettä ikääntyneistä ihmisistä, vanhuudesta ja vanhenemisestä. Se vaikuttaa siihen, millaista arvostusta ikäihmiset saavat yhteiskunnassa osakseen, millaisena hyvä ja tavoiteltava vanhuus nähdään, ja millaiset ovat ikääntyneen ihmisen oikeudet ja velvollisuudet. (Rautava 2015, 30.)

Ikääntyneistä käytetään arkipuheessa termejä vanhus, vanha, ikääntyvä, iäkäs, ikäihminen, vanheneva, seniori, eläkeläinen ja niin edelleen. Se, mitä termiä kulloinkin käytetään, riippuu siitä, millainen kuva ikääntyneistä halutaan antaa: myönteinen ja aktiivinen – esimerkiksi palvelujen ostaja – vai kurjistuva, unohdettu, syrjään työnnetty ja toisista riippuvainen. Käytetyt käsitteet ovat siis kontekstisidonnaisia ja niiden moninaisuus viittaa yhteiskunnassa eri aikoina vallitsevaan käsitykseen ikääntyneistä: nähdäänkö heidät taakkana vai käytettävissä olevana voimavarana. (Okulov 2008, 14.)

Vanhuus on totuttu ymmärtämään raihnaisuuden ja vaivojen aikakautena, mikä on johtanut vanhuuden kulttuurisen kuvan ohittamiseen. Vanhuutta ja vanhenemistä ei ylipäättäen haluta aina edes myöntää. (Okulov 2008, 16.) Me kaikki kuitenkin vanhenemme, halusimme tai emme. Laura Kilpi esittelee pro gradu –tutkielmassaan (2010, 10-11) pilapiirtäjä Kari Suomalaisen Kolmivarpain sammakko –teoksessa (Suomalainen 1976) esiintyvät neljä stereotyyppistä mummoa, jotka pilapiirtäjän näkemyksen mukaan löytyvät yhteiskunnastamme: kilttummot, kättymummot, könttummot ja kuolemanmummot.

Kilttummo muistuttaa lastenkirjoista tuttua, puuroa keittävää isoäitiä, jolla on harmaa tukka ja punaiset posket ja joka on lempeä ja elämänmyönteinen. Kättymummo on kättynen, koska mikään maailmassa ei ole hyvin. Könttummo on lihava, kaukaisuuteen tuijottava apaattinen henkilö, joka ei välitä mistään. Kuolemanmummolla on musta hattu, musta krimiturkki ja hänen henkensä haisee hautausmaalle ja kun hän köhisee, niin ristit vain lentelevät suusta.

Muiden paitsi Kilttummon asenne elämää ja kenties vanhuutta ja vanhenemistä kohtaan on negatiivinen. Suomalaisen mummojako viittaa jo edellä ilmenneeseen käsitykseen siitä, että yhteiskunnassamme vanheneminen usein nähdään kirjava-

na ja negatiiviseen painottuvana elämänvaiheena. Toisinkin on: Kilpi viittaa gradussaan (2010,11) suomalaisiin kansanviisauksiin sanoessaan, että vanhukset koetaan myös viisaina, hyvin toimeentulevina ihmisinä; toisin sanoen heillä on henkistä ja taloudellista pääomaa.

Tämän päivän – ja tulevaisuuden – vanhuskäsitystä pohtiessa on paikallaan nostaa esiin sukupolvi, joka tulee olemaan lähitulevaisuudessa valtava hoivapalveluiden käyttäjäryhmä: suuret ikäluokat. He ovat sukupolvi, jonka nuoruuden aikana tapahtuneet yhteiskunnalliset muutokset ovat vaikuttaneet siihen, millaisia ikään-tyneitä he ovat ja tulevat olemaan.

*Kun Suomi putos puusta aikarauta näytti seitsemää
Kahdeksalta jalka poikki tasoelinkisoihin
Toinen jalka navetassa, toinen tenniskentällä
Toinen käsi utareella, toinen kaukosäätimellä*

*Metsäläinen mielikieli vatkaa suuta suurempaa
Savusaunan pimeydessä datanomin onni saa
Hämäläisen Veijo kääntää kiinalaista pizzaa
Kolumbuksen hansaherkun nimiin vääntää risukimpun*

*Suomi putos puusta kaikki kävi äkkiä
Ei nähty itse sikaa eikä edes säkkiä
Kun Suomi putos puusta maito oli milkkiä
Pilkkisaalis pakasteita, yöt blackiä*

Kun Suomi putos puusta kaikki kävi kovin äkkiä.

- Ismo Alanko

Suuret ikäluokat ovat yhteiskunnassamme melkein jokaiselle tuttu käsite. Yleisen määrittelyn mukaan suuriin ikäluokkiin kuuluvat vuosina 1945-1949 syntyneet. Noina vuosina Suomessa syntyi yli 100 000 lasta vuodessa. Tällä hetkellä suuriin ikäluokkiin kuuluvia 68-72-vuotiaita on elossa noin 390 000 henkilöä. (Tilastokeskus 2012.) Suuret ikäluokat syntyivät sodan jälkeisinä vuosina ja varttuivat aikuisiksi omaperäisen historiallisessa tilanteessa. 1960-luvun kulttuurimurros oli aikaa, joka teki heistä yhteiskunnassa muista ikäluokista erottuvan, itsestään tietoisien sukupolven (Karisto 2005, 23).

Suurten ikäluokkien vanhemmat olivat sodassa mukana, joten heidän arvonsa olivat luonnollisesti erilaisia kuin lastensa, jotka varttuessaan halusivat muutosta ja kansainvälistymistä Euroopan suuntaan. Paljon on muutoksia tapahtunutkin, esimerkiksi eurooppalaistuminen on tällä hetkellä todellista arkipäivää Suomessa (Krans-Suonpää 2008, 39).

Kuusikymmentäluvulla, jolloin suuret ikäluokat elivät nuoruuttaan, tapahtui muutoksia niin politiikan kuin kulttuurinkin saralla. Yhtäkkiä nuoruus tarkoitti uusia elämäntapoja, lisääntyntä vapaa-aikaa viisipäiväiseksi muuttuneen työviikon ansiosta sekä vapauden kokemuksia. Ravintoloiden merkitys kasvoi ja alkoholin käyttö arkipäiväisty myös naisten keskuudessa. Rock-musiikin tuleminen Suomeen oli iso asia, ja suuria ikäluokkia pidetäänkin ensimmäisenä nuorisosukupolvena ja nuorisokulttuuri –käsitteen alullepanijoina. Elvis, Beatles, Rolling Stones, Bob Dylan, Jimi Hendrix, Blues Section, Jukka Kuoppamäki, protestilaulut ja folk; se, mitä joskus kuviteltiin ajan tai iän ilmiöksi, osoittautuikin sukupolvi-ilmiöksi. (Karisto 2005, 33-34.) 1960-luvun nuoret, toisin sanoen tämän päivän ikääntyneet, kuuntelevat rockia ja tulevat olemaan digitaalisten musiikkipalvelujen ahkeria käyttäjiä nuorempien sukupolvien tapaan, uskoo Universal Musicin toimitusjohtaja Kimmo Valtanen (Verkkouutiset 19.8.2015).

Suomi-rockin ikivihreät klassikot tulevat olemaan ensi vuonna yksi niistä tekijöistä, joilla suuret ikäluokat saadaan mukaan musiikin digitaalisen kuluttamisen pariin. – Kimmo Valtanen

Valtansen kommentti viittaa myös siihen, että suuret ikäluokat ovat ensimmäisiä ikääntyneitä, jotka porskuttavat suvereenisti päivä päivältä enemmän digitalisoituvassa maailmassa.

Suuria ikäluokkia voidaan kutsua nivelsukupolveksi. He ovat saaneet lapsuudestaan lähtien aineksia omakuvaansa uusia asioita ennakkoluulottomasti vastaanottavana muutossukupolvena, mutta he myös muistavat, millaista ennen oli. Yli kolme neljäsosaa sukupolvesta syntyi maaseudulla, mutta muutti myöhemmin kaupunkiin. Heillä on kokemusta erilaisista elinympäristöistä: agraarisesta Suomesta valkolautaisine puutalon nurkkineen, peltoineen ja metsineen, mutta myös hedonistisesta kulutuskulttuurista toisenlaisessa miljöössä. (Karisto 2005, 39.)

Tässä luvussa suurten ikäluokkien nuoruuteen kuuluvia yhteiskunnallisia murroksia käsitellään pintaraapaisella ja yleisimmillä tuohon sukupolveen liitettyjen ominaisuuksien ja mielikuvien muodossa. Haluan osoittaa, että stereotyyppisen kuvan luominen jostain ihmisjoukosta on verraten helppoa, kuten Kari Suomalainen osoitti mummolajeillaan ja itse tässä suuria ikäluokkia stereotyyppioiden. Koska kuitenkin tosiasia on, että suuret ikäluokat ovat ensimmäinen ikääntyneiden sukupolvi, jonka elämä poikkeaa rajusti edellisistä sukupolvista ja he tulevat olemaan erilaisia hoivattavia kuin vanhempansa tai isovanhempansa, on heidän erityispiirteistään paikallaan muistuttaa.

Elinajan pidentyminen ja toimintakykyisten vuosien lisääntyminen siirtävät varsinaisen vanhuuden alkamista eteenpäin. Vanhenemisen voidaan nähdä olevan vaiheittain tapahtuva prosessi, jossa toiset elävät pidempään ilman suurempia terveysongelmia, kun taas toiset kärsivät suuristakin terveydellisistä rajoitteista kuten fyysisen toimintakyvyn vajeista tai dementiasta (Third Age community, [viitattu 21.1.2017].) Ikääntymisestä ja vanhuudesta käytetään nykyisin erilaisia käsitteitä. Brittiläisen sosiaalhistorioitsija Peter Laslettin (1987) kehittämän teorian mukaan edellä mainittuja vanhenemisen vaiheita voidaan tarkastella kolmannen ja neljännen iän käsitteillä. Ensin mainittu ikääntyneiden joukko elää aktiivista kolmatta ikäänsä jälkimmäisen kuuluessa alentuneen terveyden ja toimintakyvyn omaavien neljäsisikäläisten joukkoon. Tämän perusteella olisi melko helppoa päätellä, minkä ikäisistä ihmisistä on kyse, mutta asia ei ole niin yksinkertainen. Laslett (1987, 1991) nimittäin esittää, että kolmas ja neljäs ikä eivät ole vain kronologisia iäkiä. Kolmas ikä tosin alkaa eläköitymisestä tai vähän sitä ennen, mutta neljännen iän alkamiselle ei ole mitään ennalta määriteltyä alkamisikää. Samanikäiset ihmiset voivat olla terveydeltään ja toimintakyvyltään huomattavasti erilaisia, ja se on tekijä, joka Laslettin (1987, 1991) mukaan määrittää siirtymisen kolmannesta iästä neljänteen ikään. (Third Age Community, [viitattu 21.1.2017].)

Kolmas ikä on siis työelämän ja varsinaisen vanhuuden väliin sijoittuva elämänvaihe. Sen syntymisen ovat mahdollistaneet keskimääräisen eliniän pitenemisen lisäksi riittävän korkea elintaso ja hyvät koulutusmahdollisuudet, terveydenhuolto ja kulutuskulttuuri. (Saarenheimo 2014, 8.) Edellä mainitut suuret ikäluokat elävät parhaillaan kolmatta ikäänsä ollen nyt 68-72-vuotiaita.

Laslettin (1987, 1991) mukaan kolmannelle iälle ominaisia piirteitä ovat psyykkinen ja fyysinen terveys, elämästä nauttiminen ilman työvelvoitteita sekä taloudellinen toimeentuleminen. Muut kolmanteen ikään liitettävät tunnuspiirteet, kuten sosiaalisten roolien väljyys ja itsensä toteuttamisen vapaus esimerkiksi matkustelun ja opiskelun kautta ovat verrattavissa edellä mainitsemaani 1960-luvulla syntyneeseen nuorisokulttuuriin, joka on kulkenut suurten ikäluokkien mukana heidän nuoruusvuosistaan aina seniori-ikään saakka. Nuorisokulttuurin tavoin myös kolmas ikä voidaan ymmärtää vastustuksena kaikelle sille, minkä ajatellaan kuuluvan perinteiseen vanhuuteen. Tämä voi johtaa siihen, että kolmatta ikäänsä elävät etsivät samaistumisen kohteita itseään nuoremmilta ikäpolvilta, koska aiemmat sukupolvet nähdään epämieluisina malleina vanhenemisestä. (Saarenheimo 2014, 9.)

Nykypäivän kolmatta ikäänsä elävät ovat siis edeltäviä sukupolvia terveempiä ja hyväkuntoisempia. He myös tiedostavat tarpeensa ja tavoitteensa ja osaavat priorisoinnin taidon. Pelko raihmaisesta vanhuudesta aiheuttaa sen, että he mieluummin korostavat erilaisuuttaan perinteiseen vanhuuteen kuin samanlaisuutta suhteessa oman ikäryhmänsä nuorekkaisiin edustajiin (Saarenheimo 2014, 9).

Neljännän iän käsitteen määrittely on hajanaista ja monin eri tavoin tapahtuvaa. Joskus sen ymmärretään automaattisesti tarkoittavan 85 vuoden iän ylittämistä, joskus se rajataan tarkoittamaan iäkästä henkilöä, jonka toimintakyky on heikko ja jolla on runsas palveluiden tarve. Toisin sanoen henkilön ei nähdä enää selviytyvän arjen haasteista omatoimisesti. (Saarenheimo 2014, 11.) Laslett (1987, 1991) määrittelee neljännän iän vaiheena, jonka ominaisia piirteitä ovat huono psyykkinen ja/tai fyysinen terveys, jotka heikentävät kykyä itsenäiseen ja taloudellisesti vakaaseen elämään. Siten Laslett näkee neljännän iän olevan aikakausi, jolloin ihminen tulee riippuvaiseksi muiden huolenpidosta loppuelämänsä ajaksi. (Third Age Community, [viitattu 21.1.2017].)

Amanda Grenier (2007, 2012), joka on tutkinut neljättä ikää, analysoi vanhojen ihmisten subjektiivisia kertomuksia valintojen tekemisestä eri elämäntilanteissa. Grenierin analyysissä selvisi, että myös aivan elämän viime vaiheissa ihmiset tekevät omaan persoonaansa ja elämäntilanteeseensa sopivia ratkaisuja erilaisten strategioiden avulla. Näin he käsittelevät vanhenemisen myötä ilmeneviä fyysisiä ja kognitiivisia muutoksia.

Grenier löysi kolmenlaisia tapoja, joilla tutkimukseen osallistuneet henkilöt käsittelivät neljänteen ikään siirtymistä: jotkut vähensivät tarkoituksella aktiivisuuttaan ja ikään kuin antautuivat ikääntymisen mukanaan tuomille muutoksille, kun taas jotkut pyrkivät etäännyttämään itsensä vanhenemisestä esimerkiksi välttelemällä huonokuntoisia ikätovereitaan. Kolmas tapa oli aktiivinen sopeutuminen vanheneeseen. (Grenier 2007, 2012.)

Laslettin (1989, 1991) ikäteoria antaa melko lohduttoman kuvan neljännestä iästä. Eläkeläisten ikääntymiseen liittyneitä käsityksiä tutkineen Rautavan (2015, 22) mukaan näkyvissä olevan aktiivisuuden hiipuminen ei välttämättä tarkoita sitä, että vanhus ei olisi mukana erilaisissa sosiaalisissa maailmoissa; nuo maailmat muodostavat symbioottisen kokonaisuuden, johon kuuluvat menneisyys, nykyhetki ja tulevaisuus. Ne ovat ehkä olemassa vain kuvitteellisella tasolla, mutta vanhuksella on silti oikeus ja tarve kokea osallisuutta neljännessäkin iässä. Osallisuuden tukeminen ja turvaaminen on tärkeää.

Rautava (2015, 32) näkee, että vanhuskäsitystä on nykyisin ryhdytty suuntaamaan tietoisesti kohti sosiokulttuurista vanhuskäsitystä, joka korostaa ikääntynyttä yksilöllisenä, oman elämänsä aktiivisena toimijana. Sosiaalinen ikääntyminen kietoutuu yhteiskunnassa vallitseviin vanhuskäsityksiin, kulttuuriin ja rakenteisiin, jotka vaikuttavat arkeen ja elämäntapoihin. Ne puolestaan vaikuttavat siihen, miten omaan ja muiden ikääntymiseen suhtaudutaan.

Tämän päivän yhteiskunnassa vaikuttaa edelleen vahvasti biolääketieteellinen käsitys vanhuudesta. Se korostaa vanhuutta, kuten jo aiemmin ilmeni, sairauksina ja raihnaisuutena, toisin sanoen nostaa esiin vanhenemisen negatiiviset puolet. Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys taas korostaa vanhuuden moninaisuutta ja ikäänntyneiden voimavaroja ja vahvuuksia. Sosiaalisessa kontekstissa huomio kohdistetaan erilaisiin tapoihin ymmärtää ikääntyminen. (Rautava 2015, 30.)

Toimivan, uuden ajan vanhustyön avain on yksilöllisyyden tunnistaminen ja kunnioittaminen. Ikäihmisistä ei voi puhua massana, ja yhtä tarpeetonta on tympeä kahtiajako aktiivisiin supersenioreihin ja passiivisiin autettaviin. Uuden vuosituhannen ihanne fyysisesti tarmokkaasta, yltiösosiaalisesta vanhuksesta ei ole ainoa oikea. (-Laura Friman.)

Tässä opinnäytetyössä sosiaalisella kontekstilla ja sosiokulttuurisella vanhuskäsitteellä on suuri merkitys tarkasteltaessa ikääntyneitä mielenterveys- ja päihdeongelmaisia ja heidän ammatillista kohtaamistaan kotihoidossa. Myönteinen ja aktiivinen vanhuskäsitteitys ottaa huomioon ikääntymisen mukanaan tuomat haasteet, kuten toimintarajoitteet ja sairaudet, mutta sen päätarkoitus on ikäihmisten voimavarojen tukemisessa ja vahvistamisessa (Ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma, Rovaniemi 2015, 5). Hoito- ja hoivatyössä sekä sosiaalialalla vallitsee holistinen ihmiskäsitys, jossa ihminen nähdään psyykkisenä, fyysisenä, sosiaalisena ja hengellisenä kokonaisuutena. Sosiokulttuurinen vanhuskäsitteitys pohjautuu tähän käsitykseen (Ikääntyneen väestön...) ollen siten luonteva lähestymistapa ikääntymiseen ja kaikkeen siihen liittyvään.

4 MUUTOKSET ALKOHOLIKULTTUURISSA JA –POLITIIKASSA

*Hikisiltä poskipäiltä räkä valuu minne lie
Koskenkorva körttikansan nirvanaan vie - Ismo Alanko*

Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos (THL) selvittää Suomi juo –teoksessa (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010) suomalaisten alkoholin käytössä tapahtuneita muutoksia vuosina 1968-2010. Karlsson ja Österberg (2010, 14-15) esittävät teoksen alussa olevassa artikkelissaan karun toteamuksen, että suomalaisten alkoholin käyttö on kolminkertaistunut 40 vuodessa. Kun vuonna 1968 alkoholin kokonaiskulutus oli sataprosenttiseksi alkoholiksi muutettuna 3,6 litraa asukasta kohti, niin vuonna 2008 vastaava luku oli peräti 10,4 litraa. Kasvun taustalta löytyy monia syitä taloudellisista ja alkoholipoliittisista tekijöistä yhteiskunnan sosiaaliseen ja kulttuuriseen muutokseen. (Härkönen & Österberg 2010, 155).

Taloudellisista ja alkoholipoliittisista tekijöistä merkittävimpinä voidaan mainita käytettävissä olevien reaalityulojen kasvu suhteessa alkoholin pitkään melko vakaina pysyneisiin reaalihintoihin. Yhtä merkittävä oli vuonna 1968 säädetty alkoholilaki, joka alensi alkoholin ostoikärajaa, antoi Alkolle oikeuden perustaa myymälöitä myös maaseudulle, helpotti anniskeluoikeuksien myöntämistä ja toi keskioluen ruokakauppoihin. (Karlsson & Österberg 2010, 22.) Alkoholilainsäädäntöä on vuosien varrella uudistettu muun muassa sääntelemällä alkoholiverotusta, helpottamalla alkoholin tuomista ulkomailta, sallimalla juominen yleisellä paikalla ja vapauttamalla mietojen alkoholijuomien mainontaa (Härkönen & Österberg 2010, 156).

Alkoholin kulutus on kulttuuri- ja aikakaussidonnaista: siihen vaikuttaa yhteiskunnan kyky sietää alkoholin aiheuttamia haittoja eri aikoina (Härkönen & Österberg 2010, 155). THL:n Juomatapatutkimuksessa (17.5.2014) on vuodesta 1968 alkaen esitetty väittämä ”kohtuullinen alkoholin käyttö kuuluu tavalliseen elämään”. Tällä kysymyksellä on pyritty selvittämään ihmisten arkielämään liittyviä alkoholikäsitteitä ja alkoholiin liittyvää moraalista näkökulmaa. Vuonna 1968 lähes kaksi kolmesta miehestä katsoi kohtuukäytön olevan osa tavallista elämää, naisista vain alle puolet. 40 vuotta myöhemmin noin neljä viidestä suomalaisesta piti kohtuullista alkoholin käyttöä tavalliseen elämään kuuluvana, eikä miesten ja naisten vasta-

uksissa ollut enää juurikaan eroja. Kohtuukäytön hyväksyvä asenne ei kuitenkaan tarkoita kielteistä suhtautumista suurkulutusta kohtaan, eikä yhä sallivampi asenne kohtuukäyttöön *asennetasolla* ole vähentänyt humalakulutusta *käyttäytymistasolla*, päinvastoin: viimeisten 40 vuoden aikana sekä miesten että naisten humalakulutus on lisääntynyt suhteessa kohtuukulutukseen. (Härkönen & Österberg 2010, 159-160.)

Alkoholiin suhtautuminen riippuu tilanteista, joissa sitä käytetään. Tilannekohtaiset normit kytkeytyvät sosiaaliseen kontekstiin sen mukaan, kuinka paljon ja millä tavoin juodaan, sekä kenelle juominen on soveliaista. Alkoholin käyttö yhdistetään normaalista arjesta eroaviin tilanteisiin, minkä vuoksi vapaa-aikana tapahtuvaan alkoholin reippaaseenkin käyttöön suhtaudutaan aikaisempaa sallivammin. Toisaalta suhtautuminen alkoholiin on selvästi kaksijakoista, sillä vaikka juominen sallitaan, niin alkoholihaittoja ei kuitenkaan siedetä eikä niitä olla valmiita yhteiskunnan varoista maksamaan. (Härkönen & Österberg 2010, 160-161, 165.)

Alkoholia käyttävien ikääntyneiden määrä on kasvanut ja kasvaa jatkuvasti, mitä voidaan selittää muun muassa alkoholin käytön arkipäiväistymisellä ja eliniän pitenemisellä (Ikääntyminen ja alkoholi, 3.4.2013). Vaikka alkoholin käyttö on, kuten sanottu, arkipäiväistynyt eivätkä asenteet yleisesti juomista kohtaan ole enää yhtä tiukan moralisoivia kuin aiemmin, on ikääntyneiden juominen asia, josta ei mielellään yhteisöissä puhuta. Vaikeneminen voi johtua siitä, ettei ongelmaa nähdä, mutta myös siitä, että sitä ei haluta nähdä. Tosiasia kuitenkin on, että nykypäivän 65-75-vuotiaat ovat sukupolvea, jonka nuoruudessa on tapahtunut merkittäviä alkoholipoliittisia ja -kulttuurisia muutoksia. Ne yhdistettynä agraarisen Suomen teollistumiseen ja sitä kautta kaupungistumiseen, sekä koulutuksen mahdollistumiseen kaikille sosioekonomisesta asemasta riippumatta ovat olleet muokkaamassa sitä kontekstia, josta käsin nykypäivän ikääntyneiden alkoholin käyttöä voi ja kannattaa tarkastella. Kuten aiemmin jo mainitsin, suurten ikäluokkien nuoruuteen kuului myös populaarikulttuurin rantautuminen Suomeen, ja popkulttuuri on tullut jäädäkseen vaikuttaen siten kaikkiin sukupolviin suurten ikäluokkien jälkeen, niin myös tuleviin ikäihmisiin, jotka vielä ovat nuoria.

5 MIELENTERVEYDEN ELEMENTIT

Suomi nosti EU:n puheenjohtajanaan vuonna 1999 toimiessaan mielenterveyteen liittyvät ja erityisesti sen edistämiseen liittyvät kysymykset esille. ”Ei ole terveyttä ilman mielenterveyttä” oli tuona vuonna pidetyn EU:n mielenterveyskonferenssin iskulause. (Sohlman, Immonen & Kiiikkala 2005, 210.) Terveys ja hyvinvointi ovat tärkeitä arvoja riippumatta siitä, minkä ikäinen ihminen on. Tässä opinäytetyössä käsitellään ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien kohtaamista. Ennen näiden ongelmien käsittelyä koen tärkeäksi määritellä, mitä mielenterveydellä tarkoitetaan, sillä mielenterveyden ja hyvinvoinnin nähdään yhä selkeämmin olevan elinikäisen terveyden sekä emotionaalisen, kognitiivisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tärkeitä osatekijöitä (Tamminen & Solin 2013, 12).

Viime vuosikymmenien aikana mielenterveystyössä on alkanut yhä enemmän painottua kokonaisvaltaisen terveyden ja ihmiskäsityksen tavoittelu: mielenterveys nähdään osana ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä ja hyvää elämää (Noppari ym. 2007, 16). Mielenterveydestä on olemassa lukuisia määritelmiä, jotka painottavat sitä eri aspekteista koulukunnasta riippuen. WHO määrittelee mielenterveyden edellä mainitun kaltaisesti mutta laajemmin hyvinvoinnin tilaksi, jossa ihminen pystyy näkemään omat kykynsä ja selviytymään elämään kuuluvissa haasteissa sekä työskentelemään ja ottamaan osaa yhteisönsä toimintaan (Suomen Mielenterveysseura, [viitattu 30.10.2016]). Väistämättä tulee mieleen kysymys: entä ikääntyneet? Miten he sopivat tuohon WHO:n määritelmään, etenkin kahteen viimeisimpään, joissa työskentelyn ja osallisuuden yhteisössä nähdään olevan kiinteä osa mielenterveyttä ja hyvinvointia? Tämän päivän ikääntyneissä on niitä, jotka menestyvät ja jotka sopivat WHO:n määritelmään, mutta yhä enenevässä määrin myös niitä, jotka eivät nauti hyvästä sosioekonomisesta asemasta ja jotka ovat syrjäytymisvaarassa monien eri ongelmien takia. Heidän mielenterveytensä tukeminen on haaste yhteiskunnalle, joka painottaa paitsi yksilön oikeuksia, myös velvollisuuksia.

Psyykinen hyvinvointi ei tarkoita vain mielenterveysongelmien puuttumista. Se voidaan nähdä prosessina, jossa ihminen pyrkii pitämään yllä psyykkistä tasapai-

noa vaihtuvissa olosuhteissa ja elämäntilanteissa. Psykologisesta näkökulmasta mielenterveydellä tarkoitetaan yksilöllisten elämäkokemusten, biologisten tekijöiden sekä sosiaalisten ja yhteisöllisten tekijöiden vuorovaikutusta (Heimonen & Pajunen 2012, 42), mikä näkyy arjessa hyvänä itsetuntona, elämäntilanteiden tunteena, optimismina, mielekkäänä toimintana, kykynä solmia tyydyttäviä sosiaalisia suhteita sekä taitona kohdata vastoinkäymisiä (THL: Hyvän mielenterveyden edistäminen 2014).

Koska mielenterveys on monien tekijöiden summa, sen tilaa määräävät monet toisiinsa kytkeytyvät tekijät, kuten yksittäisten ominaisuuksien monimutkainen vuorovaikutus ja kulttuuriset, sosiaaliset, taloudelliset ja perhe-elämän olosuhteet (Tamminen & Solin 2013, 17). Puuttamalla varhain huomattuihin ongelmiin millä tahansa edellä mainitulla osa-alueella voidaan alentaa mielenterveyshäiriön kehittymistä. Koska mielenterveyshäiriöt ja päihteiden liikkakäyttö kulkevat usein käsi kädessä, hyvää mielenterveyttä ylläpitämällä ja edistämällä voidaan ennaltaehkäistä myös päihdeongelman alkaminen.

Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on hyvää mielenterveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden lisääminen sekä mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäiseminen. Yksilötasolla mielenterveyden edistämisen eteen tehtävä työ tapahtuu tukemalla itsetunnon ja elämäntilanteiden vahvistamista. Yhteisötasolla tapahtuvassa työssä on tärkeää vahvistaa sosiaalista tukea ja osallisuutta sekä lisätä lähiympäristön viihtyisyyttä ja turvallisuutta. Rakenteellista työtä puolestaan on esimerkiksi taloudellisen toimeentulon turvaaminen sekä sellaisten yhteiskunnallisten päätösten tekeminen, joilla vähennetään syrjintää ja epätasa-arvoa. (THL: Hyvän mielenterveyden edistäminen 2014.) Kotihoidossa työskentelevien voi olla vaikeaa toteuttaa rakenteellista työtä yhteiskunnallisten päätösten osalta, mutta he voivat omalla toiminnallaan edistää asiakkaidensa mielenterveyttä vahvistamalla fyysisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja henkisen terveyden tasapainoa (THL: Hyvän mielenterveyden edistäminen 2014) ja näin sekä ehkäistä ongelmien syntymistä, mutta myös lievittää olemassa olevien mielenterveyden häiriöiden aiheuttamaa elämäntilanteiden heikkenemistä.

6 IKÄÄNTYNEEN PÄIHDEONGELMA

Jo yksin ikääntyminen aiheuttaa muutoksia terveydessä ja toimintakyvyssä. Mitä tapahtuu, kun kuvioissa on mukana alkoholi? Kysymykseen ei ole yksiselitteistä vastausta, sillä alkoholin vaikutukset ikäihmisiin riippuvat siitä, kuinka paljon ja kuinka usein alkoholia kuluu. Myös elimistön vanheneminen ja siihen liittyvät sairaudet ja lääkitykset vaikuttavat ikääntyneiden alkoholin sietokykyyn (Havio, Inkinen ja Partanen 2008, 55).

Arvioidaan, että Suomessa 5-10 prosentilla yli 64-vuotiaista on ainakin ajoittaista alkoholin ongelma- ja riskikäyttöä. Pitkittyneestä alkoholiriippuvuudesta kärsii noin yksi prosentti edellä mainittuun ikäryhmään kuuluvista. Suurimman osan alkoholiongelmista arvellaan kuitenkin jäävän piiloon. (Suhonen, 16.10.2009.) Ikääntyneiden määrän kasvaessa nämä luvut todennäköisesti kasvavat entisestään, joten kyseessä on todellinen haaste paitsi sosiaali- ja terveydenhuollolle, myös yhteiskunnalle ja ikääntyneiden lähiyhteisöille.

Suurin osa ikääntyneistä on joko täysin raittiita tai kohtuukäyttäjiä. Kauhajoen kotipalvelun yli 65-vuotiaille asiakkaille tekemääni kyselyyn heidän alkoholinkäyttötottumuksistaan vastasi viisikymmentä asiakasta. Täysin raittiita ilmoitti olevansa 66 prosenttia, kohtuukäyttäjiä oli 22 prosenttia. Loput 12 prosenttia kuuluivat riskikäyttäjiin. Alkoholin kohtuukäytöllä tarkoitetaan satunnaista ja melko vähäistä alkoholin käyttöä, jossa tarkoituksena ei ole humaltua. Yli 65-vuotiailla kohtuukäytön rajana on seitsemän alkoholiannosta viikossa. (Levo 2008, 26.) Koska kohtuukäyttö ei aiheuta terveyshaittoja, vaan voi päinvastoin jopa suojata ja ennaltaehkäistä joitain sairauksia, en käsittele sitä tässä vaiheessa enempää, vaan määrittelen seuraavaksi alkoholin ongelmakäyttöä.

6.1. Ongelmakäytön tasot

Aalto (2015, 8) jakaa ongelmakäytön Alkoholiriippuvuus-teoksessa kolmeen tasoon: riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen riskirajat ovat merkittävästi alhaisemmat kuin terveille aikuisille laaditut riskirajat: yli 65-vuotiaiden riskirajana pidetään Suomessa seitsemää alko-

holiannosta viikossa tai korkeintaan kahta annosta kerralla. Yksi annos on esimerkiksi pullo (0,33 l) keskiolutta, lonkeroa tai siideriä (max 4,7%) tai yksi lasillinen (12 cl) mietoa puna- tai valkoviiniä (noin 12%) tai yksi ravintola-annos (4 cl) väkevää viinaa. (Havio ym. 2008, 56.) Riskirajat vaikuttavat melko matalilta, mutta ikääntyneet ovat haavoittuvia alkoholin vaikutusten suhteen.

Riskikäytössä edellä mainitut rajat ylittyvät, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei vielä esiinny ja juomista kykenee halutessaan vähentämään. Riskikäyttö on käyttäytymisen malli, joka altistaa alkoholiriippuvuudelle, alkoholisairauksille ja sosiaalisille haitoille. (Aalto 2015, 9.) Viikoittaisten riskikulutusrajojen ylittyminen siis aiheuttaa potentiaalisen terveysriskin, etenkin ylittyessään säännöllisesti pidemmän aikaa. Kertakulutusannosten ylittyminen altistaa lähinnä tapaturmille, mutta jo yhdenkin humalajuomisen mukanaan tuoma kohonnut tapaturmariski sekä lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset kuten sekavuus ja kaatuilu, voivat aiheuttaa merkittävääkin haittaa arjessa selviytymiselle. (Levo 2008, 26-27.)

Haitallinen käyttö ilmenee siten, että alkoholin käytön aiheuttamat fyysiset ja psyykkiset haitat ovat tunnistettavissa, mutta riippuvuutta ei vielä ole päässyt kehittymään (Aalto 2015, 9). Haitallinen käyttö voi näkyä monenlaisina psyykkisinä ja fyysisinä ongelmina, ja sen havaitsemista ikääntyneillä vaikeuttavat monet asiat. Oireet saattavat olla samankaltaisia normaaliin ikääntymiseen kuuluvien oireiden kanssa, ja alkoholin liikkakäyttö voi peittyä niiden alle. Esimerkiksi sekavuus voi johtua useista sairauksista tai lääkkeiden yhteisvaikutuksesta, mutta yhtä hyvin se voi johtua alkoholin vieroitusoireista. (Levo 2008, 28.) Lisäksi tunnistamista saattaa vaikeuttaa se, että ongelmallinen juominen aiheuttaa usein häpeän tunteita, ja sitä salaillaan leimaantumisen pelossa. Ikääntynyt voi myös ajatella käyttävänsä alkoholia muita terveysongelmia lievittävänä lääkkeenä. (SCIE 2006.) Levo (2008, 28) kehottaakin tarkkailemaan erilaisia oireita, joiden esiintyessä alkoholin mahdollinen osuus niihin tulee selvittää. Tällaisia oireita voivat olla muun muassa toistuvat kaatumiset ja tapaturmat, univaikeudet, heikentynyt motoriikka, ahdistuneisuus, levottomuus, kohonnut verenpaine, rytmihäiriöt, keho ravitsemus ja painonlasku, huono hygienia ja yleinen epäsiisteys. Muita varoitusmerkkejä ovat sosiaalisten ongelmien lisääntyminen, kyvyttömyys huolehtia taloudestaan ja toistuva terveyspalveluiden käyttö.

Alkoholiriippuvuuden kriteerit täyttyvät, kun juominen ei ole enää kontrollissa. Alkoholien käyttö on tuolloin pakonomaista, toleranssi kasvaa ja syntyy vieroitusoireita, mutta juominen jatkuu haitoista huolimatta. (Aalto 2015, 9.) Alkoholiriippuvuuden syntyminen ei ole yksiselitteistä, vaan taustalla voi olla monia erilaisia tekijöitä. Nykyisin tiedetään, että biologiset tekijät, sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö, opittu käyttäytyminen sekä elämäntapahtumat vaikuttavat siihen, miksi joistain tulee alkoholisteja ja joistain ei. Normaalisti alkoholiriippuvuus kehittyy hitaasti, mutta koska sen taustalla on yksilöllisiä tekijöitä, joskus se voi syntyä nopeastikin. Jotta voidaan puhua alkoholiriippuvuudesta, on kolmen tai useamman seuraavaksi esitetyistä kriteereistä yhdessä täytyttävä kuukauden ajan tai toistuvasti yhden vuoden aikana:

1. voimakas ja pakkomielteellinen tarve käyttää alkoholia tai muuta päihdettä
2. juomisen aloittaminen, määrä tai lopettaminen ei ole hallinnassa
3. vieroitusoireet juomista vähennettäessä tai juomisen loppuessa
4. toleranssin kasvaminen
5. juomisesta tulee elämän keskipiste
6. käytön jatkuminen sen mukanaan tuomista haitoista huolimatta (Levo 2008, 30.)

Alkoholiriippuvuus voi ilmetä eri tavoin. **Fyysinen riippuvuus** edellyttää, että juominen on jokapäiväistä tai lähes jokapäiväistä. Tyypilliset vieroitusoireet ilmenevät hikoiluna, pahoinvointina, vapinana, päänsärkynä, unettomuutena ja masennuksena. Lievät vieroitusoireet menevät itsestään ohi muutamassa päivässä vaikeampien kestäessä jopa viikon. Vakaviin vieroitusoireisiin voi liittyä kramppeja, aistiharhoja, sekavuutta ja niin edelleen. (Levo 2008, 30.) Vakavat vieroitusoireet voivat johtaa delirium tremensiin, niin sanottuun juoppohulluuskohtaukseen, jolloin on hakeuduttava välittömästi hoitoon.

Psyykkisesti alkoholista riippuvainen tuntee pakonomaista tarvetta juomiseen ja kokee hyvinvointinsa riippuvan alkoholista. Tämä riippuvuuden muoto kehittyy usein nopeammin kuin fyysinen riippuvuus. **Sosiaalisella riippuvuudella** puolestaan tarkoitetaan alkoholien liittymistä ihmissuhteisiin: alkoholista sosiaalisesti riip-

puvainen hakeutuu verkostoon, jossa päihteiden käyttö on keskeisessä asemassa. (Levo 2008, 30.)

6.2 Alkoholin käytön syitä

Ikääntyneiden alkoholin käytön taustalla voi olla monia syitä. Suurkulutus voi alkaa missä iässä tahansa, samoin alkoholiriippuvuus. Arviolta noin 2/3 juovista ikääntyneistä on aloittanut alkoholin käytön jo nuoruusvuosinaan. Tähän ryhmään kuuluvista käytetään termiä *early-onset*, mikä kuvastaa ongelman alkamista varhain, yleensä alle 25-vuotiaana. Taustalla on usein altistuminen runsaalle alkoholin käytölle jo lapsuudenkodissa, ja juominen jatkuu läpi koko aikuisiän. (Nykky ym. 2010, 13-14.) Ongelmat usein pahenevat eläköitymisen ja ikääntymismuutosten myötä (Päihdelinkki 2009).

Kun alkoholin runsas käyttö alkaa vasta myöhemmällä iällä, puhutaan *late-onset* -käyttäjistä. Tällöin suurkulutus on alkanut tyypillisesti vasta yli 55-vuotiaana, ja käytön lisääntyminen liittyy elämässä tapahtuneisiin murrosvaiheisiin ja ikääntymisen aiheuttamiin muutoksiin. (Nykky ym. 2010, 14.) Taustalla on usein yksinäisyyttä, traumaattisia kokemuksia, sairauksia, toimeentuloa ja eksistentiaalisia pelkoja (Päihdelinkki 2009). Alkoholia käytetään tuolloin ajankuluksi tai yksinäisyyden, masennuksen ja merkityksettömyyden tunteiden lievittämiseen (Eriksson 2015).

Liiallisen päihteiden käytön alkamisajankohdalla on merkitystä, koska se vaikuttaa siihen, millainen kuntoutumisen tie ikääntyneellä on edessään ja millaisista palveluista ja tuesta hän hyötyy. *Early-onset* -juojilla pitkäaikainen alkoholinkäyttö voi näkyä esimerkiksi kognitiivisten toimintojen heikentymisenä. Tähän ryhmään kuuluvat voivatkin hyötyä arjen selviytymistä tukevasta konkreettisesta avusta enemmän kuin keskusteluun perustuvasta tuesta. (Nykky ym. 2010, 14.)

TKI-projektina tekemässäni tutkimuksessa kotihoidon asiakkaat nimesivät seuraavia syitä alkoholin käytölle:

Päivittäin juoneet vastaajat ilmoittivat juovansa, ”jotta järki kulkisi paremmin”, ”seksi sujuu paremmin” ja ”huvin vuoksi”. Useammin kuin kerran viikossa juovat kertoivat juovansa ”lääkkeenä”, ”omasta mielihalusta ja mielihyvästä” ja ”mielialalääkkeenä, kun kaikki illat yksin is-

tuskelen”. 1-2 kertaa kuussa tai harvemmin juovat kertoivat alkoholin-käytön syyksi seuraavaa: ”Mielen virkistykseksi. Ystävien kera joskus, kun ei olla pitkiin aikoihin nähty”, ”lämmikkeeksi”, ”auttamaan unentu-loa”, ”jotta saa nukuttua”, ”ei syytä yleensä”, ”konjakkia satunnaisesti”. Kaksi vastaajista ilmoitti käytön syyksi juhlan.

Päivittäin juovien vastaukset vaikuttavat joiltain osin ristiriitaisilta; kulkeeko järki ja sujuuko seksi todellakin paremmin, kun juo joka päivä? Tuskin. Sen sijaan vastaaja, joka ilmoitti juovansa ”huvin vuoksi”, varmaankin tekee niin. Useammin kuin kerran viikossa juovat perustelivat juomistaan juuri niillä syillä, joiden takia tutkimusten mukaan ikääntyneet juovat: mielialaa kohottamaan, yksinäisyyttä lievittämään (Eriksson, 2016) ja lääkkeenä (SCIE 2006). Kohtuukäyttäjät taas perustelivat juomista lääkkeenomaisen käytön lisäksi myös *sosiaalisilla syillä*, mitä muut vastaajat eivät tehneet. Tämä ei kuitenkaan kohtuukäyttäjien kohdalla tarkoita samaa kuin sosiaalinen riippuvuus alkoholista (Levo 2008, 30), jolloin riippuvuus ilmenee tietoisena hakeutumisena sellaiseen yhteisöön, jossa päihteiden käyttö on keskeisessä roolissa.

Haarni ja Hautamäki (2008, 84) ovat tutkineet ikääntyneiden juomatapoja. Heidän mukaansa ikääntyvien joukosta löytyy niitä, joilla juominen voi muuttua hallitsematto-maksi ja niitä, jotka kokevat juovansa yksinäisyyttä tai kriisejä lievittääkseen. Iän kertymisen myötä alkoholin merkitys kuitenkin näyttäisi vähenevän ja siten vaikuttavan siihen, ettei vähäisellekään alkoholin käytölle löydy enää perusteluja ja juominen saattaa loppua kokonaan myöhäisemmällä iällä, jos hyvin käy.

7 IKÄERITYINEN JA IKÄEETTINEN PÄIHDETYÖ

Ikääntyneiden alkoholiongelmaa medikalisoidaan usein terveys- tai sairausnäkökulmasta, mutta ongelman tehokas kohtaaminen vaatii monialaista tiivistä yhteistyötä ja palveluohjausta (Suhonen, 2011).

Suhonen (2011) toteaa, että ikääntyneiden päihdeongelmaisten absoluuttinen määrä tulee kasvamaan väestön ikärakenteen muutoksen myötä. Jo tämän takia ikäerityisen ja ikäeettisen päihdetyön tarkasteleminen on tärkeää. Käsite ”ikäerityinen” viittaa jo itsessään siihen, että asiakkaiden kanssa tehtävällä työllä on heidän iästään johtuen omia, erityisiä piirteitään, jotka täytyy ottaa huomioon.

Ikäeettisen päihdetyön tarkoitus on herättää keskustelua nostamalla ikäihmisten päihteiden käyttöön liittyvät moraaliset kysymykset tietoiseen pohdintaan. Ikääntymiseen ja päihteiden käyttöön liittyvät negatiiviset ajatukset ja mielikuvat virittävät pohdittavaksi sellaisia ikäeettisiä kysymyksiä kuin annetaanko liikaa juovan ikääntyneen kurjistua rauhassa sosiaalisesti avuttomaksi ihmiseksi, vai voidaanko tällaista huonompana pidettyä elämääkin arvostaa? (Laapio 2011.)

Ja kun ikääntynyt ja alkoholi sekoittuvat toisiinsa, ihmisestä tulee päihdeongelmainen, objekti, joka saa päihdeongelmaisen kohtelun ja myös käyttäytyy sen mukaan. Negatiivisuusloukussa hänestä tulee materiaalia, ongelmajätettä, jonka hävittämiseksi pitäisi tehdä jotakin. (Laapio 2011)

Miksi Laapio kuvaa ikääntyneen ja alkoholin sekoittumista toisiinsa näin negatiivisesti? Levo ym. kuvaavat teoksessa Ikääntyvän ääntä kuunnellen (2008, 13-14) työntekijän asenteiden olevan päihdetyön menetelmiä tärkeämpi tekijä ikääntyneen kanssa tehtävässä työssä. Moralistinen suhtautuminen alkoholiin ilmenee ajattelussa, jossa riippuvuus nähdään itse aiheutettuna sairautena tai opittuna käyttäytymisenä, joka on heikkouden merkki. Levo (2008,13-14) jatkaa väittäen, että asiakkaiden runsasta alkoholin käyttöä on helpompi ymmärtää, jos omat käytötottumukset ovat samansuuntaisia. Toisin sanoen: miettiessään puuttuako asiakkaiden alkoholiongelmiin vai ei, työntekijä on aina vastatusten omien asen-

teidensa kanssa ja joutuu tarkastelemaan suhtautumistaan myös omaan alkoholin käyttöönsä.

Laapio (2011) kysyy, tulisiko alkoholia käyttäviä ikäihmisiä lähestyä yksilöllisenä vai yhteiskunnallisena kysymyksenä, ympäristölleen ja itselleen haittaa aiheuttavana ongelmana vaiko kohtaamisen ja puheeksi ottamisen haasteena – lähimmäisen vastuun ja ikäeettisyyden periaatteesta?

Itse asiassa en ole edes kiinnostunut, miten paljon hän juo, vaan paneudun päälimmäiseen huoleen, jonka hän heittää (Laapio 2011).

Ikäerityisessä ja ikäeettisessä päihdetyössä ikääntyneitä tuetaan kokonaisvaltaisesti ja autetaan heitä itse löytämään oman elämänsä kokonaisvaltainen mielekkyys ja tarkoituksellisuus (Laapio 2011), sekä huomioidaan heidän senhetkinen elämäntilanteensa. Ketään ei vaadita muuttumaan.

Päihdeongelmaisten ikääntyvien kohtaamista ohjaavat vielä ainakin toistaiseksi yleiset eettiset päihdetyön periaatteet: sosiaalinen oikeudenmukaisuus, yhdenvertaisuus, solidaarisuus, osallisuus, älyllinen rehellisyys ja vapaus, päihdetyöhön osallistuvien ammattieettiset periaatteet sekä yhteiskunnallinen vaikuttaminen. Nämä periaatteet ilmenevät Levon ym. (2008, 15-16) esittämistä ikäeettisen päihdetyön raameista, joiden mukaan ikääntyneillä on

- oikeus saada elämäntilanteen kokonaisvaltaisesti huomioon ottavia päihdepalveluita
- oikeus päättää itse omasta elämästään, myös alkoholin käytöstä
- oikeus saada asiaan kuuluvaa tietoa ikääntymiseen ja alkoholiin liittyvistä asioista
- oikeus tukeen ja motivointiin alkoholin käytön vähentämiseksi
- oikeus hyvään loppuelämän elämänlaatuun myös silloin, kun alkoholin käytön muuttaminen ei onnistu
- oikeus tulla kohdelluiksi arvokkaina ja ainutlaatuisina ihmisinä riippumatta siitä, onko halua tai kykyä vähentää alkoholin käyttöä
- oltava mahdollisuus osallisuuteen ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen
- oikeus omista voimavaroista lähtevään ja niitä vahvistavaan toimintaan

- oikeus tasa-arvoiseen vuorovaikutukseen suhteessa työntekijään, joka ilmentää suhteessa sellaisia laatuun liittyviä asioita kuten välittäminen, tarpeiden yhdessä määrittely, kunnioittava kohtelu ja kokonaisvaltaisuus
- oikeus siihen , että heidän elämänsä nähdään kokonaisuutena, jonka laatua heikentäviä tekijöitä tulee korjata

Ikäerityinen päihdeosaaminen on tarpeen, koska ikääntyminen tuo muutoksia elämään ja terveydentilaan. Ikäeettinen toimijuuden ja haavoittuvuuden huomioon ottava, voimavaroja painottava työntekijän tapa toimia on vuorovaikutuksellinen prosessi, jonka periaatteita ovat tasavertainen kohtaaminen, akuuttien ja päällimmäisten ongelmien ratkominen, kokonaistilanteen kartoittaminen ja avuntarpeen arvioiminen. (Salo-Chydenius 2013.)

Päihteiden liikakäyttö voi johtaa vaikeisiin ja pitkäkestoisiin mielenterveyden ongelmiin. Toisaalta mielenterveyden ongelmiin on tavallista hakea helpotusta päihteiden käytöstä. (A-klinikka 2014.) Tästä syystä on tarpeen tarkastella ikääntyneiden yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ja ongelmia, joiden yhteydessä voi esiintyä liiallista päihteiden käyttöä. Seuraavassa luvussa käsiteltävät mielenterveyden häiriöt ja ongelmat voivat esiintyä myös ilman päihdeongelmaa.

8 IKÄÄNTYNEIDEN MIELENTERVEYSONGELMAT JA –HÄIRIÖT

Mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä tunnetaan useita. Sosiaaliset, psykologiset ja biologiset tekijät vaikuttavat mielenterveyteen kaikissa ikävaiheissa. Monet ikääntyneet tarvitsevat tukea erilaisten toimintakykyä alentavien tekijöiden seurauksena. Liikuntakyvyn rajoitteet, krooninen kipu, iän mukanaan tuoma haurastuminen ja muut fyysiset tai psyykkiset ongelmat aiheuttavat tuen tarvetta. Ikääntyessä kohdattavat menetykset –kuten puolison kuolema– ja sosioekonomisen statuksen madaltuminen voivat johtaa eristäytymiseen, itsenäisyyden kokemuksen menettämiseen, yksinäisyyteen ja psyykkisten häiriöiden syntymiseen. (WHO 2016.)

8.1 Masennus ja muistihäiriöt

Suomen Mielenterveysseura määrittelee masennuksen yleisimmäksi ikääntyneiden mielenterveysongelmaksi, joka on yleensä yhteydessä ahdistuneisuuteen. Menetykset, kriisit, surematta jäänyt suru, somaattiset sairaudet, sosiaalisen verkoston kapeutuminen ja yksinäisyys voivat aiheuttaa ahdistusta ja toimia masennuksen laukaisijana. Ikääntyneiden masennusta voi olla vaikea tunnistaa, sillä se kätkeytyy usein somaattisten oireiden tai alkoholin liikakäytön taakse. Mielenterveyden häiriöistä erityisesti masennus liitetäänkin usein liialliseen päihteiden käyttöön. Muita masennuksen ilmenemismuotoja voivat olla esimerkiksi ruokahaluttomuus tai epämääräiset kivut. Joskus muutokset mielialassa peittyvät somaattisten oireiden alle jopa terveydenhuoltoalan ammattilaisilta. (Suomen Mielenterveysseura, [viitattu 1.10.2016.]

Mieliala vaikuttaa monin tavoin muistiin. Masennus heikentää toimintakykyä, tarkkaavaisuutta ja työmuistia. Asioita voi olla vaikeampi painaa ja palauttaa mieleen. Masennus ja muistisairaus voivat joskus sekoittua keskenään, sillä niiden oireet voivat muistuttaa toisiaan. (Vintti kirkaana 2013, 12.)

Masennus voi olla myös seurausta muistisairauden ensioireista. Masennus yksistään, jos sen ei anneta kroonistua, ei johda pysyvään muistisairauteen. Masennuksen aiheuttamien muistihäiriöiden ja muistisairauden välinen erotusdiagnoosiikka on melko looginen: muistihäiriöiden johtuessa masennuksesta niiden alka-

misajankohta on melko tarkasti määriteltävissä, oireiden kesto on lyhyt ja eteneminen nopeaa. Sairauden tunne ja tunneherkkyys ovat korostuneet, ja saattaa ilmetä valikoivia muistiaukkoja, joissa sekä uudet että vanhat asiat unohtuvat. Unohtelu ja samojen asioiden kyseleminen on satunnaista ja asioiden palauttaminen mieleen onnistuu pienten vihjeiden avulla. (Vintti kirkaana 2013, 12.) Liitteessä 1 on lisää tietoa masennuksesta.

Muistihäiriöt ja -sairaudet eivät varsinaisesti lukeudu mielenterveyden häiriöihin, mutta koska ne voivat liittyä niihin esimerkiksi käytöshäiriöitä aiheuttaen, käsittelen niitä tässä luvussa hieman. Käsittely on perusteltua siksikin, että muistihäiriöt kytkeytyvät joskus myös liialliseen päihteiden käyttöön. Alkoholin suurkulutus voi nimittäin näkyä eritasoisina tilapäisinä muistihäiriöinä. Humalan aiheuttama muistiaukko syntyy, kun reipastahtinen juominen aiheuttaa nopean alkoholipitoisuuden nousun veressä. Krapulassa ilmenevä muistikatkoksen laajuus voi vaihdella. Alkoholidelirium ja Wernicken oireyhtymä voivat aiheuttaa tilapäisiä muistihäiriöitä. (Vintti kirkaana 2013, 8.)

Muistiongelmien on lukuisia syitä. Ongelmat voivat olla tilapäisiä, kuten alkoholin aiheuttamat muistikatkokset, tai kyseessä voi olla etenevä muistisairaus. Tilapäisiä muistin häiriötiloja voivat alkoholin lisäksi aiheuttaa muun muassa aivoverenkiertohäiriöt, ohimolohkoepilepsia, lievä epilepsia, lääkkeet, tupakka ja huumeet sekä erilaiset psyykkiset syyt ja sekavuustilat. Näissä tapauksissa on tärkeää tunnistaa nopeasti muistihäiriön aiheuttaja, sillä useissa tapauksissa syy on hoidettavissa. (Vintti kirkaana 2013, 5.)

Etenevät muistisairaudet rappeuttavat aivoja, heikentävät laaja-alaisesti toimintakykyä ja voivat vaikuttaa persoonallisuuteen muun muassa aiemmin mainittujen käytöshäiriöiden muodossa. Erityisesti otsa-ohimolohkorappeuma voi näkyä luonteen muutoksina: käytös saattaa muuttua holtittomaksi, mikä voi näkyä esimerkiksi liiallisena päihteiden käyttönä. Käytös voi olla tilanteeseen sopimatonta ja hyvien tapojen ja totuttujen normien vastaista. Mieliala on usein tilanteeseen nähden liian hilpeä, mutta se voi olla myös apaattinen ja latistunut. Ikääntyneellä voi olla haitallisia rutineja ja pakonomaista toimintaa. Otsa-ohimolohkorappeumaa sairastavilta puuttuu sairaudentunto, ja rajaamistilanteissa saattaa esiintyä kiukkuisuutta ja jopa aggressiivisuutta. Psykiatristen oireiden ja käytöshäiriöiden hoitoon perehtyneen

lääkärin – neurologi, psykiatri tai geriatri – määräämästä oireita tasaavasta lääkityksestä on usein hyötyä. Lääkitys tulee suunnitella huolella, sillä otsahimolohkorappeuman hoidossa käytettävä lääkitys voikin yllättäen lisätä käytösoireita, aiheuttaa levottomuutta ja heikentää motoriikkaa. (Käypä hoito 27.5.2010.)

8.2 Persoonallisuuden häiriöt

Saarela ja Stenberg (2011) kirjoittavat ikääntyneiden persoonallisuushäiriöistä Duodecim-lehdessä. Heidän arvionsa mukaan noin 5-10 prosentilla ikääntyneistä on jokin persoonallisuushäiriö. Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan yleensä pysyvää sisäistä kokemus- ja käyttäytymistapaa, joka poikkeaa selvästi ympäristön odotuksista ja ilmenee vähintään kahdella seuraavista alueista: tavat havainnoida ja tulkita itseä ja muita (kognitio), tunneherkkyys (affektiivisuus), vuorovaikutuskyky ja impulssikontrolli. Käytös on joustamatonta, vakaata ja pitkäaikaista ja johtaa kärsimykseen. Saarela ja Stenberg (2011) jaottelevat persoonallisuushäiriöt kolmeen ryhmään:

A epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosi- ja piirteinen persoonallisuus

B epäsosiaalinen, huomiohakuinen, narsistinen ja epävaka persoonallisuus

C estynyt, riippuvainen ja vaativa (pakko-oireinen) persoonallisuus

Ikääntymisen mukanaan tuoma kognitiivisen suoriutumisen heikentymät, esimerkiksi muistiongelmien, voivat korostaa persoonallisuushäiriön piirteitä. Muun muassa tästä syystä ikääntyneiden persoonallisuushäiriöiden tunnistaminen on vaativaa, sillä ikääntymiseen liittyviä kognitiivisia muutoksia helposti yli- ja alidiagnostoidaan. (Saarela&Stenberg 2011.)

Persoonallisuushäiriöisen ikääntyneen oireilu voi ilmetä kotihoidossa esimerkiksi kohtuuttomana vaativuutena, epävakaana, mielen toistuvana muuttumisena ja käyttäytymisenä eri tavoin eri henkilöiden kanssa. Mielen jäykkyys ja tunne-reagoinnin korostuminen voivat vaikeuttaa yhteisen arjen sujumista. Ikääntynyt

saattaa esimerkiksi tuoda hyvin avoimesti esiin, kuka on hänen mielestään hyvä ja kuka huono hoitaja. (Saarela&Stenberg 2011.)

Ikääntyneiden persoonallisuushäiriöiden hoidossa lääkehoidon merkitys on yleensä pieni. Vähintäänkin yhtä tärkeää on yksilöllisten hoitostrategioiden suunnittelu, mikä saattaa ikäihmisten kohdalla olla vaikeasti toteutettavissa.

Jos persoonallisuushäiriön ohessa ilmenee psykoottista oireilua kuten paranoidista ajattelua tai aggressiivista epäluuloisuutta, voi lyhytaikaisesta psykoosilääkityksestä olla apua. Masennusoireisiin, joita voi myös ilmetä erityisesti epävakaasta persoonallisuudesta kärsivillä, voi kokeilla masennuslääkitystä (SSRI-lääkitys). Masennuslääkitys voi osalla ikääntyneistä vähentää epävakaaseen persoonaan liittyvää masennusta, ahdistusta, mielialan nopeaa vaihtelua, vihamielisyyttä, ärtyneisyyttä, impulsiivisuutta ja tahallista itsensä vahingoittamista. (Saarela & Stenberg 2011.)

8.3 Psykoottiset häiriöt

Moniin vakavampiin ja pitkäkestoiisiin mielenterveyden häiriöihin liittyy psykoottisia oireita. Psykoottisessa tilassa oleva henkilö on saatava mahdollisimman pian lääkärin vastaanotolle, sillä hän tarvitsee kiireesti lääkitystä ja muuta hoitoa, jotta oireet eivät pahenisi. Prosessi käynnistyy yhteydenotolla terveystieteiden keskuksien tai sairaalan päivystykseen, jossa lääkäri tekee arvion potilaan tilasta ja jatkotoimenpiteistä. Jos psykoosissa oleva on vaaraksi itselleen tai muille, voi soittaa yleiseen hätänumeroon 112:een. (Mielenterveysseura, [viitattu 8.10.2016].) Ikääntyneiden psykoosioireiden toteamisessa käytetään samoja diagnostisia kriteereitä kuin nuoremmilla. Lääkäri selvittää potilaan aiemman psykiatrisen sairaushistorian ja sen, miten oireet vaikuttavat sosiaalisiin suhteisiin ja toimintakykyyn. Yli kolmeltä prosentilla yli 65-vuotiaista on yksittäisiä psykoosioireita, tavallisimmin paranoidisia harha-ajatuksia. Ikääntyneiden psykoosioireet lisäävät muistisairauksien riskiä. (Koponen, Leinonen & Isohanni 2015.) On hyvä muistaa, että jotkin fyysiset sairaudet voivat aiheuttaa psykoottista oireilua: virtsatietulehdus on yksi tällaisista sairauksista. Useimmiten psykoottiset oireet kuitenkin liittyvät psyykkisiin perussai-

rauksiin, joista seuraavaksi käsittelen skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä.

Skitsofrenia on yleisin psykooseiksi luokitelluista sairaustiloista. Sitä sairastaa Suomessa noin 50 000 henkilöä. (Riikola, Salokangas & Laukkala 2013.) Skitsofrenialle ominaisia oireita ovat erilaiset ajattelun ja havaitsemisen vääristymät eli harhaluulot ja aistiharhat. Tunneilmaisujen poikkeavuus ja latistuminen ovat myös tyypillisiä oireita. (Duodecim 2015.) Skitsofrenia alkaa yleensä melko nuorena, mutta se voi puhjeta myös iäkkäämpänä. Tuolloin puhkeava sairaus on tavallisempi naisilla kuin miehillä. Silloin kun sairaus on puhjennut nuorena, sen oireet toisinaan helpottavat ikääntymisen myötä, mikä näkyy harhaoireiden lieventymisenä, psykoosin uusiutumisriskin vähenemisenä ja parempana psykososiaalisena toimintakykynä. Toisaalta kognitiiviset häiriöt voivat heikentää sosiaalista toimintakykyä ja vaikuttaa heikentävästi sairaudentuntoon ja hoitomyönteisyyteen. Elämänlaatua voivat heikentää myös masennus- ja ahdistusoireet, joita esiintyy 44-75 prosentilla sairastuneista. Vaikeaa toimintakyvyn heikkenemistä ja pitkäaikaisia tai toistuvasti uusiutuvia psykoosin oireita on runsaalla kolmanneksella ikääntyneistä skitsofreniaa sairastavista. (Koponen, Leinonen & Isohanni 2015.) Skitsofrenian oireilla on yksilökohtaisia eroja, mutta oireet voivat vaihdella suuresti myös yksittäisen henkilön kohdalla riippuen hänen sairautensa vaiheesta. Liitteessä 2 kerrotaan skitsofrenian oireista ja hoidosta tarkemmin.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on pitkäaikainen mielenterveyden häiriö, jossa sairauden vaiheet vaihtelevat masennuksen, hypomanian, manian tai sekamuotoisen vaiheiden välillä. Erityisesti maniavaiheeseen voi kuulua runsasta alkoholinkäyttöä. Enemmistö sairastuneista kärsii samanaikaisesti jostain muusta mielenterveyden ongelmasta. Sairauteen kuuluu myös joko vähäoireisia tai kokonaan oireettomia kausia. (Duodecim 2015.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö käsittää 5-19 prosenttia kaikista ikääntyneiden mielialahäiriöistä enemmistön sairastuneista ollessa naisia. Myöhäisessä iässä puhkeavan sairauden taustalla on usein esimerkiksi aivoverenkiertohäiriön kaltaisia somaattisia tekijöitä. (Koponen ym. 2015.)

Kaksisuuntainen mielialahäiriö on usein aktiivinen vanhusikään asti, jolloin sairaus muuttuu masennuspainotteiseksi ja maniavaiheet harvenevat. Keskeiset oirepiirteet säilyvät samoina iästä riippumatta, mutta ikäänntyneiden manian oireisiin kuuluu euforiaa useammin ärtyneisyys. (Koponen ym. 2015.) Silloin, kun diagnoosia ei ole vielä tehty, on tärkeää ottaa huomioon, että ikäihmisillä voi oireiden takana piillä myös esimerkiksi dementian aiheuttamat käytösoireet, jokin somaattinen sairaus tai lääkehoito (Duodecim 2013). Koska yli 67-vuotiaat eivät ole oikeutettuja Kelan korvaamaan kuntoutuspsykoterapiaan, he ovat usein pelkän lääkehoidon varassa. Tämä korostaa ympärillä olevan yhteisön tuen ja havaintojen tekemisen tärkeyttä, jotta ajoissa puuttuminen sairausjaksojen vaihdellessa on mahdollista. Liitteessä 3 on lisää tietoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä.

9 KOTIHOITO

Kotihoito-nimitystä käytetään palvelusta, jossa yhdistyvät sosiaalihuoltolain (L 1301/2014) mukainen kotipalvelu sekä terveydenhuoltolakiin (L 1326/2010) perustuva kotisairanhoito (STM, [viitattu 21.1.2017].)

Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä LLKY:n toiminta-alueella kotihoitoon kuuluvat kotipalvelut, kotisairaanhoito sekä tukipalvelut. Kotihoidon palveluita myönnetään asiakkalle, joiden fyysinen, psyykkinen, kognitiivinen ja/tai sosiaalinen toimintakyky on selkeästi alentunut, ja jotka eivät selviydy itsenäisesti tai omaisten tai lähipiirin avulla säännöllisistä, päivittäisistä perustoiminnoista. Palvelutarpeen arvioinnilla selvitetään asiakkaan toimintakyky ja tarvittavat palvelut. (Ikääntyneen väestön...2015, 30.)

Kotihoidon tavoitteena on turvata asiakkaiden kokonaisvaltainen, päivittäinen hyvinvointi. Tämä tapahtuu hoidon ja hoivan avulla sekä ohjaamalla ja avustamalla asiakasta välttämättömässä kodinhoidossa. Hoidon ja hoivan toteutukseen osallistuvat asiakkaiden lisäksi heidän omaisensa ja muu lähipiirinsä. Toteutuksessa huomioidaan asiakkaiden terveydentila ja toimintakyky. (Ikääntyneen väestön... 2015, 30.)

Kotihoito tähtää asiakkaiden oman toimintakyvyn ylläpitämiseen ja vahvistamiseen, mikä tapahtuu tukemalla asiakkaita selviytymään mahdollisimman omatoimisesti päivittäisistä toiminnoistaan. Kotihoidon periaatteen mukaisesti asiakkaita kohdellaan ystävällisesti ja kunnioittavasti, palvelut annetaan sovitusti ja/tai asiakkaalle laaditun henkilökohtaisen hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisesti. Asiakkaiden kuntoutumista tukevaa työtettä noudatetaan tukemalla ja kannustamalla heitä omatoimisuuteen, joten asiakkaat osallistuvat päivittäisiin toimiin toimintakykynsä puitteissa työntekijöiden toimiessa ohjaajana ja kannustajana. (Ikääntyneen väestön... 2015, 30.)

Säännöllistä kotihoitoa saavia asiakkaita oli maassamme vuonna 2015 yhteensä liki 74 000, joista yli 56 000 oli 75 vuotta täyttäneitä. Luku on 11,8 prosenttia kaikista maamme yli 75-vuotiaista. (THL 29.6.2016.)

Seuraavaksi esittelemistäni taulukoista voi nähdä LLKY:n alueella tapahtuvan ikääntyneiden määrän kasvun vuosina 2015-2040. Taulukoista voi päätellä koti-hoidon tarpeen kasvun lähitulevaisuudessa.

Taulukko 1. Väestöennuste. 65-74-vuotiaat kunnittain vuosina 2015-2040

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
ISOJOKI	335	375	349	333	297	247
KARIJOKI	203	243	234	220	206	181
KAUHAJOKI	1873	2108	1931	1777	1658	1481
TEUVA	850	904	791	726	646	542
YHTEENSÄ	3261	3630	3305	3056	2807	2451

Ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma vuoteen 2020 (2015, 6)

Yllä olevasta taulukosta voi päätellä, että kolmatta ikää elävien, 65-74-vuotiaiden määrä on huipussaan Suupohjan alueella vuosina 2020-2025, jonka jälkeen määrä lähtee laskemaan jääden huomattavasti alhaisemmalle tasolle kuin vuonna 2015.

Alla oleva taulukko puolestaan osoittaa yli 75-vuotiaiden määrän lähtevän voimakkaaseen nousuun vuonna 2025. Suupohjassa tämän ikäryhmän kasvu ei ole aivan niin rajua kuin koko maan tasolla: valtakunnallisesti arvioidaan yli 75-vuotiaiden määrän kaksinkertaistuvan vuoteen 2040 mennessä, joissain kunnissa jopa kolminkertaistuvan (Groop 2014, 7).

Taulukko 2. Väestöennuste. Yli 75-vuotiaat kunnittain vuosina 2015-2040

	2015	2020	2025	2030	2035	2040
ISOJOKI	351	333	383	422	450	463
KARIJOKI	243	232	265	299	323	334
KAUHAJOKI	1416	1584	2062	2398	2585	2627
TEUVA	836	854	993	1070	1091	1084
YHTEENSÄ	2846	3003	3703	4189	4449	4508

Ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma vuoteen 2020 (2015, 6)

Miksi yli 75-vuotiaiden määrän kasvu on niin tärkeä huomio? Kotihoidon asiakkaita valtaosa, noin 75-90 prosenttia, on 75 vuotta täyttäneitä. Samaan aikaan, kun heidän osuutensa kaksinkertaistuu vuoteen 2040 mennessä, työssäkäyvien osuus

väestöstä pysyy samana, mikä johtaa veropohjan supistumiseen. Tämä tarkoittaa sitä, että sosiaali- ja terveydenhuoltoihin on käytettävissä yhä vähemmän rahaa. Lisäksi on erittäin epätodennäköistä, että yli 75-vuotiaiden määrän kaksinkertaistuessa myös sosiaali- ja terveysalalle hakeutuvien määrä tuplaantuisi. Työvoiman määrää on siis mahdotonta lisätä samassa suhteessa palvelutarpeen kasvun kanssa. Tämä tarkoittaa sitä, että myös kotihoidossa tulevaisuuden haasteena tulee olemaan kyky vastata kasvavaan asiakastarpeeseen työvoimaa lisäämättä ja vielä niin, että palveluiden laatu ja asiakaslähtöisyys ei kärsi. Niitä tulee päinvastoin kehittää, mikä voi olla hankalaa, sillä jo nyt kotihoidon henkilökunta saattaa kokea olevansa puun ja kuoren välissä yrittäessään parasta oman työhyvinvointinsa kustannuksella; resurssivaje ja kiire aiheuttavat työhyvinvoinnin heikkenemistä ja uupumusta. (Groop 2014, 6-8.)

Normaalia hoivaa ja huolenpitoa tarvitsevien asiakkaiden lisäksi kotihoidon asiakaina on myös niitä, jotka vaativat toisenlaista tukea: mielenterveys- ja päihdeongelmaisia ikäihmisiä. Kotihoidossa tehtävä perustyö on jo sinällään raskasta ja vaativaa. Kun tiedossa on asiakaskunnan kasvu lähitulevaisuudessa ja työntekijämäärien pysyminen samana, sisältyy tähän yhtälöön paitsi mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden lisääntyminen, myös kotihoidon työntekijöillä tarvittavan tietämyksen omaaminen ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmista.

10 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEONGELMAINEN KOTIHOIDON ASIAKKAANA

10.1 Asiakkaan kohtaaminen

Asiakkaan aito kohtaaminen ja kuunteleminen on sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien vaativimpia tehtäviä. Käytännön työelämä osoittaa, että joillekin työntekijöille on heti helppoa olla samalla aaltopituudella asiakkaidensa kanssa, kun taas joillekin se on vaikeampaa. Mielen terveyden häiriöistä, muistisairauksista taai päihdeongelmasta kärsivien asiakkaiden tarpeet ovat varsin erilaisia kuin pelkästään somaattisista sairauksista kärsivien asiakkaiden, mikä tarkoittaa sitä, että työntekijöiden on oltava jatkuvasti valmiita muokkaamaan omaa toimintaansa tilanteiden edellyttämällä tavalla. (Asiakkaan kohtaamisen taito, [viitattu 7.1.2017].)

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE julkaisi vuonna 2011 eettiset suositukset sosiaali- ja terveysalalle. Suosituksista kolmas käsittelee sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ja heidän asiakkaidensa vuorovaikutusta. Suosituksen mukaan vuorovaikutus on toista arvostavaa ja inhimillistä ja edellyttää keskinäistä luottamusta, rehellisyyttä ja molemminpuolista sitoutumista sovittuihin tavoitteisiin ja toimintaan. Vuorovaikutukseen sisältyy myös toinen toisensa tietämisen, osaamisen ja kokemuksen arvostaminen. (ETENE 2011, 6.) Nämä ovat siis suosituksia. Eri ammattikuntien edustajilla on lisäksi omat, ammatteittiset ohjeensa, jotka toimivat työn perustana.

Eettisesti toimivan työntekijän asenteet asiakkaita kohtaan ovat kunnioittavia ja hyväksyviä: hän kuuntelee asiakasta ja tämän tarpeita herkällä korvalla ja toimii tämän edun mukaisesti. Asiakkaan yläpuolelle asettautuminen ei ole mahdollista, vaan asiat tulee kyetä perustelemaan niin, että asiakas haluaa itse toimia oman etunsa mukaisesti. Tämä ei ole aina helppoa, sillä asiakas saattaa käyttäytyä työkeästi ja haastavasti työntekijää kohtaan. (Super-lehti, [viitattu 7.1.2017].)

On helppo osoittaa positiivisia tunteita, kuten arvostamista ja välittämistä, sellaisille asiakkaille, jotka ovat joustavia, pyrkivät käytöksellään miellyttämään ja kykenevät ainakin jossain määrin kontrolloimaan tunteitaan (Mattila 2007, 21-22). Entä

kun asiakkaalla onkin jokin mielenterveyden häiriö tai päihdeongelma, joka vaikuttaa hänen käytökseensä?

Asiakkaan puutteellinen tunteidenhallinta voi johtua psyykkisistä sairauksista, päihteiden käytöstä tai jostain muusta syystä. Turhautuneisuus ja vihamielisyys voivat johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen. (Keronen 2.11.2012.) Vaikka asiakas olisi ennestään tuttu ja aiemmat kohtaamiset olisivat sujuneet hyvin, tilanne voi kärjistyä ennalta arvaamatta.

Asiakkaan kohtaamisessa on kyse vuorovaikutustilanteesta, mutta asiakkaan ollessa psyykkisesti huonossa kunnossa, humalassa tai jostain muusta syystä vailla realiteettien tajua, työntekijän vuorovaikutustaidot joutuvat koetukselle. Työntekijän rauhallinen ja asiallinen olemus ja äänensävy ovat tärkeässä asemassa tilanteessa, jossa väkivallan uhka on olemassa. Työntekijä ei saa antaa valtaa omille tunteilleen eikä provosoitua asiakkaan puheista tai käytöksestä. (Keronen 2.11.2012.) Hyvä tapa rauhoittaa itseään on muistutus omasta työroolistaan: itsensä hallitseminen on helpompaa kun pitää mielessä, mitä tekee ja miksi (Kettunen 2016).

Jokainen sosiaali- ja terveysalalla työskentelevä joutuu työssään haastaviin kohtaamisiin, oli asiakasryhmä mikä tahansa. Aina ei tule muistaneeksi, että *asiakkaan tilanteen ymmärtäminen ei tarkoita samaa kuin sen hyväksyminen tai asiakkaan kanssa samaa mieltä oleminen*. Yhtä lailla looginen on se päätelmä, että ihmisellä on taipumus käyttäytyä siten kuin häneltä odotetaan; positiivinen vahvistaminen mahdollistaa toivottua käytöstä ja negatiivinen puolestaan ei-toivottua. (Kuikka, [viitattu 7.1.2017].) Omien asenteiden ja arvojen pohtiminen toimintatapoja suunnitellessa on ammattitaidon kehittämistä ja ylläpitämistä.

Mielenterveyden häiriöistä kärsivien asiakkaiden kohtaamisessa on muutamia tärkeitä pelisääntöjä, joita noudattamalla kohtaamista voidaan helpottaa. Etenkin kovan paineen alla kiireessä työskenneltäessä voi olla vaikeaa yrittää toimia sen eettisen periaatteen mukaan, että hankalatkin asiakkaat ovat tasavertaisia toimijoita ja kokijoita. Työntekijöillä tulisi kuitenkin olla validoiva eli asiakkaiden sisäistä kokemusta ymmärtävä työote. Kaikkietävän roolin ottamista tulee välttää. Työntekijöiden on oltava johdonmukaisia ja voitettava asiakkaiden luottamus. Tässä helpottaa selkeiden rajojen asettaminen: asiakkaille tulee tehdä selväksi, mikä on

hyväksyttävää käytöstä ja mikä ei. Asioista sovitaan yhdessä sekä asiakkaiden että työntekijöiden kesken ja rakennetaan sopimusten pohjalta toimintamallit, joista pidetään kiinni. Voi olla turhauttavaa tuntea puhuvansa seinille, mutta mielenterveyden häiriöistä kärsivillä on usein häiriöitä myös tarkkaavaisuudessa ja keskittymiskyvyssä. Tällöin työntekijän velvollisuus on pitää fokus nykyhetkessä ja palauttaa ajatukset ja toiminta siihen, mitä oltiin juuri tekemässä ja puhumassa ja mistä kaikesta on yhdessä sovittu. Yhteinen linja on välttämätön silloin, kun kotikäyntejä tekee monta työntekijää. (Kuikka, [viitattu 7.1.2017].)

Nämä toimintatavat ovat erityisen tärkeitä persoonallisuushäiriöisiä asiakkaita kohdattaessa, mutta ne ovat käyttökelpoisia myös muita mielenterveyden häiriöitä sairastavien ja päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa.

Päihtyneen asiakkaan kohtaaminen voi olla turhauttavaa ja nostaa esiin monenlaisia tunteita työntekijässä. Tässäkin työntekijän on hyvä pohtia omia asenteitaan ja arvojaan päihteiden suhteen: miten itse suhtaudun päihteiden käyttöön? Kysymykseen vastattuaan työntekijä voi miettiä, miten hänen omat arvonsa ja asenteensa vaikuttavat päihteitä käyttävän asiakkaan kohtaamiseen; meneekö kaikki kuten pitää, vai vaikuttavatko arvot ja asenteet taustalla asiakassuhdetta haitaten? (Levo 2008,13-14.)

Kuikka ([viitattu 7.1.2017]) ohjeistaa kohtaamaan päihtyneet asiakkaat ystävällisesti, mutta tiukan johdonmukaisesti ja kärsivällisesti. Asiakkaita ei saa pilkata, loukata, alentaa tai provosoida, vaan ongelmatilanteissa voi yrittää vedota asiakkaiden hyviin puoliin, käytöstapoihin ja järkeen. Myönteinen käytös palkitaan välittömästi. Huumoria sopii käyttää, jos tilanne sen sallii. Äänenkäyttöön kannattaa kiinnittää huomiota käyttämällä lyhyitä, selkeitä lauseita ja puhuttelemalla asiakkaita etunimeltä. Jos näyttää siltä, että nämä keinot eivät toimi, sillä niinkin voi käydä päihtymystilasta ja mahdollisesta mielenterveyden problematiikasta johtuen, on parasta poistua paikalta ja pyytää tarvittaessa lisäapua. Oma ja muiden turvallisuus pitää aina huomioida.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa pitkään työskennelleenä painottaisin vielä provokaation välttämisen tärkeyttä: päihtyneen (eikä myöskään psykoottisen) kanssa ei saa ryhtyä väittelemään. Se vain usein kärjistää tilannetta entisestään,

ja sekä työntekijän että asiakkaan voi olla hankalaa löytää kunniallista ulospääsyä tilanteesta. Moni väkivaltatilanne on alkanut siitä, että asiakas on kokenut tulleen sa ajetuksi seinää vasten.

Jos tilanne kotikäynnillä on uhkaava, asiakas on esimerkiksi psykoottisuuden takia aggressiivinen, työntekijän pitää poistua paikalta ja järjestää asiakas jatkohoitoon. Psykoottisen henkilön käytöstä on mahdotonta ennakoida varmasti, ja psykoosi vaatii aina sairaalahoitoa.

Asiakkaan kohtaamisessa voi edellä mainittujen lisäksi käyttää apuna lukuisia eri menetelmiä. Seuraavaksi kerron puheeksi ottamisesta ja sitä tukevista menetelmistä, motivoivasta haastattelusta ja lyhytneuvonnasta eli mini-interventiosta, jotka ovat sosiaali- ja terveysalalla suosittuja ja yleisesti käytössä olevia työmenetelmiä.

10.2 Puheeksi ottaminen

Rohkeus ja taito ottaa vaikeatkin asiat puheeksi ovat osa työntekijän ammattitaitoa (Nykky ym. 2010, 19). Kiire ja raskas työ monisairaine asiakkaineen vievät runsaasti aikaa kotihoidon työntekijöiltä niin, että heillä ei aina ole voimavaroja kohdata psyykkisesti kuormittavia tilanteita ja ottaa asiakkaan mielenterveyden häiriöitä ja päihteiden käyttöä puheeksi (Sundell, 2009, 24). Työntekijät voivat myös vastuuttaa omaisia asiakkaan ongelmista. Näin toimittaessa voi käydä niin, että kukaan ei puutu asiaan ja ongelmat vain kasvavat ja monimutkaistuvat. Ennaltaehkäisyn ja varhaisen puuttumisen mahdollisuudet on tällöin menetetty. Sen sijaan avoin ja tuomitsematon keskustelu ja suoraan kysyminen ovat parhaita tapoja päihteiden käytön selvittämiseksi. Keskusteluun tulee varata riittävästi aikaa ja sen on aina edettävä asiakkaan ehdoilla: asiakkaalle on annettava aikaa pohtia ja tarkastella rauhassa omaa päihteiden käyttöään. Työntekijän tehtävä on antaa tietoa, rohkaista ja kannustaa muutokseen. Keskusteluun on myös hyvä tuoda työntekijän omat havainnot ja huoli asiakkaan päihteiden käytöstä. (Nykky ym. 2010, 19.)

Puheeksi ottaminen voi tuntua vaikealta silloin, kun asiakkaalla on vaikea persoonallisuushäiriö tai psykoottisia piirteitä sisältävä sairaus, joka aiheuttaa kummallista käytöstä. Jos asiakkaan käytös toistuvasti aiheuttaa ongelmallisia tilanteita, on

siitä aiheellista keskustella. Jos asiakkaan psyykkinen sairaus on vaikea, järkevän dialogin aikaansaaminen on työntekijälle haastavaa etenkin, jos asiakas on lääkekielteinen ja käyttää päihteitä. Tällöin on syytä olla yhteydessä asiakasta hoitaviin muihin tahoihin ja ilmoittaa havainnoistaan ja näin omalta osaltaan huolehtia, että asiakas saa tarpeellisen avun.

10.3 Työkaluja puheeksi ottamiseen

Kotihoidolla on tärkeä rooli ikääntyneiden asiakkaidensa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisessa ja puheeksi ottamisessa. Päihdeongelma on toisinaan vaikea tunnistettava, koska liiallisen alkoholinkulutuksen merkit voidaan sekoittaa vanhenemisesta johtuvaan oireeseen kuten dementiaan tai masennukseen. On myös yleistä, että asiakas vähättelee tai salailee ongelmaansa häpeän tunteiden tai perinteisen ajatusmallin takia, jonka mukaan päihteiden käyttö on yksityisasia. (Nykky ym. 2010, s. 17.)

Tunnistamisen ja puheeksi ottamisen avuksi on olemassa erilaisia menetelmiä ja kyselytestejä, joiden avulla asiakkaan alkoholin käyttöä voidaan tarkastella. Ikääntyneille suositellaan käytettäväksi esimerkiksi kansainvälisessä käytössä laajalti olevaa CAGE-kyselytestiä, joka selkeytensä ja lyhyytensä vuoksi on helposti toteutettavissa. CAGE-testissä asiakkaalta kysytään tämän juomisen herättämistä ajatuksista ja krapularyypyistä neljällä kysymyksellä. Kysely antaa viitteitä mahdollisesta riskikäytöstä, mutta sen tueksi on hyvä esittää täydentäviä kysymyksiä käytetyn alkoholin määrästä ja käytön tiheydestä. CAGE-kysely ja muita ikääntyneiden päihteiden käyttöön liittyviä ammattikäyttöön tarkoitettuja välineitä on kerätty kattavasti Helsingin kaupungin sosiaaliviraston julkaisemaan ”Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja neuvonta” –oppaaseen (Öfverström-Anttila & Alho, 2011).

Kyselytestit eivät voi eivätkä saa olla ainoa tiedonkeruumenetelmä asiakkaan päihteiden käytön tunnistamisessa, vaan niitä tulee käyttää täydentävinä menetelminä tai keskustelun herättelijöinä. (Nykky ym. 2010, 18.) Päihdeongelman mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen on tärkeää, ja nopea puuttuminen puolestaan edellyttää puheeksi ottamista (Nykky ym. 2010, 20).

Mielenterveyden häiriöistä erityisesti masennus liitetään usein liialliseen päihteiden käyttöön. Masennus, toisin kuin monet muut mielenterveyden häiriöt, voi olla hankalasti tunnistettavissa, sillä sen oireet eivät välttämättä ole joka hetki selvästi nähtävillä.

Ikääntyneellä saattaa myös olla niin sanottu kaksoisdiagnoosi. Tällä tarkoitetaan sitä, että päihdeongelman lisäksi esiintyy jokin mielenterveyden häiriö, joka on päihteiden välittömistä vaikutuksista riippumaton ilmiö; masennus tai ahdistus eivät häviä pitkänkään raittiuden jälkeen. Kaksoisdiagnoosit ovat yleisiä. Esimerkiksi noin puolella skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla on myös päihdeongelma. Koska päihteiden käyttö ylläpitää tai pahentaa psyykkistä oireilua, on päihdeongelman hoitaminen usein ensisijaista. Raittius on tärkeää, jotta psykiatrisen häiriön syy voidaan selvittää ja hoitaa asianmukaisesti. (Aalto 2007.) Epäilittäessä asiakkaan olevan masentunut tai käyttävän liikaa päihteitä, kannattaa asiaa kysyä suoraan ja kertoa, miksi huoli on herännyt.

Yksi puheeksi ottamisen työkaluista on edellä jo mainittu Helsingin kaupungin sosiaaliviraston aikuisten ehkäisevän päihdetyön julkaisema opas (Öfverström-Anttila & Alho 2011) Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta: hyviä työvälineitä ja arjen käytäntöjä terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille. Riskikäytön ja alkoholiriippuvuuden määrittelyn lisäksi oppaassa esitellään työvälineitä ikääntyneiden alkoholin käytön arvioimiseksi sekä annetaan vinkkejä neuvontaan ja mahdolliseen hoitoonohjaukseen. Sosiaali- ja terveysministeriön verkosta saatava esite Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet (2006) on puolestaan ikääntyneille itselleen suunnattu selkeä ja napakka tietopaketti ikääntymisestä ja alkoholista, joka sisältää alkoholin käyttöä kartoittavia kysymyksiä. Koska ikääntyneiden toimintakyky on usein heikentynyt, voi olla paikallaan, että työntekijä tutkii yhdessä asiakkaan kanssa materiaaleja ja auttaa häntä sisällön ymmärtämisessä ja kysymyksiin vastaamisessa.

10.4 Motivoiva haastattelu ja lyhytneuvonta

Motivoiva haastattelu on keskusteluterapeuttinen tapa kohdata asiakas. Sen tavoitteena on lisätä asiakkaan valmiutta muutokseen saamalla hänet itse puhu-

maan muutoksen puolesta sen sijaan, että työntekijä määritteli asiakkaalle muutostarpeet. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013.) Menetelmä kehitettiin alun perin erilaisten riippuvuuksien hoitoon, mutta se sopii käytettäväksi myös silloin, kun asiakkaan elämäntapoihin tarvitaan mitä tahansa muutoksia (Järvinen, M. 2014).

Motivoiva haastattelu on vuorovaikutuksellinen menetelmä, joka perustuu työntekijän ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön, asiakkaan hyväksymiseen, hyvinvoinnin edistämiseen ja sisäisen motivaation herättelyyn. Muutosten avainten ajatellaan löytyvän asiakkaasta itsestään. Työntekijän tehtävänä on tunnistaa muutosten siemenet asiakkaan omia kokemuksia, havaintoja ja arvoja kuuntelemalla ja vahvistaa asiakkaan muutospuhetta heijastavalla eli refleктоivalla kuuntelulla, avoimilla kysymyksillä, tukea antavalla palautteella ja yhteenvedolla. Vastakkainasettelua (työntekijä – asiakas) ja asiantuntijan roolin ottamista tulee välttää, sillä se voi vain johtaa asiakkaan passivointiin. (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013.)

Ihmiset ovat lähtökohtaisesti halukkaita elämään terveellisesti. Käytännössä terveellisiä elämäntapoja voi kuitenkin olla joskus hankala noudattaa, sillä elämäntapojen muuttaminen vaatii rutiinien rikkomista. Taitavalla vuorovaikutuksella motivaatiota voidaan herätellä, kasvattaa ja vahvistaa. Olennaista on selvittää asiakkaan omat arvot, tavoitteet, tavoiteltavan muutoksen merkitys ja asiakkaan käytössä olevat voimavarat tavoitteisiin pääsemiseksi. (Järvinen 2014.)

Motivoivan haastattelun vastakohtana voi pitää paternalistista eli holhoavaa lähestymistapaa; suorat käskyt ja kehotukset, kuten ”sinun pitää lopettaa juominen” eivät tuota toivottua tulosta, vaan herättävät asiakkaassa vastarintaa. Suostuttelu ja taivuttelu eivät myöskään johda mihinkään, sillä asiakas keksii aina uusia perusteluja ei-toivottujen tapojensa jatkamiselle. Sen sijaan motivoivan haastattelun perusmenetelmiin kuuluvien avoimien kysymysten *mitä, miten, miksi, kuinka, kerro* (liite 4) tavoitteena on sekä saada asiakas ajattelemaan, että työntekijä tietämään, mitä hän ajattelee. (Järvinen 2014.)

On hyvä tiedostaa, että asiakkaat motivoituvat omassa tahdissaan, eikä motivoitumista voi kiirehtiä. On hienoa, jos asiakas ryhtyy heti motivoivan haastattelun jälkeen suunnittelemaan elämäntapamuutoksia, mutta joskus käy niin, että asiak-

kaan mieleen jää haastattelusta pieni ajatuksen alku mahdollisesta muutoksesta, eikä mitään konkreettista tapahdu kenties pitkään aikaan. Työntekijän tehtävänä on palata asiaan myöhemmin. (Järvinen 2014.)

Kaikilla asiakkailla ei ole kykyä tai mahdollisuutta käsitellä niin isoja asioita kuin jotkin elämäntapamuutokset vaativat, eivätkä he osaa päätyä omaan ratkaisuun muutosta vaativissa asioissa (Järvinen 2014). Tällöin tietysti työntekijän velvollisuutena on auttaa asiakasta löytämään ratkaisu jollain muulla tavoin. Motivoiva haastattelu on kuitenkin mielekäs ja käyttökelpoinen työskentelymenetelmä, vaikka asiakas olisi melko huonokuntoinenkin, sillä kaikilla ihmisillä on tarve ja halu tulla kuulluiksi. Lisäksi motivoivan haastattelun menetelmää voi käyttää mainiosti lyhytneuvonnassa eli mini-interventiossa, josta kerron seuraavaksi. Liitteessä 4 esitellään Käypä hoito –suosituksen mukaiset motivoivan haastattelun keskeiset periaatteet ja menetelmät.

Lyhytneuvonta Olemme tottuneet siihen, että perusterveydenhuollossa lääkäri tai sairaanhoitaja on se, joka antaa asiakkaalle lyhytneuvontaa eli mini-interventiota. Se edellyttää ajan varaamista terveyskeskukseen ja menemistä paikan päälle, mikä voi olla ikäihmisille vaikeaa monista eri syistä johtuen. Kotihoidon työntekijä voi kuitenkin yhtä lailla toimia lyhytneuvonnan alkuunpanijana asiakkaan kotona ja näin silottaa tietä jatkossa tapahtuville toimille asiakkaan päihdeongelman hoitamiseksi. Moni ikääntynyt saattaa nimittäin kokea häpeällisenä terveyskeskuskäynnin, jonka syynä on liiallinen päihteiden käyttö. Kotihoidon työntekijä voi käyttää lyhytneuvonnan menetelmiä asiakkaan kanssa ja saada hänet pohtimaan päihteiden käyttöään.

Öfverström-Anttila ja Alho (2011, 27) esittelevät tässä luvussa aiemmin mainitussa oppaassaan motivoivan haastattelun menetelmiä hyödyntäviä RAAMIT – lyhytneuvontamenetelmän. Käytäntö on oppaan kirjoittajien mukaan osoittanut menetelmän toimivuuden. RAAMIT-lyhytneuvonnalla asiakkaalle annetaan yksilöllistä palautetta ja tietoa hänen tilanteensa huomioiden ja selvitetään keskustelemalla hänen mahdollinen muutoshalukkuutensa. Öfverström-Anttilan ja Alhon (2011, 27) mukaan RAAMEJA käytetään seuraavasti:

Rohkeus: Asiakkaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen

Alkoholitietous: Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna asiakkaan vaivoihin ja löydöksiin

Apu: Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se

Myötätunto: Suhtaudutaan asiakkaaseen lämpimästi, reflektoidvasti, empaattisesti ja ymmärtävästi

Itsemääräämismääräisyys. Asiakkaan on itse päätettävä vähentää juomistaan

Toimintaohjeet: Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi

Yllä oleva suositus alkoholiongelmaisen hoidosta on loogisuudessaan sovellettavissa kotihoitoon siten, että työntekijä toimii asiakkaan kannustajana, tiedonjakajana ja tukijana. Työntekijä voi soveltaa lyhytneuvontaa konkreettisesti omassa työssään kysymällä asiakkaalta avoimilla kysymyksillä hänen juomisestaan. Kuinka usein, mitä ja kuinka paljon? Mitä vaikutuksia juomisella on asiakkaan sosiaalisiin suhteisiin? Millainen hänen sosiaalinen verkostonsa on? Millaista tukea sieltä voisi saada? Mitä mieltä asiakas on itse juomisestaan? Miten hänen halunsa muutokseen ilmenee? Kysymysten avulla työntekijä saa tietoa, jonka pohjalta hän voi antaa asiakkaalle palautetta, jakaa tietoa alkoholin vaikutuksista hyvinvointiin sekä neuvoa asiakasta, miten muutos on mahdollista juuri hänen kohdallaan toteuttaa.

Yllä olevat avoimet kysymykset ovat esimerkkejä pohjoiskarjalaisen järjestö- ja kansalaistoiminnan hankkeen (JAKE) Päihteet puheeksi –osion työkaluista, jotka on tarkoitettu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käyttöön. (Päihteet puheeksi, [viitattu 5.1.2017] .)

11 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tutkimuksen taustaa

Kuten jo alussa kerroin, innostukseni tämän tutkimuksen toteuttamiseen sai alkunsa viime vuonna tekemistäni TKI-projektista, jossa kartoitin kotihoidon asiakkaiden alkoholinkäyttötottumuksia. Ammatillisessa esseessäni Ikääntyneet juomakulttuurin murroksessa – kun kielletystä tulee sallittua, pohdin ikääntyneiden alkoholin käytön tulevaisuudennäkymiä ja haasteita sosionomin näkökulmasta. Jo tuolloin tarkastelin aihetta sosiokulttuurisesta viitekehyksestä käsin tarkoituksena osoittaa, että ihmisten toimintaa selittävät yksilöllisten ominaisuuksien lisäksi sosiaalinen ja kulttuurinen konteksti, jossa he elävät. Tämä tutkimus on näin ollen luonnollinen jatkumo aikaisemmille töilleni.

Tässä luvussa esittelen tutkimusprosessin vaiheet tavoitteista ja tutkimuskysymyksistä tulosten esittelyyn ja analysointiin.

11.1 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kotihoidossa työskentelevien kokemuksia yli 65-vuotiaiden asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyydestä ja työntekijöiden valmiuksista kohdata näitä ongelmia. Halusin myös tietää työntekijöiden kehittämisajatuksia. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millaisia mielenterveydellisiä ongelmia ikääntyneillä (yli 65-vuotiailla) kotihoidon asiakkailta on ja miten ne ilmenevät kotihoidon henkilöstölle?
2. Miten mielenterveys – ja päihdeongelmaiset asiakkaat kohdataan ja ongelmiin puututaan?
3. Mistä työntekijät kaipaavat lisää tietoa?
4. Millaisia kehittämisajatuksia ja toiveita työntekijöillä on?

11.2 Tutkimusmenetelmät

Tutkimukseni on määrällinen tutkimus, jota täydentämään olen käyttänyt laadullisia menetelmiä. Heikkilän (2014) mukaan määrällisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä, ja sen tyypillisiä aineistonkeruumenetelmiä ovat lomakekyselyt, surveyt, internetissä tehtävät kyselyt, strukturoidut haastattelut ja puhelinhaastattelut. Itse käytin aineiston keruussa internet-kyselyä. Heikkilä (2014) jatkaa, että määrällistä tutkimusmenetelmää käytettäessä otoksen tulee olla määrällisesti suuri ja edustava, sillä tutkittavan ilmiön kuvaaminen tapahtuu numeerisen tiedon pohjalta. Koska määrällisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne mutta ei asioiden taustalla olevia syitä, käytin täydentävänä tutkimusmenetelmänä laadullisen tutkimuksen menetelmää.

Laadullinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuksen kohdetta ja sen käytöksen ja päätösten syitä. Se sopii hyvin toiminnan kehittämiseen, vaihtoehtojen etsimiseen ja sosiaalisten ongelmien tutkimiseen. Tiedonkeruumenetelminä käytetään usein erilaisia haastattelumenetelmiä. (Heikkilä 2014.) Tutkimukseni laadullinen osa toteutui Webropol-kyselyssäni olleiden avoimien kysymysten avulla. Koska tarkoitukseni oli saada vastaajilta mahdollisimman paljon tietoa tutkittavista ilmiöistä, avoimet kysymykset palvelivat hyvin tätä tarkoitusta.

11.3 Tutkimuksen eettisyys, validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan antaman hyvän tieteellisen käytännön ohjeen (HTK) mukaan ”tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla”. (HTK-ohje, [viitattu 5.1.2017].)

Tutkimuksessa tulee noudattaa rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, tarkkuutta niin tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa kuin niiden esittämisessä, sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. (HTK-ohje, [viitattu 5.1.2017].) Koska kyseessä oli ensimmäinen iso tutkimukseni toteutettuna minulle ennastaan tuntemattomalla aineistonkeruumenetelmällä (Webropol) ja aineiston purkaminen tulosten esittä-

miskuntoon tapahtui niin ikään melko vieraalla SPSS-ohjelmalla sekä Webropolin omilla analysointityökaluilla, vaati tutkimuksen purkamisosa aivan erityistä huolellisuutta ja tarkkaavaisuutta. Kahden eri analysointiohjelman käyttäminen oli kuitenkin etu, sillä niiden tulokset tukivat toisiaan ja varmistivat näin omalta osaltaan tulosten luotettavuutta ja eettisyyttä.

Validius tarkoittaa, että tutkimus ei sisällä systemaattisia virheitä, antaa oikeita tuloksia ja mittaa sitä, mitä pitikin. Aineistosta tehtyä johtopäätöksiä tulee pitää luotettavina. (Heikkilä 2014.) Tutkimuksessa käytetty menetelmä ei itsessään johda tietoon, vaan ollakseen validi, menetelmä pitää valita sen mukaan, millaista tietoa halutaan (Hiltunen 2009). Tutkimusmenetelmän näkökulmasta käyttämäni Webropol-kysely oli juuri tähän tutkimukseen validi, sillä arvelin ennen kyselyn tekemistä saavani sen avulla sellaista tietoa, jota tutkimuksessani tarvitsisin, niin kuin sainkin.

Reliaabelin tutkimuksen tulosten tulee olla toistettavissa. Tulosten tulee olla tarkkoja, ja tutkimuksen pitää olla toistettavissa samanlaisin tuloksin. Luotettavien vastausten edellytyksenä on, että tutkimuksen otos on tarpeeksi suuri, ja että tiedonkeruu, tulosten syöttö ja käsittely tehdään huolella ja virheettömästi. (Heikkilä 2014.) Uskon, että tutkimukseni tulokset pystytään toistamaan helposti minkä tahansa kotimaan alueen kotihoidossa, sillä suoritin huolella kaikki edellä mainitut tutkimuksen vaiheet. Lisäksi aikaisempi tutkimusmateriaali tuloksineen tukee sitä, mikä selvisi omassa tutkimuksessani: ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdekuntoutujien kohtaaminen asettaa haasteita paikkakunnasta riippumatta, ja nuo haasteet ovat hyvin samankaltaisia kuin mitä tutkimukseni tuloksissa ilmeni.

Kaiken kaikkiaan olin tyytyväinen saamiini vastauksiin: ne vastasivat niihin kysymyksiin, joita olin esittänyt ja joihin toivoin saavani sellaisia vastauksia, jotka olisivat käyttökelpoisia; siis jotain muuta kuin pelkkiä ”kyllä” tai ”ei” –vastauksia.

11.4 Tutkimusprosessin eteneminen

Webropol-kysely aineistonhankintamenetelmänä

Kysely- eli survey-tutkimuksen tarkoituksena on saada tiettyjen kriteerien perusteella valitulta joukolta vastauksia samoihin kysymyksiin (Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi, [viitattu 3.2.2017]). Kyselytutkimuksen etuina voidaan pitää laajaa tutkimusaineistoa ja tehokkuutta, lisäksi huolellisesti suunnitellun kyselyn aineisto on helposti analysoitavissa (Hiltunen, [viitattu 3.2.2017]). Itse pidin ajatuksesta, että tavoitan kyselytutkimuksen tekemällä kaikki LLKY:n alueella kotihoidon kenttätyötä tekevät kerralla ja he saavat vastata anonyymisti silloin, kun heille parhaiten sopii.

Kysely toteutettiin kesällä 2016. Kyselyn tarkoituksena oli selvittää, millaisia mielenterveys- ja päihdeongelmia työntekijät kohtaavat asiakastyössään, millaista tietoa, taitoa ja koulutusta heillä on edellä mainituista ongelmista, miten he puuttuvat kotikäynneillä havaitsemiinsa ongelmiin, kaipaavatko he lisää mielenterveys- ja päihdeongelmien tietämystä sekä millaisia kehittämistoiveita ja –ajatuksia heillä on.

Kyselylomakkeessa oli kymmenen kohtaa, joista neljä ensimmäistä taustatekijöiden selvittämiseksi. Taustatekijät olivat paikkakunta, ikä, koulutus ja työvuodet LLKY:ssä. Kysymyksistä kolme oli monivalintakysymyksiä, yhteen kysymykseen sai valita yhden valmiiksi esitetyn vastausvaihtoehdon. Useassa kysymyksessä oli kuitenkin myös mahdollisuus valita vaihtoehto valmiiksi annetuille vastauksille kirjoittamalla se sille määriteltyyn kohtaan lomakkeessa. Tutkimukseni laadullinen osuus perustuu avoimiin kysymyksiin, joita lomakkeessa oli kaksi.

Koska olisi ollut hankalaa selvittää yli sadan työntekijän sähköpostiosoitteet, laitoin kyselyyn johtavan linkin jokaisen LLKY:n alueen kunnan, eli Kauhajoen, Teuvan, Isojoen ja Karijoen kotihoidon palveluohjaajille, jotka välittivät linkin työntekijöilleen. Vastausaikaa oli kuukausi. Viikkoa ennen määräajan umpeutumista laitoin palveluohjaajille viestin, jossa pyysin heitä muistuttamaan työntekijöitä kyselyyn vastaamisesta. Määräaikaan mennessä vastauksia tuli 45. LLKY:llä on 126 vaki-

naista kotihoidon työntekijää ja kahdeksan päivätoiminnassa työskentelevää, joten noin kolmannes työntekijöistä vastasi kyselyyn.

Webropol-kyselyn etuna on käyttäjäystävällisyys: kyselyn luominen, siihen vastaaminen ja vastausten analysoiminen on melko helppoa Webropolin selkeän konseptin ansiosta.

11.5 Aineiston purkaminen ja analysointi

Aineiston määrällisen osuuden purkamiseen ja analysointiin käytin SPSS-ohjelmaa ja Webropolin omia analysointimenetelmiä. Siirsin tutkimuksen Excelin taulukkolaskentaohjelman kautta SPSS-ohjelmaan, jossa määrittelin muuttujat ja siistin ulkoasua analysointia varten. Vastaajien koulutusta koskevan kysymyksen tulokset jouduin purkamaan yksi kerrallaan, sillä jotkut vastaajista eivät olleet merkinneet varsinaista koulutustaan, vaan valinneet vain jonkin syventäviä opintoja koskevan vaihtoehdon. Valituista vaihtoehdoista pystyin päättämään, mikä kenenkin vastaajan koulutus oli käymällä vastaukset yksitellen läpi.

Jo ennen aineiston analyysia oli selvästi nähtävissä tutkimuksesta esiin nousseet painopisteet. Webropolin peruseräraportti osoitti työntekijöiden kokemat ongelmat ja kehittämistarpeet, jotka vaikuttivat heti ensi vilkaisulla melko yhteneväisiltä. Oli selvää, että ongelmia ja kehittämistarpeita koettiin olevan. Aineiston analysointi SPSS-ohjelmalla sekä avoimien kysymysten huolellinen tarkastelu ja vastauksista esiin nousseet yhteneväisyydet vahvistivat nämä alustavat päätelmät.

Metsämuurosen (2008, 48) mukaan ennen varsinaista aineiston analysointivaihetta aineisto tulee saattaa sellaiseen muotoon, että sen analysoiminen on mahdollista. Tämän tein käyttämällä Metsämuurosen (2008, 50) esittämää laadullista sisälönanalyysin menetelmää siten, että aineiston sisäistämisen ja teoretisoinnin jälkeen ryhdyin luokittelemaan aineistoa sen mukaan, mihin vastaajilta saadut tiedot viittasivat ja järjestelin aineiston vastausten perusteella eri teemoihin. Esimerkiksi koulutusta koskevat toiveet järjestin omaksi teemakseen pilkkoen sitten koulutus-toiveita vielä sen mukaan, millaista koulutusta toivottiin. Näin sain selville paitsi

sen, että koulutusta toivottiin, myös täsmennystä siihen, *millaista* koulutusta. Tämä oli mahdollista vastauksista esiin nousseiden yhteneväisyyksien johdosta.

Aineiston sisällönanalyysia helpottaa tutkittavan ilmiön visualisoiminen. Sen avulla suurempien kokonaisuuksien hahmottaminen on helpompaa ja se nostaa esiin epäoleelliset ja oleelliset seikat. (Metsämuuronen 2008, 51.) Teemoittelussa käytin visuaalisena apuna värejä. Tulostin avoimiin kysymyksiin saamani vastaukset listaksi ja merkitsin vastaukset eri väreillä sen mukaan, mitä teemaa ne edustivat. Tämän jälkeen ne oli helppo poimia omaksi joukokseen ja tutkia näin saatua kokonaisuutta tarkemmin tulkintaa ja johtopäätöksiä varten.

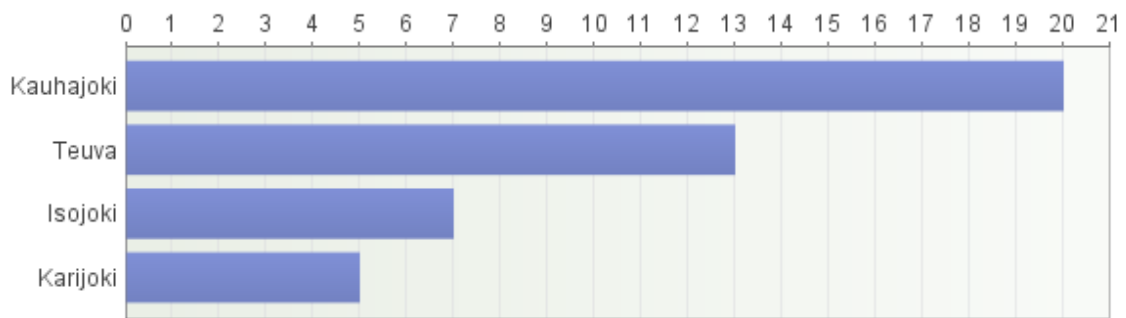
12 TUTKIMUSTULOKSET

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni tulokset. Määrällisten tulosten lisäksi esitän avoimiin kysymyksiin saamiani vastauksia siltä osin, kuin näen ne merkityksellisinä tutkimustulosten kannalta. Merkityksellisyys perustuu vastauksista esiin nousseisiin yhteneväisyyksiin.

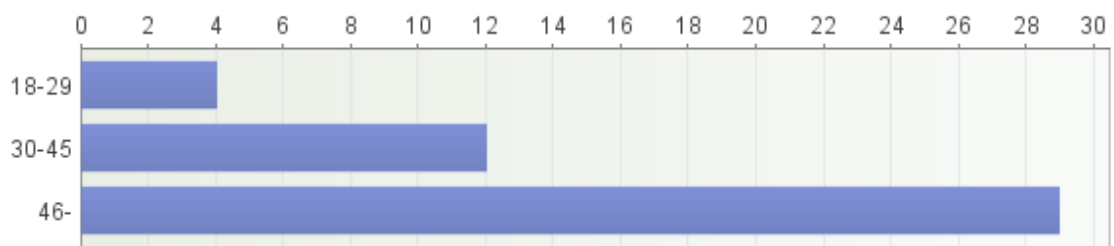
12.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastasi 45 Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän (LLKY:n) alueen kotihoidon työntekijää. LLKY:n alue käsittää Kauhajoen kaupungin lisäksi Teuvan, Isojoen ja Karijoen kunnat. Näillä alueilla työskentelee yhteensä 126 vakinaista kenttätyötä tekevää työntekijää sekä kahdeksan päivätöiminnan työntekijää, yhteensä siis 134 työntekijää. Tutkimuksen vastausprosentti oli 33,6. Keskimääräinen kyselyyn käytetty vastaamisaika oli noin neljä minuuttia, mikä kävi ilmi Webropolin näyttämistä vastaamiseen käytetyistä kellonajoista.

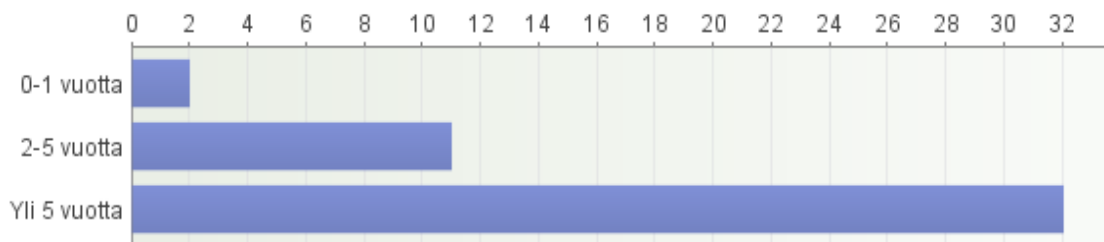
Seuraavan sivun kaavioista voi nähdä vastaajien ilmoittamat työskentelypaikkakunnat, ikäjakauman ja työssäolovuodet LLKY:llä.



Kuvio 1. Vastaajat paikkakunnittain (N=45)



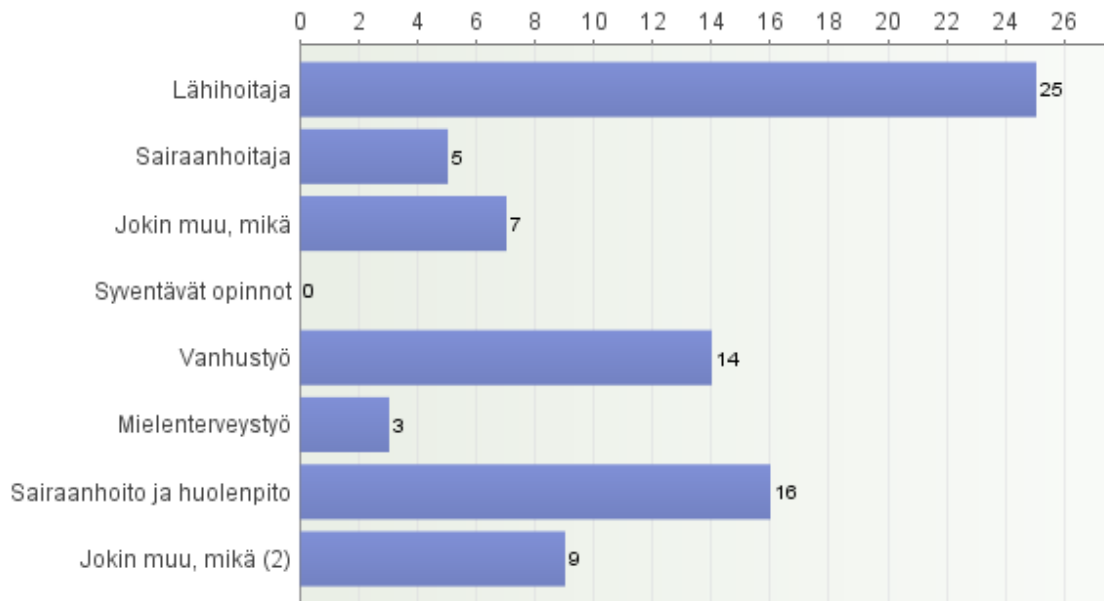
Kuvio 2. Vastaajien ikäjakauma (N=45)



Kuvio 3. Työssäolovuodet LLKY:n kotihoidossa (N=45)

Kuten yllä olevista taulukoista näkee, suurin osa vastaajista on yli 46-vuotiaita. 18-29-vuotiaita vastaajia oli vähiten, yhteensä neljä. 32 vastaajaa kertoi työskennelleensä LLKY:n kotihoidon palveluksessa yli viisi vuotta. Alle vuoden kestänyt työsuhde puolestaan oli kahdella vastaajalla.

Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa nähdään vastaajien ilmoittamat koulustaustat syventävine opintoineen sellaisina kuin ne Webropolissa näyttäytyivät. Koulutusten selvittäminen oli hieman työlästä, sillä jotkut vastaajista olivat merkinneet koulutuksen kohtaan vain syventävät opintonsa, ja joillakin oli useampia syventäviä opintoja, jolloin he valitsivat niitä kysyttäessä myös ”jokin muu” – vastausvaihtoehdon.



Kuvio 4. Vastaajien ilmoittama koulutus ennen tarkistamista (N=45)

Niin kuin yllä olevasta kuviosta voi nähdä, lähihoitajia ilmoitti olevansa 25 vastaajaa, sairaanhoitajia viisi ja ”jokin muu” –vaihtoehdon oli valinnut seitsemän vastaajaa. Edellä mainitut luvut yhteen laskemalla sain tulokseksi 37, vaikka vastaajia kyselyssä oli 45. Luvut eivät täsmänneet, joten selvitin, mistä on kyse.

Taulukko 3. Vastaajien koulutus tarkistamisen jälkeen (N=45)

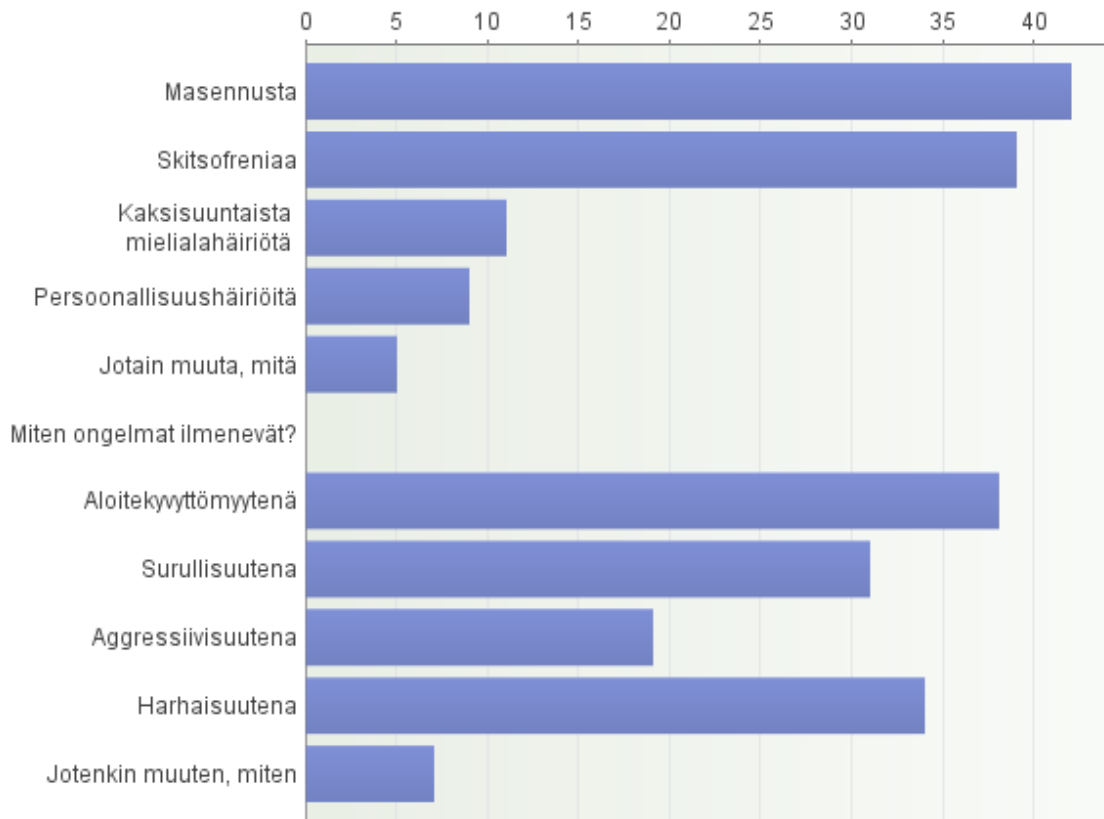
	Vanhustyö	Sh ja huolenpito	Mielenterveys	Muu **	Yhteensä
Lähihoitaja	14	16	1	2	33
Sairaanhoitaja				5	5
Muu *					7
Yhteensä					45
*	Apuhoitaja, perushoitaja, kodinhoitaja, mielenterveyshoitaja (2), vammaistyö, vanhustyön erikoisammattitutkinto				
**	LH: lapset ja nuoret, kehitysvammatyö SH: sisätaudit, lapset. Kolme vastaajaa ei ilmoittanut syventäviä opintojaan.				

Kävin läpi jokaisen vastaajan vastaukset yksitellen kolme kertaa, jotta sain varmasti oikeat tulokset. Webropolin perusraportti antoi tähän mahdollisuuden. Edellisen sivun taulukossa on vastaajien koulutukset syventävine opintoineen huolellisen tarkistamisen jälkeen.

Lähihoitajia vastaajista oli tosiasiasa yhteensä 33, sillä kahdeksan oli merkinnyt koulutukseksi vain syventävät opinnot (vanhustyö 2, sairaanhoito ja huolenpito 6). Tämän päättelin siitä, että molemmat mainitsemani syventävät opinnot ovat lähihoitajan koulutukseen kuuluvia syventäviä opintoja, eivätkä vastaajat olleet valinneet ”jokin muu” –koulutusvaihtoehtoa. 33:sta lähihoitajasta sairaanhoitoon ja huolenpitoon syventyneitä oli 16 (joista kahdella muita syventäviä opintoja lisäksi), vanhustyöhön 14, lapsiin ja nuoriin yksi (muita syventäviä opintoja lisäksi), mielenterveyteen yksi ja kehitysvammaisuuteen yksi. Viisi vastaajista oli sairaanhoitajia, joista yksi ilmoitti syventäviksi opinnoiksi lapset ja yksi sisätaudit. Kolme vastaajaa eivät kertoneet syventäviä opintojaan. Seitsemällä vastaajalla oli jokin muu koulutus: apuhoitaja, perushoitaja, mielenterveyshoitaja (2) kodinhoitaja, vammaistyö, yhdellä oli vanhustyön erikoisammattitutkinto.

12.2 Asiakkaiden mielenterveyden häiriöt ja niiden ilmeneminen

Kysyin työntekijöiltä, millaisia mielenterveydellisiä ongelmia heidän asiakkaillaan esiintyy. Vastaukset tukevat aiempaa tutkimustietoa siitä, että masennus on ikään-tyneiden yleisin mielenterveyden häiriö. 42 vastaajaa ilmoitti asiakkailla olevan masennusta. 39 vastaajaa ilmoitti kohtaavansa työssään skitsofreniaa sairastavia asiakkaita. Noin neljännes vastaajista ilmoitti asiakkailla esiintyvän kaksisuuntaista mielialahäiriötä, ja persoonallisuushäiriöisiä työssään kohtasi joka viides työntekijä. Muita mielenterveysongelmia, joita yksittäiset työntekijät ilmoittivat asiakkailla olevan, olivat kaksoisdiagnoosi, Alzheimerin tautiin liittyvä harhaisuus, muistisairaudet, alkoholidementia ja ahdistushäiriö.



Kuvio 5. Asiakkaiden mielenterveyden häiriöt ja niiden ilmeneminen (N=45)

Ongelmat ilmenivät vastausten perusteella useimmiten aloitekyvyttömyytenä (38), harhaisuutena (34) ja surullisuutena (31). Aggressiivisuutta esiintyi vajaat puolet vastaajista mukaan. Muita yksittäisten työntekijöiden mainitsemia ilmenemismuotoja olivat sekavuus, epäluuloisuus, pelkotilat, itsemurha-ajatukset, uhkailu, päihdeiden käyttö, sekakäyttö, ylivilkkaus, mielialan vaihtelut, muistamattomuus, hoitokielteisyys, nimittely ja parjaaminen sekä samojen asioiden toistelu.

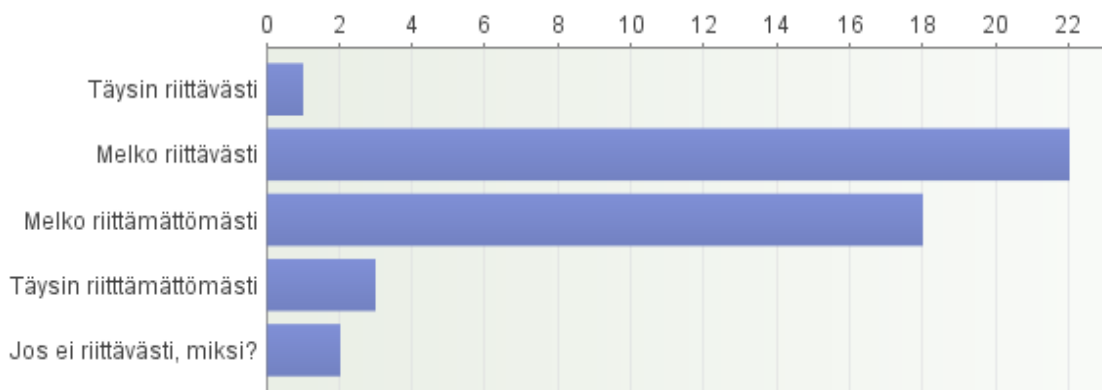
12.3 Tietämys ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmista

Kysyin avoimella kysymyksellä, millaista ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmia koskevaa tietoa ja koulutusta työntekijöillä on. 33 vastaajaa ei ollut käynyt mitään työnantajan järjestämää koulutusta. Kuusi vastaajaa oli johonkin työnantajan järjestämään koulutukseen osallistunut, mutta koulutuksista oli pääsääntöisesti jo vuosia aikaa. Yksi työnantajan järjestämää koulutusta saaneista ilmoitti,

että ”kotihoitossa on näistä jutuista koulutusta joka vuosi”. 19 vastaajaa ilmoitti ainoaksi tiedoksi mielenterveys- ja päihdeongelmista sen, mitä on ammattiin opiskelun aikana opintoihin sisältynyt. Omaehtoiseen täydennyskoulutukseen ilmoitti osallistuneensa kolme vastaajaa. Kolme kyselyyn osallistuneista jätti vastaamatta tähän kysymykseen, joten kysymykseen vastanneiden kokonaismäärä oli 42.

12.4 Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamisen ja ongelmiin puuttumisen valmiudet

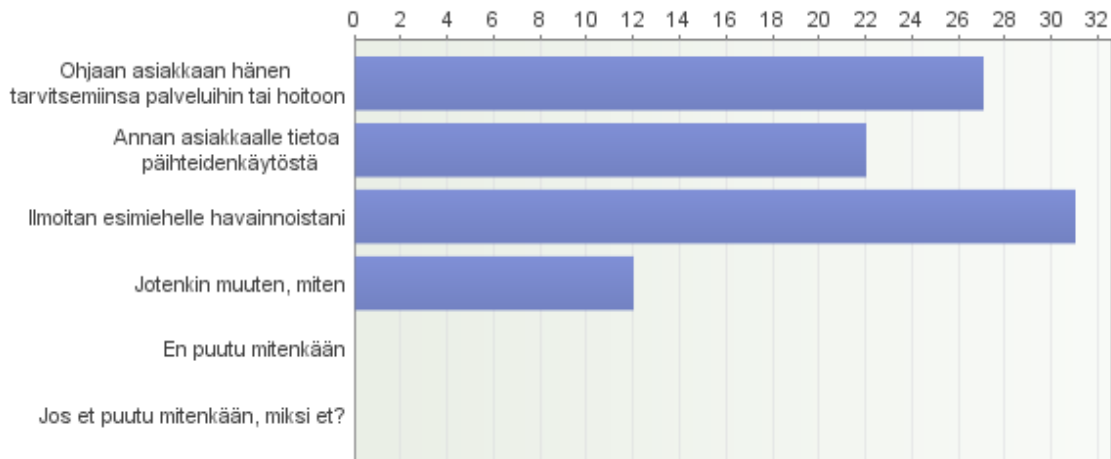
Kysyessäni työntekijöiltä heidän valmiuksiaan asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien kohtaamisessa vain yksi vastaajista ilmoitti omaavansa täysin riittävästi tietoja ja taitoja. Muiden vastaajien kokemat arviot valmiuksien riittävydestä jakautuivat siten, että melko riittävästi tietoja ja taitoja omaavia oli muutama enemmän kuin melko riittämättömästi omaavia. Täysin riittämättömästi tietoja ja taitoja ilmoitti omaavansa kolme vastaajaa. Yksi jätti vastaamatta tähän kysymykseen.



Kuvio 6. Valmiudet asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien kohtaamiseen (N=44)

Kysyessäni, miksi tietoja ja taitoja ei koettu riittäviksi, kaksi vastaajaa nimesi valmiuksien esteiksi täydennyskoulutuksen puutteen ja yhteistyön toimimattomuuden eri tahojen kanssa. Jälkimmäisen vastaajan mukaan ei auta, vaikka olisi tietoa, jos yhteistyö eri tahojen kanssa ei toimi.

Seuraavaksi kysyin vastaajilta, miten he puuttuvat kotikäynneillä havaitsemiinsa mielenterveys- ja päihdeongelmiin. Alla olevasta taulukosta voi nähdä, että kaikki vastaajat puuttuivat jollain tavoin ongelmiin.



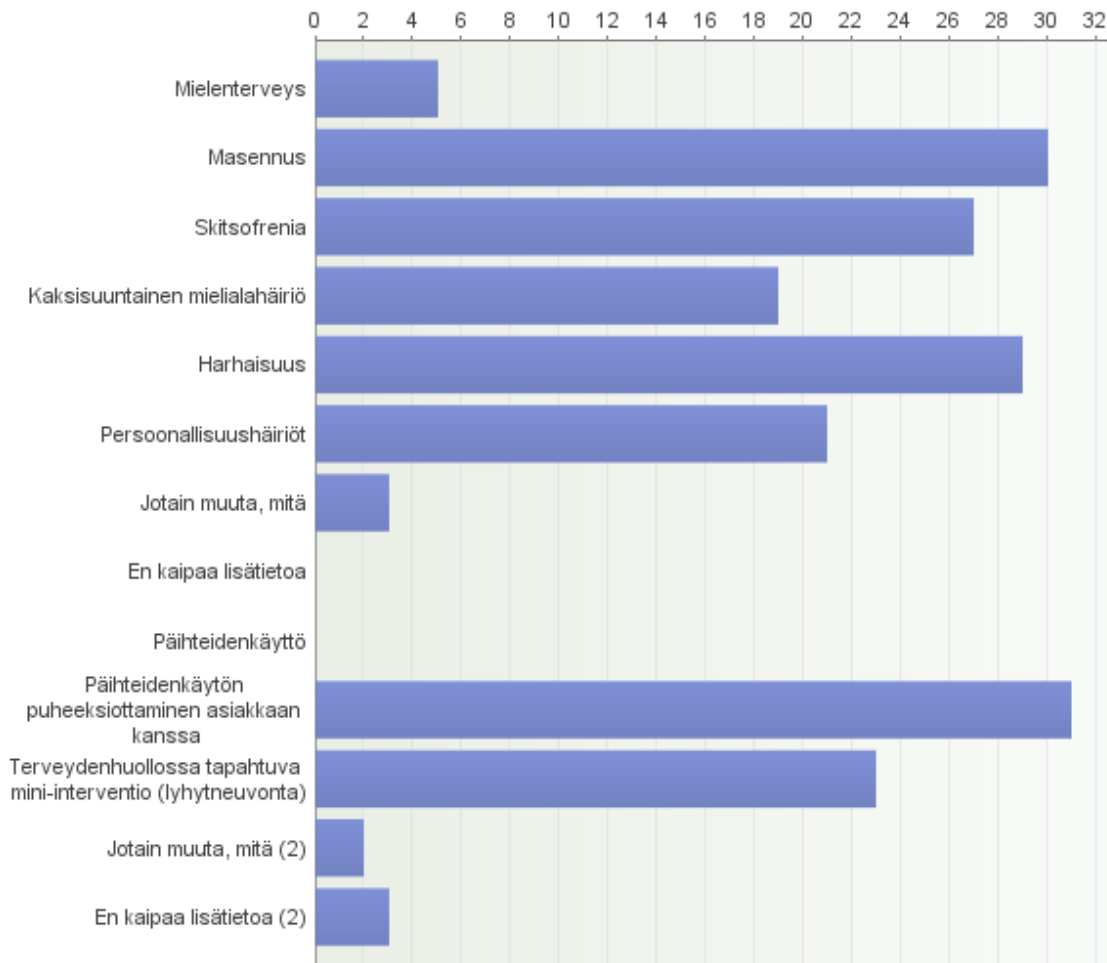
Kuvio 7. Puuttuminen kotikäynneillä havaittuihin mielenterveys- ja päihdeongelmiin (N=44)

Suurin osa vastaajista ilmoitti kertovansa esimiehelle havainnoistaan. Reilusti yli puolet kertoi ohjaavansa asiakkaan tämän tarvitseviin palveluihin tai hoitoon ja noin puolet sanoi antavansa asiakkaalle tietoa päihteiden käytöstä. Muita mainittuja puuttumisen menetelmiä olivat rohkeasti puheeksi ottaminen, mini-interventio, lääkärin konsultointi, tiimin, kotisairaanhoidajan ja mielenterveystyöhön erikoistuneen sairaanhoidajan kanssa keskustelu, intervallin järjestäminen, tilanteen vaatimalla tavalla toimiminen ja Effica-kirjaukset hoitotyön toimintojen ja psyykkisen tasapainon osalta. Eräs vastaajista totesi seuraavaa:

Kaikkea on vuosien varrella yritetty, mutta silti liian usein juuri nämä asiakkaat jäävät heitteille kotiin. Kotihoito tekee sen mihin pystyy.

12.5 Tiedon tarve

Kysyin työntekijöiltä, kaipaisivatko he lisää ikääntyneiden mielenterveyttä ja päihteiden käyttöä koskevaa tietoa. Päihteiden käytön puheeksiottaminen, masennus ja harhaisuus olivat kolme eniten kaivattua lisätiedon kohdetta.



Kuvio 8. Lisätiedon tarve (N=45)

Eniten lisää tietoa haluttaisiin skitsofreniasta, lyhytneuvonnasta, persoonallisuushäiriöistä ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Viisi vastaajaa haluaisi tietää yleisesti lisää mielenterveydestä. Muita mainittuja lisätiedon tarpeita olivat päihteiden vaikutus käyttäytymiseen ja muistisairauksien mukanaan tuomat ongelmat mielenterveyteen ja mielialaan. Kaikki vastaajat halusivat jotain lisätietoa mielen-

terveysongelmista, mutta päihdeongelmien kohdalla kolme vastaajaa näki lisätiedon saamisen tarpeettomana.

12.6 Kehittämisaatuksia ja toiveita

Kyselylomakkeessa oli viimeisenä avoin kysymys ”Mitä kehittämisaatuksia ja toiveita haluaisit esittää?”. Vastaajia oli kaksikymmentä. Viisi vastaajaa toivoi koulutusta nimenomaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen. Yksittäisissä vastauksissa toivottiin ohjeistusta aggressiivisten päihdeasiakkaiden kohtaamiseen, tietoa alkuvaiheen muistisairauden ja masennuksen erotusdiagnostiikasta, sijaisten kouluttamista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yksin kohtaamiseen, tietoa vaihtoehdoista psyykenlääkkeille sekä lisää tietoa ja koulutusta pienryhmissä tapahtuvasta koulutuksesta eri osa-alueilta siten, että lähtökohtana on aiheen kiinnostavuus, tärkeys ja ajankohtaisuus.

Jotkut vastaajista eivät eritelleet tarkemmin, millaista koulutusta toivoisivat, vaan esittivät toiveensa esimerkiksi kirjoittamalla, että ”näistä aiheista olisi hyvä saada koulutusta” ja ”kyseisiä koulutuksia olisi hyvä suunnitella”. Toiveita myös avattiin enemmän:

Päihteidenkäyttäjät ja mielenterveysongelmista kärsivät ovat lisääntyneet valtavasti kotihoidon asiakaspiirissä. Toivoisin, että hoitajille pidettäisiin työnantajan puolesta (pakollisia) koulutuksia, miten asiaa käsitellään ja miten asiakas kohdataan. Vieläkin liian moni hoitaja sulkee silmänsä näiltä ongelmilta, vaikka potilas saattaa kaivata apua ja kannustusta parantumiseen ja kuntoutumiseen.

Koulutustoiveiden lisäksi vastaajat esittivät yksittäisinä kehittämisaatuksina kotikuntoutusta arkisiin asioihin, enemmän työnohjausta (”etteivät vaikeat asiat jäisi käsittelemättä”), työntekijöiden oman myönteisen suhtautumisen päihteidenkäyttöön tarkastelua, mielenterveys- ja päihdeongelmiin erikoistunutta työntekijää, työnantajan tukea (”ettei tarvitse mennä yksin paikkoihin, joissa tiedetään voivan olla esimerkiksi aggressiivinen päihteidenkäyttäjä”), mielenterveyshoitajien ja lääkäreiden kotikäyntejä, ryhmätoimintaa asiakkaille ja tukea mt-asiakkaiden hoitomaksuihin sekä hyvää yhteistyötä eri tahojen kanssa.

Työntekijöiden vastauksista ilmeni huoli mielenterveys- ja päihdeongelmaisten asiakkaiden hoidosta. Seitsemän vastaajaa toi tätä huolta esiin. Vastauksissa kerrottiin asiakkaiden huonokuntoisuudesta ja siitä, että he eivät saa tarpeellista hoitoa oikeassa paikassa oikeaan aikaan. Ongelmiin tarttuminen heti ja ohjaaminen oikeaan paikkaan ilman ”pompottelua eri tahojen välillä” nousi vahvasti tutkimustuloksissa esiin. Koettiin, että avun saamisen ja jatkohoitoon pääsemisen pitäisi olla helpompaa.

Ei sydänpotilastakaan esim. päivystyksestä laiteta kotiin saman tien ja jätetä oman onnensa nojaan. Suomessa ei mielletä alkoholismia sairaudeksi ja he jäävät useimmiten TÄYSIN ilman apua. Ja kotona on asiakkaita, nuoriakin, jotka ovat todella avun tarpeessa mielenterveysongelmien takia, mutta heille ei tehdä lähetteitä ,eikä oikeastaan kukaan välitä ennen kuin on jo liian myöhäistä. Vedotaan aina esim. siihen ettei ole vaarallinen, vaikka ympäristöltäkin tulee viestejä, että ovat erittäin huolissaan jonkun ihmisen käytöksestä yms, niin apua on todella vaikea saada. Kotihoito tekee auttaakseen minkä kotona voi, esim. edes puhtaat vaatteet ja kodin lämpö ja ruoka.

Niin kuin yllä olevasta työntekijän kommentista on luettavissa, hän koki kotihoidon tekemän parhaansa mielenterveys- ja päihdeongelmaisia asiakkaita auttaakseen. Yksi vastaajista totesi, että on ”hirveän raskasta yrittää hoitaa edes perushoito, itsestä pitää panna kaikki likoon kun yrität kuntouttaa, toisaalta työ on kyllä myös palkitsevaa”, toinen taas näki, että mielenterveys- ja päihdeongelmia vähätellään ja niistä kärsivät asiakkaat sysätään kotihoidon harteille ilman, että työntekijöillä olisi välttämättä tietoa asiakkaan hoidon jatkuvuudesta ja seurannasta, esimerkiksi lääketarkistuksista ja osastojaksoista. Eräs vastaajista kysyi, että ”kotihoitoko on kaatopaikka, hoitaa kaikki jota muut ei hoida.”

Tutkimustuloksissa nousi siis koulutustarpeen lisäksi esiin huoli asiakkaista, mutta myös työntekijöiden kokemus siitä, että kotihoidon vastuulle sysätään asiakkaita, joiden hoitovastuu olisi jollain muulla taholla kuin kotihoidolla. Yhteistyötä näiden asiakkaiden hoitamiseksi ja kuntouttamiseksi etenkin terveydenhuollon kanssa toivottiin.

13 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidossa työskentelevien kokemuksia yli 65-vuotiaiden asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyydestä ja työntekijöiden valmiuksista kohdata näitä ongelmia. Kysyin työntekijöiltä myös, millaisia kehittämissajatuksia ja toiveita heillä on. Tutkimukseni kohdeyryhmänä oli Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymän LLKY:n kotihoidon kenttätyötä tekevä henkilöstö.

Tutkimuksen tulokset vahvistavat aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että masennus on ikääntyneiden yleisin mielenterveyden häiriö. Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat asiakkailta esiintyvän masennusta. Toiseksi eniten vastaajat ilmoittivat asiakkailta esiintyvän skitsofreniaa. Neljännes vastaajista ilmoitti kohtaavansa työssään asiakkaita, joilla on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Viidennes työntekijöistä oli työssään tekemisissä persoonallisuushäiriöisten asiakkaiden kanssa.

Ikääntyneiden määrän kasvaessa myös ikääntyneiden mielenterveyden häiriöt yleistyvät. Arvioidaan, että kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien ikääntyneiden määrä kaksinkertaistuu seuraavien 20 vuoden aikana. Ikääntyneitä skitsofreniaa sairastavia arvioidaan olevan noin 15 000 vuonna 2030. (Leinonen & Alanen 2011.) Tämä tarkoittaa sitä, että ikääntyneiden kanssa työskentelevä kotihoidon henkilöstö tulee kohtaamaan entistä enemmän psyykkisesti sairastavia asiakkaita, ja mielenterveyteen ja sen häiriöihin kohdennetun koulutuksen merkitys kasvaa.

Kotihoidon työntekijöiden kokemat valmiudet ja lisäkoulutuksen tarve

Sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE:n eettisissä suosituksissa sosiaali- ja terveysalalle suositellaan työntekijöiden osaamisen pitämistä ajan tasalla ja mahdollisuutta sekä kehittyä että kehittää työtään ja siihen liittyviä käytäntöjä. Tämä edellyttää työyhteisöltä ja johdolta sitä, että he tarjoavat työntekijöille tukea, perehdytystä, turvallisuutta sekä koulutusmahdollisuuksia. (ETENE 2011, 6.) Suositus on linjassa vanhuspalvelulain (L 980/2012) henkilöstöä koskevan pykälän (§20) kanssa, jonka mukaan toimintayksikön henkilöstön määrän, koulutuk-

sen ja tehtävärakenteen on vastattava toimintayksikön palveluita saavien iäkkäiden henkilöiden määrää ja heidän toimintakykynsä edellyttämää palvelun tarvetta. Henkilöstön on turvattava iäkkäille laadukkaat palvelut. (L 980/2012.)

Kotihoidon henkilöstö on tavallisimmin lähihoitajan ja sairaanhoitajan koulutuksen saaneita. Tutkimuksessani kolmella kaikista vastanneista oli mielenterveystyön syventäviä opintoja taustallaan.

Lähihoitajan ja sairaanhoitajan tutkinnot antavat valmiudet toimia monenlaisissa työympäristöissä. Mielenterveyden häiriöt ja päihdeongelmat ovat aivan erityistä osaamista vaativia alueita, ja niistä kärsivien asiakkaiden kanssa työskentely vaatii ainakin perustiedon omaamisen. Koska kotihoidon asiakkaiden kanssa tehtävä työ on pitkälti perushoidon ja hoivan antamista, työssä toimivilta ei välttämättä edellytetä mielenterveys- ja päihdetyön tuntemusta. Kuitenkin mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät ovat kasvava osa asiakaskuntaa johtuen ensinnä laitoshoidon purkamisesta ja kotiin annettavien palveluiden lisääntymisestä, mutta myös ikään-tyneen väestön osuuden voimakkaasta kasvusta nyt ja lähitulevaisuudessa. Vallalla oleva käsitys siitä, että koti on ihmisen paras paikka riippumatta siitä, kuinka terve tai sairas hän on, on jo johtanut siihen, että kotona asuu entistä enemmän psyykkisesti sairaita henkilöitä. Heidän tuen tarpeeseensa vastaaminen on haasteellista, kuten tässä opinnäytetyössä on käynyt selväksi.

Liki puolet tutkimukseeni vastanneista koki, että heillä ei ole riittävästi valmiuksia mielenterveyden häiriöistä tai päihdeongelmasta kärsivien asiakkaiden kohtaamiseen. Vaikka vain kaksi vastaajista ilmoitti puutteellisten valmiuksien syyksi täydennyskoulutuksen puuttumisen, avoimien kysymysten perusteella saamani vastaukset antavat kuitenkin aiheen olettaa juuri koulutuksen ja lisätiedon puuttumisen olevan yksi merkittävä valmiuksien este. Peräti 33 vastaajaa nimittäin ilmoitti, että ei ole käynyt mitään työnantajan järjestämää koulutusta, jonka aiheena olisi ollut mielenterveys- ja päihdeongelmat. 19 vastaajaa kertoi ainoan tietämyksensä mielenterveys- ja päihdeongelmista olevan se, mitä opiskeluaikana oli opittu. Huomioiden, että vain kolmella vastaajalla oli koulutus mielenterveystyöhön, voi päätellä, että muiden opinnoissaan saatu tietämys mielenterveys- ja päihdeongelmista olisi aika vähäinen. Lähihoitajan ja sairaanhoitajan opinnoissa, jos syventävät opinnot ovat joltain muulta sektorilta kuin mielenterveys- tai päihdetyö, näitä

ongelmia kyllä käsitellään, mutta ei perusteellisesti. Muutama vastaaja oli saanut työnantajan järjestämää lisäkoulutusta, mutta siitäkin oli jo vuosia aikaa.

Ottaen huomioon suurimman osan vastaajista suhteellisen pitkän työhistorian LLKY:n palveluksessa (32 vastaajaa yli viisi vuotta ja 11 vastaajaa 2-5 vuotta) olisi tutkimustulosten perusteella ollut perusteltua odottaa enemmän työnantajan järjestämää koulutusta.

Työntekijät halusivat lisää tietoa ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmista. Noin 2/3 vastaajista haluaisi lisätietoa masennuksesta, harhaisuudesta ja päihteiden käytön puheeksi ottamisesta. Yli puolet haluaisi tietää enemmän skitsofreniasta, puolet lyhytneuvonnasta ja persoonallisuushäiriöistä ja 19 kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Päihteiden vaikutuksesta käyttäytymiseen ja muistisairauksien aiheuttamista ongelmista mielenterveyteen ja mielialaan haluttaisiin myös lisää tietoa. Viisi vastaajaa kaipasi lisätietoa mielenterveydestä yleisesti.

Lisätiedon ja koulutuksen tarve näyttäisi olevan valtakunnallinen ilmiö kotihoidon työntekijöiden keskuudessa. Esimerkiksi Sanna Tiaisen ja Enni Vainion (2013, 35-38) Itä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymälle tekemänsä opinnäytetyön Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta tutkimustuloksissa molempien asiakasryhmien kohtaaminen koettiin haastavaksi ja tietoa kaivattiin lisää; 43 prosenttia Tiaisen ja Vainion tutkimukseen vastanneista koki omaavansa liian vähän tietoja ja taitoja mielenterveysasiakkaiden kohtaamiseen, ja 32 prosenttia oli sitä mieltä, että tietoja ja taitoja päihdeasiakkaiden kohtaamiseen oli liian vähän. Lähes puolet vastaajista (N=99) koki lisää- ja / tai täydennyskoulutuksen keinoksi kehittää mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaan kohtaamista. Myös kehitysideoissa nousi useasti esiin koulutuksen tarve. Tiaisen ja Vainion tutkimuksessa vastaajista 70 % oli lähihoitajia, 17% sairaanhoitajia ja 13 % ilmoitti koulutukseksi jonkun muun.

Koulutuksen tarve nousi esiin myös työntekijöiden kertomissa kehittämisajatuk- sissa ja toiveissa. Sen lisäksi työntekijät ilmoittivat toivovansa muun muassa enemmän työnohjausta, työntekijöiden omien (myönteisten) asenteiden tarkaste- lua päihteiden käyttöä kohtaan, mielenterveys- ja päihdeongelmiin erikoistunutta työntekijää, ryhmätoimintaa asiakkaille sekä työnantajan tukea siihen, ettei tarvitse

mennä yksin kotikäynneille paikkoihin, joissa tiedetään voivan olla mahdollisuus kohdata aggressiivinen asiakas.

Ongelmiin puututaan

Työntekijät näyttivät vastausten perusteella puuttuvan asiakkaiden havaittuihin ongelmiin, sillä kaikki tähän kysymykseen vastanneista ilmoittivat puuttuvansa jollain tavoin. Vastauksissa ilmeni sellaisia puuttumisen tapoja kuin esimiehelle ilmoittaminen, asiakkaan ohjaaminen tämän tarvitsemiin palveluihin tai hoitoon, puheeksi ottaminen, lyhytneuvonta, lääkärin konsultointi, tiimin, kotisairaanhoidajan ja mielenterveystyöhön erikoistuneen sairaanhoidajan kanssa keskustelu, intervallin järjestäminen, tilanteen vaatimalla tavalla toimiminen ja Effica-kirjaukset hoitotyön toimintojen ja psyykkisen tasapainon osalta.

...mutta lisää tietoa kaivataan

Yllä olevat puuttumisen välineet ovat juuri niitä, joita sosiaali- ja terveystalalla käytetään. On kuitenkin oletettavaa, että kaikki työntekijät eivät käytä kaikkia menetelmiä työssään, vaan menetelmien käyttö on pirstaleista ja ne sijoittuvat eri työntekijöille koetun osaamisen tason kanssa korreloiden. Tähän viittaa se, että vaikka erilaisia menetelmiä kyllä käytetään, niin lisätiedon tarve koetaan vahvana oman ammattitaidon kehittämiseksi mielenterveyden häiriöiden ja päihdeongelmien kohdalla.

Tunnolliset työntekijät tekevät, minkä voivat

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että kotihoidon asiakkaina olevat mielenterveys- ja päihdeongelmaiset ikääntyneet koetaan haasteellisina siksi, että omien taitojen ei koeta välttämättä riittävän tällaisten asiakasryhmien kohtaamiseen. Vahvana kokemuksena esiin nousee myös työntekijöiden tunne siitä, että kotihoidolta odotetaan tai vaaditaan enemmän kuin mihin sillä on resursseja: ”kotihoitoko on kaa-

topaikka, hoitaa kaikki jota muut ei hoida?” tai ”mielenterveysasiakkaat sysätään kotihoidon harteille”, tai ”että yhteiskunta auttaisi näitä ryhmiä, heidät viedään päi-vystykseen, resepti käteen ja kotiin selviämään”.

Haasteellisuutta lisää myös se, että asiakkaiden koetaan olevan entistä huonokun-toisempia ja että oikeanlainen hoito on vaikea järjestää. Ei tiedetä, kuka lopulta on vastuussa apua tarvitsevasta. Marjo Taittosen (2011, 64) pro gradu –tutkielmassa, johon viittasin jo aikaisempia tutkimuksia käsittelevässä luvussa, johtopäätökset ovat samansuuntaisia. Taittosen tutkimukseen osallistuneet kotihoidon työntekijät kokivat jäävänsä yksin ilman ulkopuolista apua päihteitä käyttävien asiakkaidensa kanssa. Päihtyneiden asiakkaiden luona käydään, koska mikään muu taho ei sitä tee; alkoholisoituneelle ikäihmiselle ei ole apua tarjolla viranomaisilta eikä omaisil-ta. Sen sijaan heitä ohjataan terveyskeskukseen, josta ei myöskään ole apua tie-dossa. Taittonen pohtii, onko terveyskeskus ylipäätään oikea paikka, jonne ohjata alkoholiongelmasta kärsivä ikäihminen. Tutkimustulokseni puhuvat samaa kieltä; ”resepti käteen ja kotiin selviämään”.

Taittonen (2011, 65) sanoo alkoholiongelmaisten ikääntyneiden olevan kotiin unohdettu asiakasryhmä, josta kotihoidon henkilökunta kantaa huolta auttamiskei-nojen olevan kuitenkin vähissä: huoli asiakkaista ilmenee hoivana ja huolenpitona, mikä korostaa terveydenhuollon näkökulmaa. Taittonen kysyykin, tulisiko kotihoi-dossa olla oma gerontologisen sosiaalityön ammattilainen tai vaihtoehtoisesti: voi-siko edellä mainittua toimenkuvaa sisällyttää kotihoidon aluevastaavan rooliin. Olen samaa mieltä Taittosen kanssa siitä, että niin mielenterveys- kuin päihdeon-gelmaiset kotihoidon asiakkaat tarvitsisivat ehdottomasti tuekseen ja avukseen sosiaalialan ammattilaisen, jolla on tietämystä molemmista edellä mainituista osa-alueista. Tämä vahvistaisi myös sosiokulttuurista näkökulmaa asiakkaiden ongel-miin, ja parhaimmillaan vähentäisi yhä monesti vallitsevaa näkemystä terveyden-huollon palveluista ja menetelmistä asiakkaiden pääsääntöisenä hyvinvoinnin tur-vaajana. Uskon sosiaalialan kentän menetelmillä olevan paljon tarjottavaa ikään-tyneiden kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille terveydenhuollon palveluiden rinnalla tasavertaisena toimijana, joka katsoo asiakkaan elämää myös kaikkeen sosiaali-seen liitettävän kautta.

Mielenterveys- ja päihdeongelmat siis koskettavat sekä sosiaali- että terveydenhuoltoa, ja niiden hoitamisessa tarvitaan molempien alojen hyvää ja tiivistä yhteistyötä. Pitää kuopata se ajatus, että heikkoon kuntoon itsensä juoneet viedään terveyskeskuksen vuodeosastolle toipumaan, sillä useimmiten kyseessä on vain hengähdystauko, ja voimien palattua juominen taas jatkuu eikä mikään ole muuttunut. Tarvitaan monialaista osaamista ja tahtoa nähdä ikääntyneiden elämän arvokkuus, oli kyseessä miten alkoholisoitunut tai psyykkisesti sairas asiakas tahansa. Käytän sanaa ”tahto”, sillä havaintojeni mukaan etenkin päihdeongelmaisten kohdalla riittävän hoidon saamisen esteenä on usein kyse nimenomaan moraalisiin latauksiin ja asenteisiin liittyvästä tahtotilasta.

Tänä päivänä toki asiakkaan itsemääräämisoikeus on hyvin vahva, ellei hän ole psykoottinen ja vaaraksi itselleen tai muille. Hoitoon pääseminen tai joutuminen ei ole itsestään selvää. Kotihoidon asiakkailla, niin mielenterveys- kuin päihdeongelmistakin kärsivillä, on hyvin pitkälle menevä valta päättää asioistaan, vaikka terveyden- tai elämäntilanne olisi miten paha tahansa. Ihmisen perusoikeuksiin kuuluu kiinni päättää omista asioistaan, mutta onko asia kuten Taittonen pohtii (2011, 67), että työntekijöiden resurssien ja puuttumisen välineiden ollessa minimaaliset, asiakkaan itsemääräämisoikeutta saatetaan korostaa turhankin paljon: *omassa kodissa saa asua niin kuin haluaa*, työntekijät ainoastaan turvaavat ja mahdollistavat kotona asumisen niin pitkään kuin mahdollista antamalla asiakkaalle perushoivan ja huolenpidon. Taittoselle syntyi tutkimuksensa tuloksista käsitys, että ikääntyneiden päihteiden käyttäjien ei uskota raitistuvan, eikä heiltä sitä odoteta, vaan he saavat tehdä loppuelämällään mitä haluavat.

Nostan tässä kohtaa esiin sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen kortin, jonka mukaan ikäihmisten voimavaroja tulee tukea ja vahvistaa. Missään ei sanota, että voimavaroja ei tarvitse tukea tai vahvistaa *joissain tietyissä tapauksissa*, kuten mielenterveys- tai päihdeongelmissa. Päinvastoin: silloin tukea vasta tarvitaankin. Siksi on ensiarvoisen tärkeää, että tällaisten asiakkaiden kanssa työskentelevä henkilöstö saa työkaluja, joiden avulla on mahdollista antaa asiakkaille perushoidon ja –hoivan lisäksi myös tukea heidän ongelmiaan. Työkalupakkiin tulisi koulutuksen lisäksi kuulua sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten verkosto,

joka tukee asiakkaiden lisäksi myös kotihoidon työntekijöitä ja heidän tekemäänsä arvokasta työtä.

Yli 65-vuotiaiden mielenterveys- ja päihdekuntoutujien asema

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut kiinnostava tutkimusmatka ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmiin ja niiden kohtaamiseen. Olen viime vuosina joutunut todistamaan laitoshoidon purkamisesta ja säästämisestä johtuvaa huolestuttavaa kehityskulkua ja pohtinut usein, millaiset säästöt yhteiskunta lopulta saakaan näiden toimenpiteiden ansiosta. Havaintojeni pohjalta ne psyykkisesti huonosti voivat, jotka jäävät vaille riittävää apua ja tukea, ovat vaarassa ajautua etenkin terveystalouden suurkuluttajiksi. He kulkevat usein paikasta toiseen avuntarpeessaan, eikä oikein kukaan tunnu tietävän, kenen kuuluisi hoitaa heidän asioitaan ja kenelle päävastuu kuuluu. Tämä on noussut jo monesti esiin tutkimuksesani, ja allekirjoitan täysin tämän suuren huolen aiheen.

On hyvin todennäköistä, että julkiset sosiaali- ja terveystaloudet eivät yksin kykene huolehtimaan tulevaisuuden ikääntyneistä, vaan tarvitaan palveluiden tuottajien yhteistyötä, resurssien järkevää käyttöä ja palvelutarpeen uudenlaista arviointia. Ikääntyneillä mielenterveys- ja päihdeongelmaisilla on myös kohonnut riski jäädä sosiaali- ja terveystalouden sekä Kelan etuuksien ulkopuolelle. Tämä kaikki tarkoittaa sosionomin näkökulmasta sitä, että sosiaalityön tarve tulee jatkossa kasvamaan eikä työkenttä varmasti ole mikään pieni.

Mielenterveyden häiriöistä ja päihdeongelmista kärsivien asiat on järjestetty omalla paikkakunnallani melko hyvin. Heille on tarjolla päivätoimintaa ja tarpeiden mukaan räätälöityä kotikuntoutusta, mutta palveluiden saamisen yläikärajana on 65 vuotta. Mielenterveyspalvelut kuuluvat Kauhajoella aikuissosiaalityön piiriin, jonka yläikärajana siis edellä mainittujen mielenterveys- ja päihdepalveluiden osalta on 65 vuotta. Täytettyään 66 vuotta asiakas, jolla noita ongelmia on, ei siis ole oikeutettu saamaan kotikuntoutusta eikä osallistumaan päivätoimintaan. Yli 65-vuotiaille on kyllä tarjolla päivätoimintaa, mutta sitä ei ole mitenkään spesifioitu mielenterveys- tai päihdeongelmista kärsiville. Itse erään tällaista ”tavallisille eläkeläisille” tarkoitettua päivätoimintaa kerran nähneenä totesin kaikkien osallistujien vaikuttavan

toimintakykyisiltä ja sosiaalisesti osallisilta; sellaiseen joukkoon sopisi aika huonosti harhainen skitsofreenikko tai krapulassa tärisevä vanhus. Ikääntyneille mielenterveys- ja päihdeongelmallisille tarvitaan omaa toimintaa; miksi heidän pitäisi jäädä tällaisten tärkeiden palveluiden ulkopuolelle vain siksi, että heitä pidetään yli-ikäisinä?

LLKY:n alueen yhteinen Ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma vuoteen 2020 ja toimenpideohjelma vuosille 2016-2020 painottaa kotona asumista ja kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä tavoitteinaan ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, palveluiden laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä eri toimijoiden sitouttaminen yhteiseen tavoitteeseen ikääntyneen väestön hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja edistämiseksi (Ikääntyneen väestön... 2015,1). Vanhuspalvelulaki (L 980/2012) edellyttää kunnilta tällaisen suunnitelman tekemistä.

LLKY:n suunnitelma on hyvä ja kattava, mutta siinä mainituista ikääntyneille tarkoitetuista palveluista suuresta osasta saa vaikutelman, että ne on tarkoitettu edellä mainituille ”tavallisille” eläkeläisille. Toki on niin, että suuri osa ikääntyneistä omaa hyvän tai melko hyvän toimintakyvyn, jota on tärkeää ylläpitää ja edistää tarjoamalla kattavia palveluita eri osa-alueilta, mutta ei saa unohtaa niitä, jotka ovat huonommassa asemassa psyykkisten ongelmien tai päihteiden käytön takia. Heitä ei voi ajatella vain rasitteena tai ylimääräisenä kuluverästä yhteiskunnalle, sillä sosi- ja terveysalan etiikan mukaan jokaisella on ihmisarvo ja oikeus hyvään elämään.

Sosiaalisen osallisuuden mahdollistaminen hyvinvoinnin lisääjänä

Yhteiskuntamme mittaa usein asioita taloudellisella mittapuulla. Huomioimalla myös ne ikääntyneet, joiden palveluntarve on suuri mielenterveys- ja päihdeongelmien takia, voitaisiin saada aikaan suuria säästöjä. Yksinäisyys tunnetusti altistaa masennukselle ja päihteiden liikkakäytölle. Liiallinen päihteiden käyttö puolestaan vahvistaa masennusta, altistaa somaattisille sairauksille ja niin edelleen. Pannostamalla ennaltaehkäisyyn ja mielekkääseen toimintaan voitaisiin säästyä monelta isommalta ongelmalta. Tämä kyllä tiedetään, mutta asioiden eteen ei silti olla valmiita tekemään yhteiskunnallisella tasolla juuri mitään toimenpiteitä. Mitä sitten

voitaisiin tehdä, jotta ikääntyneille voitaisiin suoda hyvät puitteet myös psyykkisen toimintakyvyn säilymiseksi?

Palaan vielä hetkeksi sosiaalisen osallisuuden käsitteeseen, josta kerroin aikaisempia tutkimuksia käsittelevässä luvussa 2:

Ihminen on sosiaalinen olento. Kun ajatellaan, mitkä tekijät osaltaan parantavat ja edistävät ihmisten hyvinvointia ja toimintakykyä, nähdään nykyisin sosiaalinen osallisuus yhtenä tärkeänä tekijänä. Osallisuuden (inkluusio) vastakohta on syrjäytyminen (eksluusio); tämä käsitepari kertoo jo itsessään paljon. Toiminnallisuus ja yhteisön osallisuus tuovat mukanaan hyvinvointia. Ihmisillä on tarve kokea kuuluvansa yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Muiden ihmisten kanssa oleminen tuottaa hyvinvointia ja tyydytystä. Näin ollen jossain osallisena oleminen ja johonkin kuuluminen luo ja edistää elämänhallintaa, sitoutumista ja vastuullisuutta. Ihminen on osallinen yhteiskuntatodellisuudesta, kun hänellä on mahdollisuus osallistua sosiaalisiin aktiviteetteihin ja yhteiskunnallisiin toimintoihin. (Nurmela 2012, 7-8.)

Mitä sosiaalinen osallisuus voisi tarkoittaa kotona asuvan, kotihoidon palvelun piirissä olevalle mielenterveys- tai päihdeongelmalliselle? Jos psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky ovat huonolla tolalla ja koko maailma neljän seinän sisällä, miten voi päästä osalliseksi yhteisöistä ja yhteiskunnasta?

Kotihoidon asiakkaiden rajoitteet toiminnalle ja osallistumiselle ovat usein sidoksissa heitä hoitavien työntekijöiden läsnä- tai poissaoloon; mitä rajoittuneempi toimintakyky on, sitä enemmän tarvitaan muiden mahdollistamaa, tuettua osallisuutta (Kairala 2010, 11). Asiakkaat viettävät paljon aikaa neljän seinän sisällä, heillä voi olla vähäinen sosiaalinen verkosto tai verkosto voi koostua vain viranomaisista tai kotihoidon työntekijöistä. Voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen voi olla haasteellista, jos ainoa mahdollistaja niiden tukemiseen on kotihoito. Tarvitaan myös muita toimijoita.

Sosiokulttuurinen vanhuskäsitys hyvinvoinnin edistäjänä

Simo Koskinen on sosiaalityön ja sosiaaligerontologian emeritusprofessori, joka on tutkinut sosiaalityön menetelmien vaikuttavuutta ikääntyneiden auttamisessa. Hän

näkee Peter Laslettin tavoin ikääntymisen eri vaiheisiin jaettavina kolmantena ja neljäntenä ikänä, jotka määrittelin vanhuskäsitystä käsittelevässä luvussa aiemmin. Koskisen (2006, 6) mukaan ikääntyneiden voimavarojen ja toimintakyvyn tukemisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää nähdä ikääntyminen vaiheittain etenevänä prosessina, sillä kolmasikäisten voimavarojen tukeminen voi siirtää varsinaisen vanhuuden ongelmia ja edistää hyvää vanhuutta. Koskisen mielestä myös hyvin ikääntyneidenkin voimavaroja ja toimintakykyä on mahdollista tukea monin eri tavoin.

Vanhuskäsitystä käsittelevässä luvussa määrittelin sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen, joka korostaa vanhuuden moninaisuutta ja ikääntyneiden voimavaroja ja vahvuuksia (Rautava 2015, 30). Koskinen (2006,7) yhtyy ajatukseen sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen tärkeydestä esittämällä väitteen, jonka mukaan *ikäntyneiden voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen on mahdollista vain sosiokulttuurisen vanhuskäsityksen pohjalta*. Uudenlaisen vanhuskäsityksen sisäistäminen vaatii Koskisen sanoin melkoista ajattelutavan muutosta ja voimavarapuheen opettelua. Olen hänen kanssaan täysin samaa mieltä.

Voimavaralähtöisessä työskentelytavassa lähdetään Koskisen (2006, 11) mukaan liikkeelle siitä, että ikääntyneet itse määrittelevät oman tilanteensa ja elämässään merkitykselliset asiat. Ongelmien ja menetysten sijaan huomio kiinnitetään ikäihmisten pätevyteen, vahvuuksiin ja osaamiseen. Työmenetelmänä käytetään ikääntyneen elämän kokonaisvaltaista arviointia, palvelutarpeen arviointia, arjen kokonaisuutta, elämänhistoriaa, elämäntapaa, kokemuksellisuutta ja merkityksenantoja. Ikääntyneet nähdään täysivaltaisina kulttuurikansalaisina. Työssä käytetään ratkaisukeskeisiä menetelmiä, joihin edellä esitelty motivoivan haastattelun menetelmäkin lukeutuu.

Voimavaralähtöisen ajattelutavan mukaan keskitytään siis ongelmien ja puutteiden sijaan siihen, mitä on jäljellä ja mikä nousee elämän kokemuksista, historiasta ja osaamisesta. Hyvien ja merkityksellisten asioiden vahvistaminen voi saada negatiiviset asiat näyttäytymään eri valossa. (Pernaa 2016.) Simo Koskisen ylistämä sosiokulttuuriseen vanhuuskäsitykseen perustuva ikäihmisten voimavarojen tukeminen kyllä näkyykin nykypäivän kotihoidossa, jos ei vielä valtakunnallisesti, niin ainakin paikallistasolla rohkeasti kokeiltuna, kuten seuraava esimerkki osoittaa.

Jos asiakkaalla on voimavaroja, niiden löytäminen on melko helppoa, kunhan löytää avaimen, jonka kautta lähteä kannustamaan voimaantumiseen. Ilman asiakkaan omaa motivaatiota se ei onnistu.

Yllä olevan toteamuksen esitti Järvenpään kotihoidon intensiivitiimin lähihoitaja Tarja Konkola, (Pernaa 2016) jonka työnantaja on ollut kehittämässä voimavara-lähtöisen, hyviä tuloksia saaneen kotihoidon mallia.

Voimavaralähtöisen kotihoidon tavoitteena on, että ikääntyneet voivat jatkaa asu-
mista omassa kodissaan mahdollisimman omatoimisena, toimintakykyisenä ja
voimaantuneena. Järvenpäässä kehitetyn mallin mukaan kotihoito alkaa neljän
viikon intensiivisellä hoitajaksoilla, jonka aikana asiakas itse miettii, millaisessa ti-
lanteessa hän haluaa olla: haluaako hän asua kotona, pärjätä ilman vaippoja tai
vaikka palata jonkin harrastuksen pariin. Tavoitteet lähtevät asiakkaasta itsestään
rakentuen asiakkaan oman motivaation pohjalle. Intensiivijakson alussa pidetään
verkostokokous, jossa ovat työntekijöiden lisäksi mukana asiakkaan omaiset ja
muut läheiset ja jossa selvitetään, mitkä palvelut tukevat asiakkaan kotona selviy-
tymistä. (Pernaa 2016.)

Kotihoidon alettua ”palvelut jäävät usein päälle”. Työntekijät tarkoittavat hyvää,
mutta eivät välttämättä tiedä, mitä asiakas itse haluaa. Järvenpään malliin kuulu-
van kotihoidon intensiivijakso on tarkoitettu sellaisille ikääntyneille, joiden arvioi-
daan hyötyvän erityisestä tuesta, mikä näkyy itsenäisyyden ja omatoimisuuden
palautumisena. Työntekijät etsivät asiakkaan voimavaroja yhdessä tämän kanssa
erilaisten lomakkeiden ja muiden työkalujen avulla ja kartoittavat näin ne voimava-
rat, joista on hyvä lähteä eteenpäin. ”Mitä juuri tämä asiakas tarvitsee? Mihin hän
on valmis sitoutumaan?” ovat kaksi tärkeää kysymystä, johon etsitään vastausta.
(Pernaa 2016.)

Järvenpään voimavaralähtöisen kotihoidon kokeilusta saatiin syksyllä 2015 tehdyl-
lä seurantajaksoilla lupaavia tuloksia: Neljän viikon intensiivijakson jälkeen 95 pro-
sentilla asiakkaista (N=18) palvelutarve oli jakson aikana tapahtuneen voimaantu-
misen jälkeen pysynyt samana kuin jakson päättyessä, ja joidenkin tarve oli jopa
vähentynyt. Tutkitut asiakkaat olivat osallistuneet intensiivijaksoon kesällä, jonka
jälkeen seurantajakso tehtiin. Seurantajakson aikana syntyi myös yli 60 000:n eu-
ron säästö. (Pernaa 2016.)

Asiakkaiden voimavarojen ja toimintakyvyn parantamista ja tukemista pohtiessaan voi apuna käyttää seuraavia kysymyksiä: Mitä voimavaroja asiakkailla on, miten ne tunnistetaan ja missä niitä käytetään? Mitä esteitä niiden käytölle on? Miten voimavarat voidaan vapauttaa niin, että ne muuttuvat yhteisölliseksi ja yksilölliseksi hyväksi? (Hokkanen, [viitattu 10.1.2017].)

Jokaisen ihmisen perustarve on halu kuulua johonkin, olla osallisena ja kokea itsensä tarpeelliseksi. Ikääntyneet kokevat olevansa osallisia voidessaan toimia, harrastaa, osallistua ja vaikuttaa. Mitä enemmän ikääntyneisiin liitetään kielteisinä pidettyjä ominaisuuksia kuten korkea ikä, sairaudet ja köyhyys, sitä suurempi riski heillä on syrjäytyä. (Kairala 2010, 4-5.)

Palveluiden kehittäminen osallisuuden ja hyvinvoinnin tukemiseksi

Kuten tässä opinnäytetyössä on jo aiemmin tullut esille, mielenterveyden edistämisen tavoitteena on hyvää mielenterveyttä suojaavien ja vahvistavien tekijöiden lisääminen sekä mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäiseminen, mikä tapahtuu muun muassa tukemalla asiakkaiden itsetunnon ja elämönhallinnan vahvistamista (THL: Hyvän mielenterveyden edistäminen 2014). Voimavaralähtöinen, sosiokulttuuriseen vanhuskäsitykseen perustuva näkökulma ikääntymisen moninaisuuden ja ikääntyneiden voimavarojen ja toimintakyvyn korostamisena voi siten toimia merkittävänä mielenterveyden edistäjänä ja vähentää päihdehaittoja.

Mieleeni on jäänyt taannoin lukemani artikkeli lieksalaisesta ”vanhusten päiväkodista”. Pidin lukemastani; ainut, mistä en pitänyt, oli toiminnalle annettu nimi: vanhusten päiväkotia. Mikä ihmeen päiväkotia? Eiväthän ikäihmiset mitään lapsia ole, vaikka saattavat toimintakyvyltään taantua paljonkin. Joka tapauksessa; toiminnan ideana on, että ikäihmiset menevät aamulla päiväkotia, viettävät siellä päivän ja palaavat illaksi kotia. Asiakkaina on niin kotihoidon asiakkaita kuin omaishoidettavia. Päiväkodissa ikääntyneiden aktiivisuuteen panostetaan erilaista toimintaa järjestämällä. Päivät sisältävät ulkoilua ja normaaleja kodin aktiviteetteja. (YLE 10.3.2016.)

Yksi hallituksen kärkihankkeista on uusien, kotona asumista tukevien palveluiden kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriössä Lieksan toiminta on saanut kiitosta. (YLE 10.3.2016.) Lieksan malli vaikuttaa hyvältä jokaiselle ikääntyneelle, jolla on jonkinlaista tuen tarvetta jollain osa-alueella. Oma malli voitaisiin kehittää mielen-terveyden häiriöistä kärsiville ikäihmisille, joiden psyykkinen ja sosiaalinen toimintakyky on kapeutunut sairauden takia. Heillä kun on usein korkea kynnyks lähteä muiden ihmisten joukkoon ja riski jäädä neljän seinän sisälle, mikä voi johtaa totta-taalisesti erakoitumiseen ja sairauden pahenemiseen. Heikko fyysinen toimintakykyään ei olisi esteenä, jos tällaiseen ”päiväkotiin” tai mieluummin vaikka päivätoimintapaikkaan pääsisi helposti ovelta ovelle kiertävällä pikkubussilla. Kustannuskysymys tämä tuskin on, ja toiminnan ja kuljetusten järjestämiseen käytettävät rahat saattaisivat palautua säästöinä esimerkiksi terveydenhuollon palveluiden käytön vähenemisenä niillä ikääntyneillä, jotka palveluita paljon käyttävät.

Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa selvittää, mitä tässä opinnäytetyössä muiden tarkastelun kohteena olleet mielenterveys- ja päihdeongelmaiset kotihoidon asiakkaat vastaisivat, jos heiltä itseltään kysyttäisiin, mitkä ovat heidän voimavaroissa, missä suurin avun ja tuen tarve sekä mitä olisivat ne keinot, joilla he näkisivät itseään parhaiten autettavan. Oletan, että vastauksissa ilmenee sekä normaaliin fyysiseen vanhenemiseen liittyviä pulmia, mutta avun tarvetta osoittautuisi sen lisäksi psyykkisellä ja etenkin sosiaaliseen osallisuuteen liittyvällä alueella. Tämän tohdin sanoa pitkän työhistorian tuomalla kokemuksella ja intuitiolla. Voimavarojen tunnistaminen ei ole helppoa ainakaan mielenterveyden häiriöistä kärsiville ja usein niitä pitää ”nyhtää” johdattelemalla, mutta aina niitä on tähän päivään saakka löytynyt. Ne asiat, joita me terveet pidämme itsestäänselvinä, kuten käsitys omista voimavaroistamme, voivat mielenterveysongelmallisille olla abstraktia, sanoittamatonta kenttää. He eivät välttämättä edes tiedä, mitä sana tarkoittaa. Meidän ammattilaisina tulee nämä asiat heille osoittaa ja sanoittaa.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2007. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. [Verkkoartikkeli.] Terveyskirjasto. Duodecim 123:1293–8. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96517.pdf>
- Aalto, M. 2015. Alkoholien ongelmakäyttö: Alkoholien ongelmakäytön eri muodot. Teoksessa: Aalto, M., Alho, H., Kiiänmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) Alkoholiriippuvuus. 3.uud. p. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 8-16.
- A-Klinikkasäätiö 13.1.2014. Mielenterveys ja päihteet. [Verkkosivusto.] Materiaalipankki. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/materiaalipankki/mielenterveys-ja-paihteet>
- Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. 2. uud. p. Helsinki: Sininauhaliitto.
- EpsHP Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Ei päiväystä. Voimaa arkeen – kurssitoiminta. [Verkkosivu.] [Viitattu 8.1.2017.] Saatavana: http://www.epshp.fi/1/ajankohtaista/voimaa_arkeen_kurssitoiminta
- Eriksson, H. Ei päiväystä. Uskallatko katsoa ihmistä silmiin? [Verkkoblogi.] Helsinki: Sininauhaliitto. [Viitattu 4.12.2016.] Saatavana: <http://www.sna.fi/blogi/uskallatko-katsoa-ihmista-silmiin>
- ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 8.1.2017.] Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/114890/URN_ISBN_978-952-00-3195-4.pdf?sequence=1
- Friman, L. Ei päiväystä. Kohti entistä monimuotoisempaa vanhuutta. [Verkkosivusto.] Artikkelit. [Viitattu 7.1.2017.] Saatavana: <https://www.ray.fi/hyvantahdonlukuja/ikaihmiset>
- Grenier A. 2007. Constructions of frailty in the English language, care practice and the lived experience. *Ageing & Society*, 27(3): 425-445.
- Grenier A: Transitions and the Lifecourse.2012. Challenging the constructions of 'growing old'. Bristol: The Policy Press.
- Groop, J. 2014. Miten vastata kotihoidon kasvavaan kysyntään? [Verkkojulkaisu.] Ikääntyneen väestön palvelut: käyttö, kustannukset, vaikuttavuus ja rahoitus.

Elderly people's services: use, costs, effectiveness and financing (else). Projektin julkaisu nro 1. Helsinki: Suomen Kuntaliitto. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/kotihoito_groop_ebook.pdf

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. 5. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Heikkilä, T. 2014. Kvantitatiivinen tutkimus. [Verkojulkaisu.] Helsinki: Edita Publishing Oy. [Viitattu 5.1.2017.] Saatavana: <http://www.tilastollinentutkimus.fi/1.TUTKIMUSTUKI/KvantitatiivinenTutkimus.pdf>

Herold, J. & Mattila, V. 2012. "Vaikka potilas olisi kuin saippuaa, en päästä valumaan pois". Kaksoisdiagnoosipotilaan sitouttaminen kuntoutukseen. [Verkojulkaisu.] Helsinki: Metropolia Ammattikorkeakoulu. Toimintaterapian koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 12.1.2017.] Saatavana: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/51337/Herold_Jenni_Mattila_Vii_vi.pdf?sequence=1

Hokkanen, H. Ei päiväystä. Kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavarat ja niiden tukeminen. [Verkojulkaisu.] Helsinki: ammattikorkeakoulu Stadia. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: http://www.thl.fi/attachments/rai/2007/Kotona_asuvien_ikkaiden_ihmisten_voimavarat_ja_niiden_tukeminen_15032007.pdf

HTK-ohje. Ei päiväystä. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. [Verkkosivu.] Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. [Viitattu 5.1.2017.] Saatavana: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Huhtanen, P., Miekkala, M., Mustonen, H. & Mäkelä, P. 2011. Suomalaisten alkoholinkäyttötavat vuosina 1968-2008. Juomatapatutkimusten tuloksia. [Verkojulkaisu.] Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 5.6.2016.] Saatavana: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80295/185cd443-0aa9-4bb7-8755-7a98bcfaaed7.pdf?sequence=1>

Huttunen, M. 14.11.2015. Kaksisuuntainen mielialahäiriö. [Verkkosivusto.] Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. [Viitattu 8.10.2016.] Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00378

Huttunen, M. 14.11.2015. Skitsofrenia. [Verkkosivusto.] Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. [Viitattu 8.10.2016.] Saatavana: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148

Härkönen, J. & Österberg, E. 2010. Miten alkoholiin on suhtauduttu ennen ja nyt? Teoksessa: Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo: Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 155-166.

- Ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma vuoteen 2020. 23.3.2015. [Verkkojulkaisu.] Rovaniemen kaupunki. [Viitattu 21.1.2017.] Saatavana: <https://www.rovaniemi.fi/loader.aspx?id=230f763d-df36-451e-8a35-b846c919c015>
- Ikääntyneen väestön hyvinvointisuunnitelma vuoteen 2020 ja toimenpideohjelma vuosille 2016–2020. 21.12.2015. [Verkkojulkaisu.] Suupohjan peruspalveluliikelaitoskuntayhtymä LLKY. [Viitattu 8.1.2017.] Saatavana: http://www.llky.fi/oppaat/ikentyneen_vestn_hyvinvointisuunnitelma_vuoteen_2020_ja_t.pdf
- Ismo Alanko (1990). Kun Suomi putos puusta. Lyrics. [Verkkosivusto]. [Viitattu 3.1.2017. Saatavana: http://www.lyricsmania.com/kun_suomi_putos_puusta_lyrics_ismo_alanko.html atavana
- Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypä hoito –suositus. [Verkkosivusto.] [Viitattu 5.1.2017.] Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>
- Kairala, M. 2010. Osallisuus ikäihmisten näkökulmasta. [Verkkojulkaisu.] Rovaniemi: Lapin yliopisto. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: <http://phekaisevatyo.pbworks.com/f/Osallisuus+ikaihminen+nakokulmasta.pdf>
- Karisto, A. 2005. Suuret ikäluokat kuvastimessa. Teoksessa: Karisto, A. (toim.) Suuret ikäluokat. Tampere: Vastapaino, 17-58.
- Karlsson, T. & Österberg, E. 2010. Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä? Teoksessa: Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo: Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13-26.
- Keronen, M. 2012. Aggressiivisen asiakkaan kohtaaminen. [Verkkoartikkeli.] Sosi-aari- ja terveystieteiden aikakauslehti Tesso 7/2012. [Viitattu 5.1.2017.] Saatavana: <https://tesso.fi/artikkeli/aggressiivisen-asiakkaan-kohtaaminen>
- Kettunen, I. 2016. Keinoja toimia aggressiivisen asiakkaan kanssa. [Verkkoartikkeli] Helsinki: Talentia, 29.1.2016. [Viitattu 5.1.2017.] Saatavana: <http://www.talentia-lehti.fi/keinoja-kohdata-aggressiivinen-asiakas/>
- Kilpi, L. 2010. ”Tää hioo ihmisestä sen terävimmän kärjen”. Narratiivis-sosiaaligerontologinen tutkimus oman kodin jättämisestä ja vanhuudesta vanhainkodissa. [Verkkojulkaisu]. Tampere: Tampereen yliopisto. Porin yksikkö. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. [Viitattu 30.3.2016]. Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81533/gradu04261.pdf?sequence=1>

- Kivelä, S. 2009. Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. Helsinki: Kirjapaja.
- Koponen, H., Leinonen, E. & Isohanni, M. 2015. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. Potilaan Lääkärilehti 22.5.2015. [Verkkoartikkeli.] Potilaan lääkärilehti 22.5.2015. [Viitattu 8.10.2016.] Saatavana: <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/vanhusten-psykoosit-ja-niiden-hoito/>
- Koskinen, S. 2006. Ikäihmisten voimavarojen ja toimintakyvyn tukeminen. [Verkkojulkaisu.] Esitelmä vanhustyön koulutuksen kehittämisseminaarissa. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: www.vanhustyonosajaat.fi/vakka_verkoston/Simo%20Koskinen.doc
- Krans-Suonpää, K. 2008. Suuret ikäluokat kehyksissä. [Verkkojulkaisu.] Tampere: Tampereen yliopisto. Sosiaalipolitiikan ja sosiaalityön laitos. Pro gradu – tutkielma. [Viitattu 7.1.2017.] Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/80011/gradu02914.pdf?sequence=1>
- Kuikka, A. [Ei päiväystä.] Päihde- ja mielenterveysongelman puheeksi otto ja asiakkaan kohtaaminen. [Verkkojulkaisu.] Evipro Oy. [Viitattu 7.1.2017.] Saatavana: http://muistisalo.fi/images/kohtaaminen_materiaali_11092012.pdf
- Käypä hoito 27.5.2010. Ohje potilaille ja läheisille: Otsa-ohimolohkorappeumat (frontotemporaalidementia, sujumaton afasia ja semanttinen dementia. [Verkkosivusto.] Käypä hoito –suositus. [Viitattu 2.10.2016.] Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01594>
- Käypä hoito 4.11.2015. Alkoholi-ongelmaisen hoito. [Verkkosivusto.] Käypä hoito –suositus. [Viitattu 30.10.2016.] Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>
- L.28.12.2012/980. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista. [Verkkosivusto.] [Viitattu 8.1.2017.] Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Laapio, M-L. 15.11. 2011. Ikäeettinen päihdetyö. [Verkkojulkaisu]. Luentomateriaali Pieniltä Pohjalaisilta Päihdepäiviltä. [Viitattu 5.1.2017]. Saatavana: http://www.epshp.fi/files/5256/lkaeettinen_paihdeetyo.pdf
- Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. [Verkkoartikkeli.] Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2013; 129 (19): 2063:9. [Viitattu 5.1.2017.] Saatavana: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/uusinnumero;jsessionid=6FD4336B3A7D8EF500A343A87C953067?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo11266#s2

- Laslett, P. 1987. The emergence of the third age. *Ageing and society*, 7. 133-160. [Viitattu 21.1.2017.] Vaatii käyttöoikeuden. Saatavana: <https://www.researchgate.net/search.Search.html?type=publication&query=a%20fresh%20map%20of%20life&previous=researcher>
- Laslett, P. 1991. *A fresh map of life. The emergence of the third age.* Harvard University Press.
- Leemann, L., Kuusio, H. & Hämäläinen, R-M. (2015). *Sosiaalinen osallisuus. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke (Sokra).* [Verkkojulkaisu.] Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 3.1.2017.] Saatavana: https://www.thl.fi/documents/10531/2088501/Tietopaketti_Sosiaalinen_Osallisuus.pdf/52a41c04-c4fa-4cf0-bc6f-0bb06705903b
- Leinonen, E. & Alanen, H-M. 2011. Psykiatrasta hoitoa tarvitsevia vanhuksia on enemmän kuin mihin on varauduttu. [Verkkoartikkeli.] *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 2011; 127 (4): 371-2. [Viitattu 8.1.2017.] Saatavana: http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_ArticleReport&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo99372
- Levo, T. 2008. (toim.) *Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin.* Helsinki: Sininauhaliitto.
- Mattila, K-P. 2007. *Arvostava kohtaaminen. Arjessa, auttamistyössä ja työyhteisöissä.* Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Murto, J., Sainio, P., Pentala, O., Koskela, T., Luoma, M-L., Koponen, P., Kaikkonen, R. & Koskinen, S. 2014. Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys, toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH-tutkimuksen tuloksia. *Julkaisussa: Noro, A. & Alastalo, H. (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta: Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Raportti 13/2014, 86-118.* [Verkkojulkaisu.] Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 1.10.2016]. Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116792/URN_ISBN_978-952-302-169-3.pdf?sequence=1
- Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) 2010. *Suomi juo: Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008.* [Verkkojulkaisu.] Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 01.10.2016.] Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80301/371e1e08-9bc1-47ea-81aa-68b04f27088c.pdf?sequence=1>
- Niemelä, A-L. (2009.) *Ketkä ovat syrjäytyneitä? Teoksessa: Engeström, Y., Niemelä, A-L. & Nyman, J. (toim.) Lupaava kotihoito. Uusia toimintamalleja vanhustyöhön.* Juva: PS-kustannus, 25-48.

- Noppiari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielen terveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi
- Nurmela, T. (2012.) Sosiaalisen osallisuuden ilmeneminen ikääntyneiden arjessa. [Verkkojulkaisu.] Rovaniemi: Lapin yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. [Viitattu 3.1.2017.] Saatavana: <https://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61430/Nurmela.Timo.pdf?sequence=1>
- Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.
- Okulov, S. 2008. ”Yksinolo ois aika orpoo”- vanhusten palveluasumisen yhteisölliset tekijät palvelutalon asukkaiden kokemuksissa. [Verkkojulkaisu]. Kuopio: Kuopion yliopisto. Sosiaalityön ja sosiaalipedagogiikan laitos. Yhteisösosiaalityö. Licensiaatin tutkimus. [Viitattu 30.4.2016]. Saatavana: <http://www.sosnet.fi/loader.aspx?id=8b97024e-f15b-4794-b2f5-a6d8cb920bd8>
- Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. 2006. [Verkkojulkaisu.] Alkoholihojelman. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 30.10.2016.] Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111335/Es200606.pdf?sequence=1>
- Pernaa, M. 23.2. 2016. Kotihoito ponnistaa voimavaroilta ajattelusta. [Verkkoartikkeli.] Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti Tesso 1/2016. [Viitattu 5.1.2017.] Saatavana: <https://tesso.fi/artikkeli/kotihoito-ponnistaa-voimavaroilta-ajattelusta>
- Päihdelinkki 16.10.2009. Ikääntyneiden päihteiden käyttö. [Verkkosivusto.] [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmya/ikaantyneiden-paihteiden-kaytto>
- Päihteet puheeksi. Ei päiväystä. Työvälineitä ammattilaisille. Puheeksiotto ja mini-interventio. [Verkkosivusto.] [Viitattu 5.1.2017.] Saatavana: http://jakehanke.fi/paihteetpuheeksi/?page_id=433
- Rautava, M. 2015. Unelmani on kuolla saappaat jalassa. Fenomenografinen analyysi eläkeläisten ikääntymiseen liittyvistä käsityksistä. [Verkkojulkaisu.] Tampere: Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalipoliitiikan pro gradu –tutkielma. [Viitattu 6.1.2017.] Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/97237/GRADU-1433237311.pdf?sequence=1>

- Riikola, T., Salokangas, R. & Laukkala, T. 12.4.2013. Skitsofrenia. [Verkkosivusto.] Käypä hoito –suositus. [Viitattu 13.1.2017.] Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/potilaalle/suositus?id=khp00031>
- Saarela, T. & Stenberg, J-H. Kun mikään ei kelpaa vanhukselle. Taustalla persoonallisuushäiriö? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2011;127 (4):397-405. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 2.10.2016.] Saatavana: <http://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/4/duo99376>
- Saarenheimo, M. 2012. Yleistä ikääntymisestä: psyykinen hyvinvointi vanhuudessa. Teoksessa: Heimonen, S. & Pajunen, H. (toim.) Mielen terveys vanhuudessa. Helsinki: Edita Publishing Oy, 18-55.
- Saarenheimo, M-L. 2014. Mitä vanhuudelle on tapahtunut. [Verkkojulkaisu.] Raha-automaattiyhdistyksen Eloisa ikä - hankkeen julkaisu. [Viitattu 7.1.2017.] Saatavana: <http://eloisaika-fi-bin.directo.fi/@Bin/ac1d9864496d53fecee61df3cc7a9d4b/1483779392/application/pdf/115277/Mitä%20vanhuudelle%20on%20tapahtunut.pdf>
- Salo-Chydenius, S. 21.3.2013. Päihde- ja mielenterveystyö ikääntyneiden kanssa. [Verkkosivusto.] Päihdelinkki. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteet-ja-mielenterveys/paihde-ja-mielenterveystyo-ikaantyneiden-kanssa>
- SCIE (Social care institute for excellence). 2006. [Verkkosivusto.] Assessing the mental health needs of older people. Drug and alcohol problems. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: <http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide03/problems/drug.asp>
- Sohlman, B., Immonen, T., Kiikkala, I. 2005. Ongelmallinen mielenterveys. [Verkkokoartikkeli.] Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005) : 2. [Viitattu 3.1.2017.] Saatavana: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101669/052sohlman.pdf?sequence=1>
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). Ei päiväystä. Kotihoito ja kotipalvelut. [Verkkosivusto.] [Viitattu 12.1.2017.] Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavana: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>
- STM (Sosiaali- ja terveysministeriö). 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. [Verkkojulkaisu.] Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 12.1.2017.] Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110355/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1
- Suhonen, H. 16.10.2009. Ikääntyneiden päihteidenkäyttö. [Verkkosivu]. Helsinki: Päihdelinkki. [Viitattu 3.1.2017]. Saatavana:

<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmia/ikaantyneiden-paihteiden-kaytto>

Sundell, M. 2009. Ikääntyneiden kotipalvelun ja kotisairaanhoidon asiakkaiden alkoholinkäytön tunnistaminen ja puheeksiotto. [Verkkajulkaisu.] Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto. Opinnäytetyö. [Viitattu 30.10.2016.] Saatavana: <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/57634/mirka%20sundell.pdf?sequence=1>

Suomalainen, K. 1976. Kolmivarpainen sammakko: Humoristin päiväkirja 1975. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.

Suomen Mielenterveysseura. Ei päiväystä. Masennus on yleisin ikäihmisten mielenterveysongelma. [Verkkosivusto.] [Viitattu 1.10.2016.] Saatavana: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-hairiot/masennus/masennus-yleisin-ikaihminen-mielenterveysongelma>

Suomen Mielenterveysseura. Ei päiväystä. Psykoosi. [Viitattu 8.10.2016.] Saatavana: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/mielenterveyden-hairiot/psykoosi>

Suomen Mielenterveysseura. Ei päiväystä. Mitä mielenterveys on? [Verkkosivusto.] [Viitattu 30.10.2016.] Saatavana: <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mita-mielenterveys>

Super-lehti. Ei päiväystä. Asiakkaan kohtaamisen taito. [Verkkajulkaisu.] Superin eettinen työryhmä. [Viitattu 7.1.2017.] Saatavana: <https://www.superliitto.fi/viestinta/super-lehti/uusin-lehti/asiakkaan-kohtaamisen-taito/>

Taittonen, M. 2011. Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. [Verkkajulkaisu.] Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu –tutkielma. [Viitattu 13.1.2017.] Saatavana: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82290/gradu04839.pdf?sequence=1>

Tamminen, N. & Solin, P. 2013. Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumin- ja hoivapalveluissa. [Verkkajulkaisu.] Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 16.10.2016.] Saatavana: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110485/THL_OPA2013_027_verkko.pdf?sequence=1

- Third Age Community. Ei päiväystä. Basics of theory of the third age. [Verkkosivusto.] [Viitattu 21.1.2017.] Saatavana: <http://thirdagecommunity.weebly.com/basics.html>
- THL 2014. Mielen terveyden edistäminen. [Verkkosivusto.] Helsinki: terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 3.1.2017.] Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/web/mielen-terveys/mielen-terveyden-edistaminen>
- THL 29.6.2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. [Verkkosivusto.] Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [Viitattu 12.1.2017.] Saatavana: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>
- Tiainen, S. & Vainio, E. 2013. Kotihoidon työntekijöiden näkemyksiä mielen-terveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisesta. [Verkkojulkaisu.] Mikkeli: Mikkelin ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 23.1.2017.] Saatavana: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/65115/tiainen_sanna_vainio_en_ni.pdf?sequence=1
- Tilastokeskus (12.3.2012.) Suuret ikäluokat eläkeiässä. [Verkkosivu.] Helsinki: Tilastokeskus. [Viitattu 3.1.2017.] Saatavana: http://www.tilastokeskus.fi/artikkelit/2012/art_2012-03-12_001.html
- Verkkouutiset. 19.8.2015. Suomi-rock saa suuret ikäluokat mukaan musiikin digitaaliseen kuluttamiseen – valtava potentiaali. [Verkkojulkaisu.] [Viitattu 3.1.2017.] Saatavana: <http://www.verkkouutiset.fi/talous/digitaalinen%20musiikki%20universal%20music%20valtanen-39829>
- Vihervä, K. & Äijänen, M. 2013. Mielen-terveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen kotihoidossa. [Verkkojulkaisu.] Hämeenlinna: Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. [Viitattu 3.1.2017.] Saatavana: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/53610/Viherva_Katja_ ja_Aijane_n_Marjo.pdf?sequence=1
- Vilkko, A., Sulander, T., Laitalainen, E., Soveri-Finne, H. 2010. Miten iäkkäät suomalaiset juovat. Teoksessa: Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo: Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 142-153.
- Vintti kirkkaana – asiaa alkoholin vaikutuksista muistiin ja aivoterveysteen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. 2013. Muistisairaudet alkoholin varjossa 2011-2013. [Verkkojulkaisu.] Salon muistiyhdistys ry. [Viitattu 2.10.2016.] Saatavana: http://muistiliitto.fi/files/2613/9504/4039/Vintti_kirkkaana_-_Asiaa_alkoholin_vaikutuksista_muistiin_ ja_aivoterveysteen_sosiaali- ja_terveysalan_ammattilaisille.pdf

Väestöennuste 2012-2060. 28.9.2012. [Verkkosivu]. Helsinki: Tilastokeskus. Suomen virallinen tilasto (SVT). [Viitattu 28.1.2016]. Saatavana: http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html

WHO (World Health Organization) 2016. Mental health and older adults. [Verkkosivusto.] Media centre > Fact sheets. [Viitattu 10.1.2017.] Saatavana: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>

YLE 10.3.2016. Harvinainen vanhusten päiväkotit Lieksassa – ohjelmassa leivontaa ja ulkoilua. [Verkkosivusto.] Uutinen. [Viitattu 8.1.2017.] Saatavana: <http://yle.fi/uutiset/3-8729806>

Öfverström-Anttila, H. & Alho, L. 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta. Hyviä työvälineitä ja arjen käytäntöjä terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille. [Verkkójulkaisu.] Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, aikuisten ehkäisevä päihdetyö. [Viitattu 30.10.2016.] Saatavana: <http://www.hel.fi/static/sote/paihde/ety/aineistopankki/ammattilaisille-ikaantyneiden.pdf>

LIITTEET

Liite 1. Masennuksen tuntomerkkejä

Liite 2. Skitsofrenian tyypillisiä piirteitä

Liite 3. Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Liite 4. Motivoivan haastattelun menetelmä

Liite 5. Kyselylomake

LIITE 1 Masennuksen tuntomerkkejä

Geriatrian erikoislääkäri Sirkka-Liisa Kivelän (Kivelä 2009, 65) mukaan masennuksen ydinoireet ovat:

- mielialan lasku, masentunut mieliala
- mielihyvän tunteen, elämänilon tunteen tai mielenkiinnon heikkeneminen
- tarmon ja toimeliaisuuden puute, uupumus, väsymys

Lisäoireita ovat

- itsetunnon, itseluottamuksen tai itsearvostuksen heikkeneminen
- perusteettomat syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, kohtuuton itsekritiikki
- toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
- ajattelu-, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, päättämättömyyden tunne
- liikkeiden hidastuminen ja jähmeys tai kiihtynyt liikkuminen ja levottomuus
- unihäiriöt, unettomuus tai liiallinen nukkuminen
- ruokahalun tai painon muutos

Masennusdiagnoosi täyttyy, mikäli ikääntyneellä on vähintään kahden viikon ajan esiintynyt samanaikaisesti ja jatkuvasti ainakin neljä yllä kuvatuista oireista ja niihin on kuulunut ainakin kaksi ydinoiretta. Tällaisen oirekuvan täytyminen on lievän masennuksen toteamisen vähimmäisvaatimus. (Kivelä 2009, 65.)

Koska monella masennuksesta kärsivällä on oireita joskus merkittävästikin enemmän, masennustilat jaetaan kolmeen vaikeusasteeseen: lieviin, keskivaikeisiin ja vaikeisiin.

Lievä masennus Kuten edellä mainittin, lievän masennuksen toteaminen edellyttää yllä olevan taulukon vähimmäiskriteerien täyttymistä. Lievätkin masennustilat voivat heikentää elämänlaatua paljon aiheuttaen kärsimystä. Päivittäiset toimet tulevat kyllä suoritettua, joskin se on työlästä. Omaiset saattavat ajatella ikääntyneen muuttuneen

aikaansaamattomaksi jahkailijaksi, ja hän voi olla ärtynyt ja äkkipikainen. Somaattisia oireita voi esiintyä, esimerkiksi erilaisia kipuja, näön hämärtymistä, huimausta, heikotusta tai tihentynyttä virtsaamistarvetta. Ikääntyneen masennuksen asteen määrittäminen voi olla hankalaa, mutta masennuksen toteaminen lieväksi ei saa johtaa hoidotta jättämiseen. (Kivelä 2009, 67-68.)

Keskivaikea masennus on oireiltaan voimakkaampi kuin edellä kuvattu lievä masennus. Sen toteamiseksi edellä esitetyistä oireiden listasta ainakin kuuden on täytynyt esiintyä lähes päivittäin vähintään kahden viikon ajan, ja sen lisäksi ikääntyneen on erittäin vaikea suoriutua tavanomaisista toiminnoistaan. Oireisiin tulee kuulua ainakin kaksi ydinoiretta. Koska masennus on voimakasta, monet päivittäiset toiminnot ja askareet jäävät suorittamatta: niihin ei jaksu ryhtyä. Keskivaikea masennus vaikuttaa usein myös liikuntakyvyn ja fyysisen kunnon heikkenemiseen. Myös ravitsemushäiriöt ovat tavallisia. (Kivelä 2009, 68.)

Vaikean masennustilan määrittäminen edellyttää, että oireiden listasta ainakin kahdeksan on esiintynyt lähes päivittäin vähintään kahden viikon ajan, ja että ikääntyneen toimintakyky on huomattavasti heikentynyt. Ainakin kahden ydinoireen on täytyttävä. Vaikeasta masennuksesta kärsivän oireet ovat todella voimakkaita aiheuttaen merkittävää psyykkistä pahoinvointia ja kärsimystä, sekä toimintakyvyn ja sosiaalisten toimintojen lähes täydellisen tai täydellisen halvaantumisen. Uupumus ja väsymys vaivaavat koko ajan, eikä tavanomaisia toimintoja ja askareita tule tehtyä. (Kivelä 2009, 68.)

Psykoottinen masennus Oirekuva muistuttaa vaikeaa masennusta, mutta psykoottiseen masennukseen kuuluu lisäksi harhaluuloja ja aistiharhoja. Kyseessä on erittäin vaikea masennuksen muoto, jossa todellisuudentaju on häiriintynyt. (Kivelä 2009, 68.)

Masennuksen hoito Masennuksen hoidossa varhainen huomaaminen ja puuttuminen on tärkeää, sillä lievämuotoisena sitä voidaan hoitaa hyvillä tuloksilla. Pitkään jatkueksaan masennusaste muuttuu lievästä vaikeampaan, minkä johdosta ikääntynyt ei kykene enää huolehtimaan itsestään. Se puolestaan aiheuttaa toimintakyvyn laskua ja terveyden heikkenemistä.

Keskustelulla on vähintäänkin yhtä merkityksellinen osa kuin lääkehoidolla. Keskusteluapua saa oman terveyskeskuksen lääkäriltä tai psykiatriselta sairaanhoitajalta.

Psykoterapia on myös mahdollista, mutta KELA ei tue yli 67-vuotiaiden psykoterapeuttista kuntoutusta. (Suomen Mielenterveysseura. [Viitattu 1.10.2016.]

LIITE 2 Skitsofrenian tyypillisiä piirteitä

Aistiharhat Aistiharhoista yleisimpiä ovat kuuloharhat. Skitsofrenialle tyypillisessä kuuloharhassa puheääni kommentoi henkilön käytöstä tai kaksi ääntä keskustelevat keskenään esimerkiksi henkilön käytöksestä. Äänet voivat olla uhkaavia tai syyttäviä. Ääniä kuuleva voi keskustella äänien kanssa tai naureskella niille. (Duodecim 2015.) Oma kokemukseni, joka perustuu pitkäaikaiseen työskentelyyn skitsofreniaa sairastavien kanssa on, että kuuloharhat voivat tuottaa paljon tuskaa ja ahdistusta ja kapeuttaa sosiaalista elämää huomattavasti. Äänet voivat olla hyvin ankaria ja käskeä tekemään erilaisia asioita, jotka voivat ilmetä pakkotoimintoina tai muiden mielestä kummallisina tekoina. Vaikea-asteisina ja totena pidetyt kuuloharhat voivat haitata suuresti henkilön käytöstä ja ajattelua (Duodecim 2015.)

Kuuloharjojen lisäksi näköharjojen esiintyminen ei ole mitenkään harvinaista. Sen sijaan tunto-, haju- ja makuaisteihin liittyvät harhoja esiintyy nykypäivänä melko vähän. (Duodecim 2015.)

Harhaluulot eli deluusiot Henkilö, jolla on harhaluuloja, pitää sitkeästi kiinni jäykistä ja perusteettomista uskomuksistaan. Harhaluulot voivat hallita koko ajatusmaailmaa ja vaikeuttaa sosiaalista toimintakykyä eri tavoin. Skitsofrenialle tyypillinen harhaluulon muoto on vainoharhaisuus. (Duodecim 2015.)

Harhaluuloja esiintyy myös ilman skitsofreniadiagnoosia. Tällöin kyseessä on oma sairautensa nimeltään harhaluuloisuushäiriö, jonka taustalla on usein persoonallisuushäiriö. Harhaluuloisuushäiriö on kuitenkin hyvin harvinainen sairaus, sillä sitä sairastavia arvioidaan olevan noin puoli prosenttia ikääntyneestä väestöstä. (Koponen, Leinonen & Isohanni 2015.)

Vainoharhat Vainoharhaisille harhaluuloille on ominaista, että henkilöllä on perusteettomia ja mahdollisesti myös eriskummallisia pelkoja vainoamisesta tai vakoilluksi tulemisesta. Hän tekee vääriä tulkintoja muiden ihmisten eleistä tai uskoo lehtikirjoituksen tai uutisessa kerrottavan asian koskevan itseään. Näiden niin kutsuttujen merkitsemäysten seurauksena on usein sosiaalinen eristäytyminen. Joskus oirekuvaan

kuuluu myös harhanomainen kokemus siitä, että joku laittaa päähän ajatuksia tai osaa lukea niitä, tai että muut ihmiset kuulevat omat ajatukset. (Duodecim 2015.)

Puheen häiriöt Tyypillinen skitsofreniaa sairastavan puheen häiriö on assosisaatioiden löyhtyminen (Duodecim 2015). Tuolloin henkilön on vaikea seurata asiayhteyksiä, vaan puhe saattaa syrjähdellä ja olla täysin asiaan liittymätöntä ja epäjohdonmukaista. Joskus puheessa voi esiintyä omien sanojen keksimistä. Edellä mainittujen vastakohtana esiintyy toisinaan korostetun seikkaperäistä, yksityiskohtiin takertuvaa, sisällöltään köyhää saman asian toistamista. (Duodecim 2015.)

Ajatustoiminnan häiriöt aiheuttavat käyttäytymisen ongelmia, jotka voivat ilmetä motoristen toimintojen estymisenä tai kiihtymisenä; näistä tiloista käytetään nimitystä katatoninen jäykkyys tai kiihtyminen. Joskus voi olla outoja manereita, kuten toisten kasvonilmeiden tai käytöksen matkimista, tai muuten vain eriskummallista käytöstä. (Duodecim 2015.)

Tunteiden latistuminen Skitsofreniaa sairastavan tunne-elämä on usein latistunutta, mikä aiheuttaa kyvyttömyyttä tuntea mielihyvää ja ilmaista tunteita vaikuttaen siten sosiaalisiin suhteisiin. Tunneilmaisut voivat olla myös tahdosta riippumattomia ja tilanteeseen sopimattomia. (Duodecim 2015.)

Hoito Nykypäivän skitsofrenian hoidossa käytettävät lääkkeet ovat pääsääntöisesti hyviä ja auttavat oireisiin, vaikka eivät niitä useinkaan kokonaan poista. Uuden sukupolven psykoosilääkkeet ovat hoidossa ensisijaisia. Ikääntyneiden skitsofreniaa sairastavien lääkeannosten pitää olla ainakin kolmanneksen pienempiä kuin keski-ikäisille annettavien, mutta yksilötasolla käytettävien annosten kokoerot voivat olla suuria. (Koponen ym. 2015.) Ikääntyneiden kohdalla on myös syytä huomioida muiden sairauksien hoidossa käytettävien lääkkeiden vaikutus psyykenlääkkeiden tehoon (yhteisvaikutus) sekä ottaa selvää, koska lääkelista on käyty läpi joko lääkärin tai farmaseutin toimesta. Ei ole mitenkään tavatonta (päinvastoin), että ikäihmisellä menee päällekkäin useita, samoja vaikuttavia aineita sisältäviä lääkkeitä. Lääke on myös voitu määrätä hyvin kauan sitten, ja sillä saattaa olla liikaa tehoa, kun ikää on enemmän. Ikääntyneet ovat herkkiä esimerkiksi psykoosilääkkeiden neurologisille vaikutuksille, kuten tardiiville dyskinesialle, jossa ilmenee toistuvia pakkoliikkeitä etenkin kasvojen

alueella (Koponen ym. 2015). Lääkityksen seurannan tärkeyttä ei siis voi korostaa liikaa.

Noin puolella ikääntyneistä skitsofreniaa sairastavista hoitovaste ja ennuste ovat suotuisia. Jos sairastuminen on tapahtunut vasta iäkkäämpänä, sosiaaliseen eristäytymiseen vaikuttamisen ja asianmukaisten, päivittäisiä toimintoja tukevien palvelujen järjestämisen tulee olla perusasioita.

LIITE 3 Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Manian tyypillisiin piirteisiin kuuluu vähintään viikon kestävä yhtämittäinen jakso, johon liittyy mielialan merkittävä kohoaminen, mutta kuten edellä mainittiin, ärtyneisyys saattaa olla mielialan euforista kohoamista merkittävämpi oire. Maniavaiheessa olevan aktiivisuus, puheliaisuus, ajatuksen kulku ja itsetunto ovat merkittävästi kohonneet ja unentarve selvästi vähentynyt. Tähän vaiheeseen kuuluvat myös eriaisteiset suuruuskuvitelmat, hajanaisuus ja keskittymisen vaikeudet. Rahan käyttö voi olla holtitonta ja johtaa lyhyessä ajassa talousvaikeuksiin. Seksuaalinen käytös voi olla hallitsematonta, samoin itsesuojelun ja kritiikin puute voi ajaa vaarallisiin tempauksiin. Käytös voi kaiken kaikkiaan olla yleisiin ja totuttuihin normeihin sopimatonta. (Duodecim 2015.)

Hypomania on maniaa lievempi jakso, jonka oireet muistuttavat maniaa, mutta eivät koskaan ole psykoottisia. Hypomanian erottaminen positiivisesta tai luonteenomaisesta innostumisesta on joskus vaikeaa. Innostumisen ohella hypomaniassa korostuvat ärtyisyys, lyhytjännitteisyys, keskittymisvaikeudet ja unettomuus. (Duodecim 2015.)

Niin mania- kuin hypomaniavaiheisiin liittyy usein jaksottaista alkoholin runsasta ja pakonomaista käyttöä. Toistuvan, episodimaisen alkoholinkäytön taustalla voi olla diagnosoimaton ja hoitamaton kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Duodecim 2015.)

Masennusjaksot eivät eroa oirekuvaltaan tavallisista masennustiloista, mutta niissä esiintyy muita masennustiloja yleisemmin psykoottisuutta, ajatusten ja liikkeiden hidastumista, liiallista nukkumista, ruokahalun kasvua ja painonnousua. Lääkehoidon kannalta on tärkeää tietää, onko kyseessä kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön liittyvä masennusjakso vai jokin muu masennuksen tila. (Duodecim 2015.)

Masennusjakso kestää yleensä pidempään kuin tavallinen masennus, eikä lääkeväste ole aina taattu. Pitkittänyt masennus voi olla seurausta yhä uudelleen toistuvien sairausjaksojen (mania-masennus-mania) itsetuntoa vahingoittavista seurauksista ja vaikutuksista, jolloin lääkehoidon lisäksi tarvitaan usein psykoterapiaa. (Duodecim 2015.)

Hoito Mahdollisimman pikainen lääkärin hoitoon hakeutuminen on tärkeää sekä mania-että masennusvaiheessa. Vakavaa maniaa sairastava on usein sairautentunnoton, jolloin hänet tulee toimittaa kiireesti tahdonvastaiseen hoitoon. Asianmukaisella hoidolla sairausjaksojen kestoa ja toistumista voidaan vähentää huomattavasti. Sairausjaksojen välillä kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastava voi olla täysin oireeton. (Duodecim 2015.)

LIITE 4 Motivoiva haastattelu

Keskeiset periaatteet

1. Empatian osoittaminen. Asiakkaan tulee kokea, että työntekijä on kiinnostunut hänestä ja hänen asioistaan. Kiinnostusta ilmennetään katsekontaktilla, tarkkaavaisella kuuntelulla ja hyväksyvällä ja kannustavalla ääntelyllä.
2. Itseluottamuksen ja omien kykyjen vahvistaminen. Asiakkaan vahvuuksia tunnustetaan ja vahvistetaan. Nähdään asioista aina ensin hyvät puolet ja huomioidaan pienetkin edistysaskeleet.
3. Nykyisen ja tavoiteltavan tilan välillä olevan ristiriidan voimistaminen. Osoitetaan asiakkaalle havaittu ristiriita nykyisen käyttäytymisen ja asiakkaalle tärkeiden tavoitteiden ja arvojen välillä. Epäkohtia esiin nostamalla autetaan asiakasta itse puhumaan muutoksen puolesta.
4. Väittelyn välttäminen. Asiakkaan ja työntekijän käsitykset asioista voivat poiketa toisistaan huomattavasti. Jos asiakas pysyy sitkeästi näkökannassaan, työntekijän toisin todistelu ei vie asioita eteenpäin. Tällöin aihe kannattaa hetkeksi jättää ja palata siihen myöhemmin. Työntekijän ei saa provosoitua asiakkaan toimiessa ei-toivotulla tavalla, vaan hänen tulee myötäillä asiakkaan osoittamaa vastarintaa. Asiakasta ei kritisoida, vaan osoitetaan ymmärrystä reaktioita kohtaan ja oikeutetaan hänen tunteensa esimerkiksi sanomalla: ”Ymmärrän, että tämän asian muuttaminen on sinulle vaikeaa..” (Järvinen 2014.)

Perusmenetelmät

1. Avoimet kysymykset, joiden tarkoituksena on sekä saada asiakas ajattelemaan aktiivisesti, että tietää, mitä hän ajattelee. Avoimet kysymykset alkavat sanoilla ”mitä, miten, miksi, kuinka, kerro”. Tavoitteena on, että asiakas on enemmän äänessä kuin työntekijä.

2. Refleктоiva eli heijastava kuuntelu on tehokas tapa viestittää asiakkaalle, että häntä todella kuunnellaan. Työntekijä ikään kuin tarkistaa, onko se, mitä hän ajattelee asiakkaan tarkoittavan sama kuin se, mitä asiakas todella tarkoittaa.
3. Yhteenvedot. Refleктоiva kuuntelu on myös lyhyiden yhteenvedojen tekemistä tarkoituksena koota yhteen keskeisin siitä, mitä työntekijä on kuullut ja ymmärtänyt. Yhteenvedon avulla varmistetaan asiakkaalle, että tämä on tullut kuulluksi. Asiakkaalla on myös mahdollisuus vielä korjata tai täydentää kertomaansa. On tärkeää olla kärsivällinen ja kuunnella tarkoin asiakkaan itseään motivoivia lauseita ja vahvistaa tällaista puhetta. (Järvinen 2014.)

LIITE 5 Kyselylomake



Yli 65-vuotiaiden kotihoidon asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmat

1. Paikkakunta *

- Kauhajoki
- Teuva
- Isojoki
- Karijoki

2. Ikä *

- 18-29
- 30-45
- 46-

3. Koulutus *

- Lähihoitaja
- Sairaanhoitaja
- Jokin muu, mikä

Syventävät opinnot

- Vanhustyö
- Mielenterveystyö
- Sairaanhoido ja huolenpito
- Jokin muu, mikä

4. Työssä LLKY:n kotihoidossa *

- 0-1 vuotta
- 2-5 vuotta
- Yli 5 vuotta

5. Millaisia mielenterveydellisiä ongelmia asiakkaillasi on? *

- Masennusta
- Skitsofreniaa
- Kaksisuuntaista mielialahäiriötä
- Persoonallisuushäiriöitä
- Jotain muuta, mitä

Miten ongelmat ilmenevät?

- Aloitekyvyttömyytenä
- Surullisuutena
- Aggressiivisuutena
- Harhaisuutena
- Jotenkin muuten, miten

6. Millaista ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvää tietoa ja koulutusta sinulla on, esimerkiksi työnantajan järjestämää. Kerro koulutuksen nimi / sisältö sekä järjestämisvuosi. *

7. Onko sinulla mielestäsi riittävästi tietoa ja taitoja kohdata asiakkaiden mielenterveys- ja päihdeongelmia *

- Täysin riittävästi
- Melko riittävästi
- Melko riittämättömästi
- Täysin riittämättömästi
- Jos ei riittävästi, miksi?

8. Miten puutut kotikäynneillä havaitsemiisi mielenterveys- ja päihdeongelmiin? *

- Ohjaan asiakkaan hänen tarvitsemiinsa palveluihin tai hoitoon
- Annan asiakkaalle tietoa päihteidenkäytöstä
- Ilmoitan esimiehelle havainnoistani
- Jotenkin muuten, miten

-
- En puutu mitenkään
- Jos et puutu mitenkään, miksi et?
-

9. Kaipaisitko lisää ikääntyneiden mielenterveyttä ja päihteidenkäyttöä koskevaa tietoa? Valitse vastausvaihtoehdoista yksi tai useampi. *

Mielenterveys

- Masennus
- Skitsofrenia
- Kaksisuuntainen mielialahäiriö
- Harhaisuus
- Persoonallisuushäiriöt
- Jotain muuta, mitä

-
- En kaipaa lisätietoa

Päihteidenkäyttö

- Päihteidenkäytön puheeksiottaminen asiakkaan kanssa
- Terveystieteiden osastolla tapahtuva mini-interventio (lyhytneuvonta)
- Jotain muuta, mitä

-
- En kaipaa lisätietoa

10. Mitä kehittämisajatuksia ja toiveita haluaisit esittää?
