

Opinnäytetyö (AMK)

Sosiaalialan koulutusohjelma

Sosiaalipalvelutyö

2010

Elina Laaksonen

Turun kotihoidon päihdeosaamisen kartoitus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Sosionomi | Sosiaalipalvelutyö

Marraskuu 2010 | 72

Ohjaaja: Liisa Pirinen

Elina Laaksonen

Turun kotihoidon päihdeosaamisen kartoitus

Opinnäytetyö tuo esille Turun kotihoidon päihdeosaamisen nykytilan. Se selvittää mitä työntekijöiden päihdeosaaminen on ja minkälaista osaamista he kokevat tarvitsevansa lisää. Tutkimus selvittää myös miten paljon työntekijät kokevat ikääntyneitä päihteiden käyttäjiä olevan kotihoidossa. Tutkimuksen avulla tuon esille myös oman kehittämisehdotukseni päihdeosaamisen lisäämiseksi.

Tutkimus on laadullinen tutkimus. Tutkimusmenetelmänä käytin teemahaastattelua ja analyysimenetelmänä sisällönanalyysia. Tutkittavia oli kahdeksan kotihoidon ammattilaista. He edustivat kaikkia kotihoidon ammattiryhmiä.

Tutkimustulokset kertoivat kotihoidon työntekijöiden olevan työhön sitoutuneita. Heidän ammatillinen asenteensa oli osittain riippuvainen työn hallinnan tunteesta. Mitä enemmän työntekijä tunsu hallitsevansa työnsä, sitä positiivisempi asenne hänellä oli päihteidenkäyttäjää kohtaan. Päihdetietoutta oli kaikilla, mutta sitä oli selvästi eniten korkeammin koulutetuilla ryhmillä. Heikoimmin osattiin päihdetyön menetelmiä kuten puheeksiottoa ja motivointia. Riskirajat olivat myös huonosti tiedossa. Tutkimustulosten perusteella voin päätellä kotihoidon työntekijöiden päihdeosaamisen olevan pääosin kokemuksen kautta opittua. Kirjatietoa oli harvemmalla.

Tutkimuksen perusteella voin sanoa työntekijöiden tarvitsevan lisää tietoa päihteistä, rajoista, ongelmista, menetelmistä ja hoitoon ohjauksesta. Lisäksi tulee huomioida työntekijöiden jaksaminen päihdetyössä. Tarvitsemme päihdetyön kehittämistä. Tätä tuon esille työn lopussa esittämäni kotihoidon päihdetyömallin ja kotihoidon päihdeasiakkaan hoitoprosessin avulla.

ASIASANAT:

Päihdeosaaminen, ikääntyvät asiakkaat, kotihoito

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

B.Sc. of Social Services | Social Services

November 2010 | 72

Instructor: Liisa Pirinen

Elina Laaksonen

Mapping of Turku home care knowledge of drugs

The thesis highlights the state of affairs related Turku home care knowledge of drugs. It explains what the workers' knowledge of drug abuse is and what skills they feel lacking. The thesis also explains how much the employees feel there are older drug users in the home care. With the help of this research I will also bring out my own development proposal to increase drug knowledge.

The study is qualitative. I used thematic interviews as research method and content analysis as analytical method. I interviewed eight home care professionals for the reserach. They represented all occupational groups in the home care.

The research results show home care workers being committed to their work. Their professional attitude was partially dependent on sense of controlling their work. The more the employee felt being in control of her work, the more positive attitude she had towards drug users. Everyone had knowlege of drugs but most in the groups with higher education. In the area of prevention methods the weakest parts were broaching the subject and motivating people. Risk limits were also poorly known. I can conclude based on results that home care workers' knowledge of substance abuse is primarily learned through experience. Only few had information from books.

Based on the research workers need more information about drugs, limits, problems, processes and referring. It is also necessary to take into account how the workers are coping at work. We need to develop the knowledge of substance abuse. The Home Care model of substance abuse prevention and client's substance abuse treatment process will be specified in more detail at the end of the thesis.

KEYWORDS:

Substance Abuse Knowledge, aging customer, home care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	11
2 KOTIHOIDON PÄIHDETYÖ JA IKÄÄNTYVÄ ASIAKAS	8
2.1 Kotihoidon päihdeosaaminen	8
2.2 Kotihoidon työntekijän ammatillinen asenne päihdetyössä	10
2.3 Kotihoidon työntekijän ammatilliset tiedot	12
2.4 Kotihoidon työntekijän päihdetyön taidot ja menetelmät	23
3 IKÄÄNTYNEEN PÄIHDEASIAKKAAN KOTIHOITO	29
3.1 Työntekijänä kotihoidossa	29
3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma	30
3.3 Kotihoidon työntekijän jaksaminen	31
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	32
4.1 Tutkimustehtävät	32
4.2 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä	33
4.3 Haastateltavat ja aineiston keruu	34
4.4 Tutkimusaineiston analyysi	37
4.5 Tutkimuksen luotettavuus	40
5 TUTKIMUSTULOKSET	42
5.1 Haastattelun taustakysymykset	42
5.2 Työntekijän ammatillinen asenne	45
5.3 Työntekijän päihdeosaamisen tiedot	48
5.4 Työntekijän päihdeosaamisen taidot ja menetelmät	50
5.5 Työyhteisön tuki	53
5.6 Tutkimus tulosten yhteenveto	56
6 POHDINTA	57
7 KEHITTÄMISEHDOTUKSET	60
LÄHTEET	64

LIITTEET

Liite 1. Kotihoidon organisaatiokaavio	67
Liite 2. Kirje esimiehille	68
Liite 3. Kirje työntekijöille	69

Liite 4. Haastattelulomake työntekijöille	70
Liite 5. Haastattelulomake esimiehille	72

KUVIOT

Kuvio 1. Alkoholin haittoja ikääntyneen elämässä	16
Kuvio 2. Lääkkeet ja alkoholi	18
Kuvio 3. Masennustilan oireet ikääntyvillä	20
Kuvio 4. Aineiston alaluokkien muodostuminen	38
Kuvio 5. Aineiston alaluokat	39
Kuvio 6. Kotihoidon päihdetyön malli	63

TAULUKOT

Taulukko 1. Alkoholin käytön riskirajat	14
Taulukko 2. Turun väestö ikäryhmittäin 2008	22
Taulukko 3. 80 vuotta täyttäneiden osuus (%) Suomessa vuosina 2000, 2025 ja 2050	22
Taulukko 4. Ikääntyneen väestön osuus prosenteissa 31.12.2008	23
Taulukko 5. Tutkittavien ikäjakauma	43
Taulukko 6. Tutkittavien koulutusjakauma	43
Taulukko 7. Tutkittavien työkokemusjakauma	43

1 JOHDANTO

Ikääntyvien määrä lisääntyy runsaasti tulevaisuudessa. Suuri osa ikääntyneistä tarvitsee apua arjessa selviytymisessä ja kotihoito auttaakin yhä useampaa ikääntynyttä. Myös ikääntyvien päihteiden käyttö on lisääntynyt. Tämä tuo haastetta kotihoidon työhön. Osaamista tulee olla monelta eri alueelta, myös päihdetyön alueelta. Opinnäytetyöni kartoittaa Turun kotihoidon työntekijöiden päihdeosaamista. Se selvittää myös, miten työyhteisö tukee työntekijää työssään. Lisäksi selvitetään kotihoidon ikääntyneiden päihdeasiakkaiden määrää.

Tutkimus on hyvin ajankohtainen ikääntyvien yleistyneen päihteiden käytön myötä. Yhä useampi ikääntyvä juo ja myös määrät ovat lisääntyneet. Se aiheuttaa ongelmia paitsi ikääntyvälle itselleen myös hoitohenkilökunnalle ja yhteiskunnalle. Tämä näkyy työssä ikääntyvien päihteiden käyttäjien kanssa. Työtä tehdään, jotta ikääntyneet olisivat terveempiä ja aktiivisempia. Ikääntyvien hallitsematon päihteidenkäyttö näkyy kliinisinä oireina, kuten depressiivisyytenä, sekavuutena, kaatuiluna, arkisten toimien laiminlyöntinä ja tapaturmina. Tämä aiheuttaa ongelmia hoitotyölle, jossa päihdeasiakkaan kohtaaminen vaikeaa. Ongelmallista on myös erottaa alkoholin aiheuttamia seuraamuksia, ikääntymisen mukanaan tuomista muutoksista. (Alanko & Haarni, 2007, 25,47.)

Kotihoidossa ikääntyneiden päihdeongelmaan on totuttu, mutta puuttuminen on ollut vaikeaa. Ikääntyneiden päihteiden käyttöä on myös heiteltä terveystoimelta sosiaalitoimelle. Kokonaisvastuu, verkostojen toimivuus ja yhteistyökäytännöt iäkkään päihteidenkäyttäjän hyväksi ovat epäselviä. Vanhus- ja päihdetyö eivät ole kohdanneet ja tämä näkyy esimerkiksi siten, että kotihoidon konsultaatiopyyntöihin on suhtauduttu nuivasti. (Alanko & Haarni, 2007, 47-48.)

Kotihoidon tavoitteena on tukea asiakasta selviytymään arjessa. Tavoitteena on, että asiakas selviytyy mahdollisimman itsenäisesti ja ottaa vastuuta omasta

elämästään kykyjensä mukaan. Työ ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa koetaan haasteelliseksi, vaikeaksi ja jopa turhauttavaksi, sillä päihdeidenkäytön puheeksiotto on kovin vaikeaa. Häpeä estää puuttumisen ja vaientaa niin asiakkaan kuin työntekijänkin. (Alanko & Haarni, 2007, 48; Turun kaupungin sisäiset verkkosivut 2010.)

Tutkimuksen teoriaosassa käyn ensin läpi päihdeosaamista. Käyn lävitse ikääntymistä, ikääntyvien alkoholin käyttöä sekä niiden tuomia ongelmia. Päihdetyön menetelmiä tarkastellaan kotihoidon työntekijää näkökulmasta. Tutkimuksen ajankohtaisuus tulee esille kappaleessa ikääntyvien päihdeiden käytön yleisyys. Turun kaupungin kotihoitoon tutustutaan omassa kappaleessa. Työssäni ikääntynyt käsite tulee koskemaan koko kotihoidon yli 65-vuotiaita asiakkaita. Tämä on tarkoitettu helpottamaan tekstin sujuvaa lukemista.

Tutkimus tehtiin haastattelemalla kahdeksaa Turun kotihoidon työntekijää. Mukana oli kaikkien ammattiryhmien edustajia viideltä eri alueelta (Varissuo, Luolavuori-Koivula, Vähäheikkilä-Hirvensalo, Aninkainen ja Nummi-Halinen). Haastattelut tehtiin elo-syyskuun aikana 2010. Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, jotka nauhoitin haastateltavan luvalla.

Ikääntyvien päihdeidenkäyttöä on vasta nyt alettu tutkia enemmän ja tämän vuoksi lähteitä on niukasti saatavilla. Aiheesta en löytänyt aikaisempia tutkimuksia, mitkä olisivat käsitelleet kotihoidon päihdeosaamista. Käyttämäni Tampereen kaupungin julkaisu oli ainut suoraan aiheesta löytämäni raportti. Käytin tutkimuksen ”punaisena lankana” päihdetyön koulutuksen minimisisältöä. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmä laati esityksen minimisisällöstä kaikille koulutusasteille. Kotihoidossa työskentelee niin ammatillisen tutkinnon omaavia kuin korkeakoulutaustaisia työntekijöitä. Näiden kaikkien tulisi täyttää päihdetyön koulutuksen minimisisällöt. (Opetusministeriö 2007)

Tein tutkimukseni, jotta selviäisi mikä kotihoidon päihdeosaamisen nykytila on ja miten tulisi kotihoidon päihdeosaamista kehittää. Tutkimuksen tulosten pohjalta tein myös kehittämissuositusten päihdeosaamisen kasvattamiseksi.

2 Kotihoidon päihdetyö ja ikääntyvä asiakas

2.1 Kotihoidon päihdeosaaminen

Terveys- ja sosiaalihuollon peruspalvelussa työskentelevillä on keskeinen asema päihteiden riski- ja ongelmakäytön tunnistamisessa. Varhainen puuttuminen, auttaminen ja asiakkaan ohjaaminen tarvittaessa muiden palveluiden piiriin kuuluvat myös työntekijän osaamiseen. Yleisiin terveys- ja sosiaalipalveluihin kuuluvat muun muassa vanhusten huolto ja kotipalvelut. Päihdetyön perusosaaminen kuuluu jokaiselle kotihoidon työntekijälle. Perusosaamiseen kuuluvat puheeksiottaminen, myönteinen asenne päihdetyöhön ja tieto toimintamalleista. (Opetusministeriö 2007, 22.)

Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämis- työryhmän mukaan koulutuksessa minimisisällön tavoitteena on, että opiskelija ymmärtää päihteiden käyttöön liittyvät haitat kansanterveyttä heikentäväksi tekijäksi. Opiskelija ymmärtää myös, että laadukas moniammatillinen päihdehaittojen ehkäisy ja haittojen minimointi vähentävät yksilöiden ja perheiden inhimillisiä kärsimyksiä, parantavat yhteisöjen ja väestön hyvinvointia ja työ- ja toimintakykyä, lisäävät yhteiskunnan turvallisuutta ja vähentävät yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia. Yhteinen ymmärrys perusasioista luo edellytykset moniammatilliselle yhteistyölle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Tampereen kotihoidon päihde- ja mielenterveysosaamistarpeiden kartoituksessa tärkeiksi osaamisalueiksi löydettiin puheeksiottaminen, myönteinen asenne päihde- ja mielenterveystyöhön sekä tieto toimintamalleista. Tämän osaamisen nähtiin kuuluvan jokaiselle kotihoidon työntekijälle. Koulutustarpeen arvioinnissa Tampereen kotihoidon työntekijät toivat esiin koulutustarpeitaan. Haluttiin lisää tietoa riippuvuusongelmasta ja sen

ymmärtämisestä. Kaivattiin tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista sekä ikääntymisen tuomista erityispiirteistä suhteessa juomiseen. Haluttiin oppia erilaisia motivointikeinoja sekä alkoholinkäytön puheeksiottoa ikääntyneiden kanssa. Päihde- ja mielenterveystyön haasteena koettiin myös asenteiden kirjavuus työntekijöiden keskuudessa. Työyhteisön kehittämisen suhteen pelisääntöjen selkiyttäminen, kirjaamisen ja vastuuseen liittyvät asiat koettiin haasteellisiksi ja tärkeiksi. Osaamista kaivattiin lisää myös kuntouttavan työtteen kannalta. Myös työturvallisuus askarrutti työntekijöitä. (Tampereen kaupunki 2009, 17, 109.)

Ammatillisen koulutuksen tarkoituksena on kohottaa ammatillista osaamista, kehittää työelämää ja vastata sen osaamistarpeita (laki ammatillisesta koulutuksesta 630/1998, 2§). Ammatillisen peruskoulutuksen tavoitteena on antaa opiskelijoille ammattitaidon saavuttamiseksi tarpeellisia tietoja ja taitoja. Päihdeosaamista tarvitaan kaikissa ihmisten terveyttä, turvallisuutta ja sosiaalista hyvinvointia edistävissä palveluissa ja toiminnoissa. Päihteitä koskevan perusosaamisen tulee olla osa perusammattitaitoa, mutta osa työntekijöistä tarvitsee lisäksi erityisosaamista päihteistä ja osa heistä tarvitsee syventävää erityisosaamista. Peruskoulutuksen tulee vastata perusosaamisen tarpeeseen. (Opetusministeriö 2007, 28, 46.)

Keskeistä on, että opiskelija hallitsee perustiedot päihteistä, päihteiden käytöstä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja haitoista. Opiskelija on tietoinen omista asenteistaan päihteiden käyttöön. Hän pystyy suhtautumaan avoimesti ja ammatillisesti päihdeongelmiin ja niistä kärsiviin. Hän tuntee vähintään omaa alaansa koskevan päihteisiin liittyvän lainsäädännön. Tuntee oman alueensa moniammatillisen päihdetyön palveluverkoston sekä alueellisen ja paikallisen monialaisen päihdetyön perusteet niin, että kykenee osallistumaan siihen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Opiskelija osaa tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä. Hän tietää varhaisen puuttumisen merkityksen ja osaa soveltaa työssään varhaisen puuttumisen menetelmiä. Opiskelija osaa auttaa ja

tukea asiakkaita oman ammattikuvansa puitteissa ja ohjata heitä tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä. Hän myös ymmärtää päihdehaittojen ehkäisyn merkityksen työympäristössä ja osaa puuttua päihteiden käyttöön omassa työyhteisössään. Päihdetyön osaaminen jaetaan kolmeen osaamisalueeseen. Nämä alueet ovat asenne, tiedot ja taidot. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Päihdetyön koulutuksen minimisisällöllä tarkoitetaan kaikille yhteisen perusosaamisen vähimmäistasoa. Mitä paremmat valmiudet kotihoidon työntekijällä on ehkäisevään työhön, ongelmien tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen ja asiakkaiden tukemiseen ongelmien varhaisvaiheessa, sitä harvemmin joudutaan turvautumaan päihdehuollon erityispalveluihin. Tärkeintä ammattitaitoa on kyky ottaa puheeksi päihteiden käyttö, tunnistaa riskikäyttö ja päihdeongelmat. Ammattitaitoa ovat lisäksi asiantuntemus oikean tiedon, avun ja tuen antamiseksi oman ammattikuvan puitteissa sekä ohjaaminen tarvittaessa eteenpäin palvelujärjestelmässä. Päihteiden käyttöön liittyvien riskien, haittojen ja ongelmien ehkäisy ja lievittäminen kuuluu kaikkien peruspalveluiden tehtäviin. (Opetusministeriö 2007, 49-50.)

2.2 Kotihoidon työntekijän ammatillinen asenne päihdetyössä

Ammatillinen asenne tarkoittaa, että työntekijä ymmärtää ikääntyneen päihteidenkäytön olevan monitahoinen ja laaja-alainen ilmiö. Sitä voidaan tarkastella monen tieteenalan näkökulmasta. Työntekijä ymmärtää, että päihteillä on suuri merkitys ikääntyneen psyykkisen- ja fyysisen terveyteen ja että sillä on myös merkitystä sosiaaliseen elämään ja turvallisuuteen. Päihteiden käyttöön liittyvät haitat heikentävät kansanterveyttä. Työntekijän mielestä laadukas ja ehkäisevä päihdetyö kannattaa. Hänen mielestä päihteiden käytön haittoja tulee lievittää ja päihderiippuvuudesta toipuminen on mahdollista. Työntekijä ymmärtää myös, että hänen omilla päihdeasenteillaan on keskeinen merkitys ammatillisessa vuorovaikutussuhteessa. (Opetusministeriö 2007, 51; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Asenteemme näkyvät kaikessa toiminnassamme. Asenteisiin vaikuttavat koko elämänhistoriamme lapsuudesta alkaen sekä ympäröivän yhteiskunnan suhtautuminen esimerkiksi päihteisiin. Asenteissamme näkyy myös ristiriitaisuuksia. Olemme huolissamme päihdehaittojen lisääntymisestä, samalla kuitenkin oma alkoholin kulutuksemme arkipäiväistyy ja kulutusmäärät kasvavat. Sama näkyy suhteessa alkoholiongelmaisia kohtaan. Vaikka tiedämme alkoholin riippuvuutta aiheuttavista ominaisuuksista, miellämme kuitenkin ”alkoholismien” juopon omaksi syyksi, ajatuksena, vain heikot sortuvat. (Levo ym. 2008, 13-14.)

Asiakkaalle on tärkeää, että työntekijän maailmankatsomus on niin laaja, että työntekijä huomaa asiakkaassa, niin hyvät kuin pahatkin puolet. Tämä mahdollistuu vain työntekijän huomaamalla samat asiat myös itsessään. Työntekijän tunnistessa, että hän voi tehdä pahaa tahtomattaan, auttaa häntä toimimaan oikein. ”Kyllä sinä onnistut, jos haluat”; sisältää vähättelyn ja epäilyksen sanoman, jolla työntekijä viestittää epäuskoaasi asiakasta kohtaan. Kannustettaessa asiakasta omatoimisuuteen voimme väärillä sanavalinnoilla tehdä täysin päinvastoin. Työntekijän nähdessä nämä asiat itsessään, hän pystyy ajattelemaan kokonaisvaltaisesti ja luopumaan ”täydellisestä totuudesta”. Tämä relativistinen ajattelutapa ilmenee työntekijässä suvaitsevuuksena itseä ja asiakasta kohtaan. Inhimillisyys työntekijässä johtaa luottamukseen työntekijän ja asiakkaan välillä, sekä voi poistaa asiakkaan tuntemaa häpeää. (Vilén ym. 2008, 29-33.)

Ikääntyvän alkoholinkäyttöön liittyy voimakkaasti häpeä. Häpeä on tuskallinen kokemus ihmisellä. Se johtaa ongelmien salaamiseen, peittelyyn sekä koko ongelman kieltämiseen niin itseltä kuin läheisiltä ja työntekijöiltä. Häpeää on myös joskus vaikea tunnistaa. Työskenneltäessä ikääntyneen kanssa työntekijältä edellytetään herkkyyttä sekä neutraalia ja moralisoimatonta työtapaa. Varsinkin naisilla juomiseen liittyvä häpeä on suuri, juova nainen kun ei ole hauska vaan naurettava. Naiset ovat usein myös kaappijuoppoja, salailevat ja häpeilevät juomistaan. Häpeä ja masennus liittyvät myös toisiinsa. Itseään häpeävillä on myös masentuneisuuteen taipuvaisuutta. Alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja puheeksiotto ovat erityisen tärkeitä, jotta

vältytään ongelmien kasvamiselta. (Liika on aina liikaa- ikääntyminen ja alkoholi 2005; Levo ym. 2008, 42- 43.)

2.3 Kotihoidon työntekijän ammatilliset tiedot

Kotihoidon työntekijällä on hallussaan perustiedot päihteistä ja päihteiden käytöstä. Hän osaa oman alansa lainsäädännön päihdetyön näkökulmasta. Hän tietää ehkäisevän päihdetyön, päihdehaittojen ehkäisyn, vähentämisen ja hoidon merkityksen. Työntekijä ymmärtää ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön järjestelmän kokonaisuuden. Hän myös käsittää oman työroolinsa päihdetyössä. Työntekijä osaa hyödyntää yhteistyö- ja palveluverkostoa. (Opetusministeriö 2007, 52; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Kotihoidon työntekijä hallitsee myös vanhustyön osaamisen. Hän tietää vanhenemiseen liittyvät muutokset terveydelle ja toimintakyvylle. Hän hallitsee perustiedot ikääntyneiden sairauksiin ja lääkehoitoon liittyen. Hän tietää oman alansa osalta ikääntyneiden palvelujärjestelmän. Hoitotyön etiikka ja arvot ohjaavat hänen toimintaansa ikääntyneiden hoitotyössä. (Henkilökohtainen tiedonanto 2010)

Ikääntyminen

Ikääntyminen on prosessi, joka pääosaksi sisältää luonnollisia muutoksia. Ikäihmiset eivät ole yhtenäinen ryhmä, vaan joukossa on hyvin eri-ikäisiä ja kuntoisia ihmisiä, 65- vuotiaista aina yli 100 vuotiaisiin (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 43-44.) Ikääntyminen on tapahtuma, johon vaikuttavat biologiset, psykologiset ja sosiaaliset tekijät sekä henkilön terveys. Nämä kaikki ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa keskenään. On muistettava, ettei normaali vanheneminen ole sairautta. (Nurmi ym. 2006, 206; Tilvis ym. 2010, 21.)

Merkittäviä biologisia muutoksia ovat ihmisen kehossa tapahtuvat muutokset. Ulkoisia näkyviä muutoksia ovat esimerkiksi hiusten harmaantuminen ja ihon rypyt. Kaikkia muutoksia emme pysty kuitenkaan silmillä havaitsemaan. Ikääntymiseen liittyy myös psyykkisiä muutoksia. Kaikki nämä muutokset

vaikuttavat siihen, miten ikääntynyt kestää alkoholia ja miten se hänen kehossaan vaikuttaa. (Kivelä 2005, 8, 11; Nurmi ym. 2006, 206-207.)

Ikääntyvien määrä tulevaisuudessa lisääntyy. Voimakkaimmin arvioidaan kasvavan vanhempien ikäluokkien osuuksien. Tämä johtuu monesta syystä. Yhtenä syynä on ikääntyneiden eläminen yhä kauemmin. (Tilvis ym. 2010, 67.) Lisäksi ikääntyvä väestö myös monipuolistuu monella tapaa. Aiemmin vanhuus määrittyi vanhuseläkeiän 65 ikävuoden mukaan. Nyt vanhuuden määritelmä on siirtynyt eteenpäin ja varsinaisen vanhuuden ja työiän väliin on tullut uusi elämänvaihe ns. kolmas ikä. Kolmannen iän ihmiset eivät suinkaan omaksu vielä vanhuksen roolia jäädessään eläkkeelle, vaan synnyttävät uudenlaista eläkeläiselämää. Heidän elämässään nautinnonhakuisuus ja riskien ottaminen voivat olla keskeisessä merkityksessä. Tähän elämäntapaan tämän päivän ikääntyvillä onkin paremmat mahdollisuudet. Tulot ovat kasvaneet, eläkkeellä oloaika pidentynyt ja heillä on enemmän henkistä pääomaa ja varallisuutta. (Haarni & Hautamäki 2008, 19-21; Levo ym. 2008, 9.)

Alkoholin käyttötavat

Alkoholin käyttötavat voidaan jakaa seuraavasti: kohtuukäyttö ja suurkulutus. Suurkulutuksen rajat vaihtelevat maittain. Rajoja määritellään väestötutkimuksilla, joihin vaikuttavat yhteiskunnan suhtautuminen alkoholiin sekä alkoholipolitiikka. (Levo ym. 2008, 26.) Suomessa rajat ovat korkeammat kuin esimerkiksi Ruotsissa. Suomessa alkoholin käyttömäärät ovat korkeat, joten riskirajat asetetaan niiden mukaan, toisin sanottuna tilastoja osittain kaunistellaan. (Varsinais-Suomen päihdekoulutustyöryhmän seminaari 2010.) Taulukosta 1. selviää Suomessa käytössä olevat alkoholinkäytön riskirajat. Ikääntyneille määriteltyä kahta kerta-annosta ei suositella ylitettäväksi. (Terveystieteiden tutkimuslaitos 2010.)

Taulukko 1. Alkoholin käytön riskirajat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

	annos/kerta	annos/viikko
Työikäiset miehet	7	24
Työikäiset naiset	5	16
yli 65-vuotiaat	2	7

Turun Sanomien artikkelissa 27.9.2010 kirjoitettiin kahden alkoholiannoksen hidastavan jo reaktioita. Tämä aiheutti myös kompuroidia kävellessä. Testi tehtiin kävelymatolla, jonne ilmestyi matala ylitettävä este. Kahden alkoholiannoksen jälkeen koehenkilöiden reisilihasten reagointiaika piteni hieman, mikä aiheutti kompuroidumisen tuplaantumisen. National Institute on alcohol abuse and alcoholism ja The Center for Substance Abuse Treatment suosittelevat yli 65-vuotiaille ainoastaan yhtä annosta päivässä ja korkeintaan seitsemää annosta viikossa (National institute on alcohol abuse and alcoholism 2003). Tämä suositeltu kerta-annos on pienempi kuin Suomessa määritellyt kerta-annos rajat.

Alkoholin kohtuukäytöksi kutsutaan käyttöä, joka on satunnaista. Se ei ole humalahakuista ja siitä ei ole käyttäjälleen terveydellistä tai muuta haittaa. Suurkulutus voidaan jakaa riskikulutukseen, haitalliseen käyttöön sekä alkoholi riippuvuuteen. Alkoholin riskikuluttajaa on vaikea tunnistaa. Hänellä käyttö on usein vielä hallinnassa ja liittyy usein sosiaalisiin tilanteisiin ja seurusteluun. Varsinaista riippuvuutta ei ole vielä kehittynyt. Sekä riskikäyttö että haitallinen käyttö aiheuttavat käyttäjälleen terveydellisiä, psyykkisiä, sosiaalisia sekä usein myös taloudellisia haittoja. Pitkäaikaisen käytön seurauksena toleranssi kasvaa ja niin fyysinen kuin psyykinenkin riippuvuus alkoholista lisääntyy. Suurkuluttajat juovat säännöllisesti yli riskirajojen. Suurkulutuksessa on

kysymys alkavasta ongelmakäytöstä ja alkoholiriippuvuudesta, joka aiheuttaa käyttäjälle suuren terveystriskin. (Levo ym. 2008, 26. Nykky ym. 2010, 12.)

Alkoholin haitallisuutta arvioitaessa tulee huomioida myös muut yksilölliset tekijät, kuin pelkästään alkoholin kulutusmäärä. Alkoholin suurkulutus ja ongelmakäyttö aiheuttavat terveyshaittojen lisääntymistä. Alkoholin käytön aiheuttamia ongelmia ei tule myöskään tarkastella vain terveydellisestä näkökulmasta. Alkoholilla aiheuttaa myös psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Näitä kaikkia ongelmia voi syntyä jo pienemmissä alkoholin kulutusmäärissä. Näin tulee muistaa, että suositusrajat ovat vain ohjeellisia, eivätkä ne takaa alkoholinkäytön turvallisuutta. (Lappalainen – Lehto ym. 2007, 85-96; Levo ym. 2008, 27.; National Institute of aging 2010.)

Ikääntyminen ja alkoholin haitat

Ikääntyneen elimistön kyky käsitellä alkoholia, alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset sekä voiko alkoholia ottaa lääkkeeksi, nousevat tärkeiksi kysymyksiksi. Vaikka iäkkäiden alkoholinkäyttö vaikuttaa määrältään kohtuulliselta, se ei ole riskitöntä. He ovat erityisryhmä, koska heillä on lisääntynyt alttius alkoholin aiheuttamille haitoille. Ikääntymisen myötä kehon vesipitoisuus pienenee ja vastaavasti taas rasvan osuus lisääntyy. Alkoholilla vesiliukoisena aineena jakautuu kehossa sen sisältämään veteen. Siksi iäkkäillä veren alkoholipitoisuus nousee suuremmaksi kuin työikäisillä. Naisten ja miesten erona on myös lihasmassan määrä. Naisten lihasmassan osuus on pienempi ja iän myötä se vähenee. (National Institute on alcohol abuse and alcoholism 2003.; Alanko & Haarni 2007,37-38; Haarni & Hautamäki 2008, 10; Nykky ym. 2010, 10.)

Ikääntyneet ovat myös alttiimpia kaatumiselle. Tämä johtuu tasapaino- ja ketteryyden heikentymisestä sekä taipumuksesta verenpaineen laskuun pystyasennossa. Kuvio 2. voimme nähdä alkoholin aiheuttamia haittoja ikääntyneen elämässä. Kuvio havainnollistaa hyvin alkoholin aiheuttamat monimuotoiset ongelmat. (Alanko & Haarni 2007,37-38; Haarni & Hautamäki 2008, 10; Nykky ym. 2010, 10.)

Fyysiset haitat	Psyykkiset haitat	Sosiaaliset haitat	Taloudelliset haitat
Sydän ja verisuonitaudit mm. kohonnut verenpaine	Psyykkiset sairaudet Mielialan lasku Mielialan ailahdukset	Ihmissuhdeongelmat Riski joutua väkivaltaisiin tilanteisiin kasvaa	Ongelmat raha-asioissa Velkaantuminen
Diabetes	Univaikeudet		Hyväksikäytön uhriksi joutumisen vaara lisääntyy
Osteoporoosi	Muistihäiriöt		
Virtsavaivat	Ahdistuneisuus ja paniikkihäiriöt		
Lihominen, ravitsemushäiriöt	Masennus		
Yleisen hygienian laiminlyönti	Itsemurha-alttius kasvaa		
Sairauksien vaikeutuminen	Aistiharhat		
Vastustuskyvyn heikkeneminen, infektiot	Psykoosi Psyykkinen riippuvuus, juomishimo		
Maksasairaudet			
Fyysinen riippuvuus vieroitusoireet			
Tapaturmariskit			

Kuvio 1. Alkoholin haittoja ikääntyneen elämässä (Lappalainen – Lehto ym. 2007, 85-96; Levo ym. 2008, 31-33; Nykky ym. 2010, 11.)

Alkoholikulttuurimme on muuttunut aikojen saatossa. Aikaisemmin alkoholinkäyttö oli nykyistä huomattavasti tuomitumpaa. Käyttö jakautui selkeästi sukupuolen mukaan. Miesten juomista pidettiin hyväksyttävämpänä kuin naisten. 1960-luvulta alkaen tilanne muuttui alkoholikontrollin heikkenemisen myötä. Nykyisin suhtautuminen alkoholiin on hyvin sallivaa, moraalinen paheksunta on hävinnyt ja alkoholista on tullut kaikenikäisten nautintoaine. Vaikka suomalaisen alkoholin käyttö on arkipäiväistynyt, on juomakulttuuri säilynyt melko samanlaisena. Suomalainen juomatapa on viikonloppuihin keskittyvää humalahakuista juomista. Tämän rinnalle se on saanut ”Eurooppalaisen juomatavan”, jossa alkoholi sisältyy myös arkeen. (Levo ym. 2008, 17-19; Haarni & Hautamäki 2008, 39-57.)

lääkäreiden alkoholinkäyttö on hyvin monimuotoinen ilmiö. Sitä tarkasteltaessa on otettava huomioon eri asioita ikääntyneiden elämässä. Ikääntyneiden alkoholinkäytöstä ei voida myöskään puhua yhtenäisenä ilmiönä vaan tulee huomata, että ikääntyneiden alkoholinkulutustavat ovat keskenään erilaiset. (Alanko & Haarni 2007, 7.) Ikääntyvien kasvavaa alkoholin käyttöä Suomessa selittää kaksi asiaa. Yli 60-vuotiaiden osuus väestöstä lisääntyy ja samalla suomalaisten alkoholin kulutus on jatkuvassa nousussa. Nykypäivän keski-ikäiset ovat tottuneet käyttämään alkoholia enemmän kuin aikaisemmat sukupolvet. Kaikki ikääntyvien alkoholinkäyttö ei suinkaan ole ongelmakäyttöä. Suurin osa heistä käyttää alkoholia kohtuullisesti, enintään yksi annos vuorokaudessa. (Nykky ym. 2010, 8.)

Ikääntyminen ja lääkkeet

Ikääntymisen myötä lisääntyvät usein monet lääkehoitoa vaativat sairaudet. Ikääntyminen myös muuttaa elimistön reaktioita lääkkeisiin. Alkoholia käytettäessä voi haittavaikutuksia lisätä myös alkoholin yhteensopimattomuus joidenkin lääkkeiden kanssa. Alkoholi voi joko lisätä tai vähentää joidenkin lääkkeiden vaikutuksia ja samalla tavoin lääkkeet voivat hidastaa tai nopeuttaa alkoholin imeytymistä. (Levo ym. 2008, 34.)

Lähes kaikilla iäkkäillä on jokin resepti- tai käsikauppalääke, useasti myös monia. Alkoholin kanssa yhteisvaikutusten riskit kasvavat huomattavasti. Monet lääkkeet ovat pitkävaikutteisia. Koska näiden lääkkeiden vaikutusaika iäkkään henkilön elimistössä on tavallista pidempi, on yhteiskäytön riski olemassa vaikka näitä ei samaan aikaan otettaisikaan. Alkoholin nauttiminen lisää lääkkeiden vaikutusta, mutta se voi myös heikentää joidenkin lääkkeiden terapeuttista tehoa. Runsas alkoholinkäyttö myös vaikeuttaa monien sairauksien hoitoa, unohdetaan ottaa lääkkeitä, otetaan lääkkeet epäsäännöllisesti, keskeytetään kuurilääkkeiden otto, ravinnon saanti heikkenee ja nappaillaan yömyssyjä. Runsaaseen alkoholin käyttöön liittyy myös huono hoitomyöntyvyys, jonka seurauksena voidaan esimerkiksi

antibiootti kuuri lopettaa kesken. (Salaspuro ym. 2003, 413, 417; Alanko & Haarni 2007, 38-39.)

Alkoholi vaikuttaa keskushermostoon ja lisää näin lääkkeiden väsyttävää vaikutusta. Väsymys voi olla voimakkaampaa, kuin kummankin yksittäisen aineen väsyttävyyys yhteensä. Alkoholi myös rentouttaa lihaksia sekä lisäksi se laajentaa verisuonistoa. Tämä saattaa aiheuttaa verenpaineen laskua henkilöillä, joilla on verenpainelääkkeitä tai lääkkeitä joilla on verenpainetta alentavaa vaikutusta, esimerkiksi nitrovalmisteet. Käytännön työntekijä joutuu usein miettimään antaako lääkkeitä humalaiselle. Varsinkin keskushermostoon vaikuttavat lääkkeet tulisi jättää antamatta, koska humalatila voi syventyä tajuttomuudeksi ja kaatumisriski lisääntyy. Ikääntyneen alkoholiongelman kohdalla tulisi aina kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan, miten menetellään kun henkilö on päihtynyt. (Alanko & Haarni 2007,38-40.)

Alkoholia ei tulisi nauttia lainkaan tiettyjen lääkkeiden kanssa. Lisäksi on runsaasti muita lääkkeitä joiden kanssa alkoholia tulisi nauttia varoen. (Salaspuro ym. 2003, 413-417; National Institute of aging 2010.) Kuvio 2. näemme lääkkeet joiden kanssa alkoholia ei tulisi ottaa lainkaan ja joiden kanssa alkoholia tulisi nauttia varoen.

Lääkkeet, joiden kanssa alkoholia ei tule käyttää:	Lääkkeet, joiden kanssa alkoholia tulee nauttia varoen:
unilääkkeet	tulehduskipulääkkeet
rauhottavat lääkkeet	nesteenpoistolääkkeet
PVK- kipulääkkeet	sydän- ja verenpainelääkkeet
epilepsialääkkeet	eturauhasen liikakasvulääkkeet ja
eräät masennuslääkkeet	potenssilääkkeet
antihistamiinit (väsyttävät)	verenohennuslääkkeet
matkapahoinvointilääkkeet	Diabeteslääkkeet
eräät antibiootit	antihistamiinit (väsyttämättömät)

Kuvio 2. Lääkkeet ja alkoholi (Alanko & Haarni 2007, 40; Levo ym. 2008, 34.)

Mielenterveys ja alkoholi ikääntyvällä

Mielenterveys ja päihdeongelmat kulkevat pitkälti käsi kädessä. Mielenterveyden ongelmat kuten masennus aiheuttaa toisilla lisääntynyttä alkoholin käyttöä ja runsas alkoholin käyttö aiheuttaa niin ikään masennusta. Suurin osa ihmisistä käy ikääntymisen läpi tasapainoisesti, mutta kaikilla se ei onnistu niin hyvin. Kehon ja elämän muutokset seuraavat toisiaan nopeasti ja psyykkinen tasapaino voi horjua näistä syistä. (Kivelä 2009, 9.) Masennusta voidaan pitää yleisimpänä vanhuusiän mielenterveyden häiriönä (Tilvis ym. 2010, 159).

Fyysiset sairaudet, muutokset elämässä, läheisten menetykset ja haaveiden murenemiset voivat aiheuttaa masennusta. Yksinäisyys on yksi suurimmista masennuksen aiheuttajista. (National Institute of aging 2010.) Naiset kokevat yksinäisyyttä useammin kuin miehet ja 85 vuotta täyttäneet yleisemmin kuin heitä nuoremmat. 70 vuotta täyttäneistä, joka kymmenes mies ja joka kuudes nainen kokee usein itsensä yksinäiseksi. Suurimmassa vaarassa ovat äskettäin leskeytyneet, ystävänsä menettäneet, vaikeasti sairaat tai vaikeasti sairasta puolisoa hoitavat. Kaupungissa asuvilla yksinäisyys on yleisempää kuin maalla asuvilla. (Eloranta & Punkanen 2008, 106; Kivelä 2009, 46; Tilvis ym. 2010, 159.) Yli 75-vuotiaista on mielenterveyshäiriöitä noin viidenneksellä. Näiden ohella ikääntyvillä on myös somaattisiin sairauksiin liittyviä psykiatrisia oireita. Ikääntyvien mielenterveysongelmien alttiutta lisää, näön, kuulon ja liikkumiskyvyn ongelmat. (Eloranta & Punkanen 2008, 106.)

Alkoholi astuu usein monen yksinäisen ikääntyneen elämään. Yksinäisiksi itsensä kokevat henkilöt käyttävät alkoholia enemmän kuin muut (Tilvis ym. 2010, 413). Runsa alkoholin käyttö myös aiheuttaa masennusta (Kivelä 2009, 47). Masennus saattaa olla lyhytkestoista ja lievää tai pitkäkestoista voimakasta alavireisyyttä. Masennustilan oireita kuvataan seuraavassa taulukossa. Lievä masennustila on kyseessä, jos henkilöllä on vähintään kahden viikon ajan samanaikaisesti ja jatkuvasti esiintynyt neljä tai useampi kuviossa (kuvio 3.) esitetystä oireista ja niihin on kuulunut kaksi ydinoiretta ja kaksi seuraavista

oireista; masentunut mieliala, mielenkiinnon menetys ja uupumus. Monilla depressiosta kärsivillä on paljon enemmän oireita. (Kivelä 2009, 64-65.)

Ydinoireet	1. Mielialan lasku, masentunut mieliala
	2. Mielihyvän tunteen, elämänilon tunteen tai mielenkiinnon heikkeneminen
	3. Tarmon ja toimeliaisuuden puute, uupumus, väsymys
Lisäoireet	4. Itsetunnon, itseluottamuksen tai itsearvostuksen heikkeneminen
	5. Perusteettomat syyllisyyden ja arvottomuuden tunteet, kohtuuton itsekritiikki
	6. Toistuvat kuolemaan tai itsetuhoon liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen
	7. Ajattelu-, keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, päättämättömyyden tunne
	8. Liikkeiden hidastuminen ja jähmeys tai kiihtynyt liikkuminen ja levottomuus
	9. Unihäiriöt, unettomuus tai liiallinen nukkuminen
	10. Ruokahalun ja painon muutos (tavallisesti laihtuminen)

Kuvio 3. Masennustilan oireet ikääntyvällä (Kivelä 2009, 65)

Masennustilat aiheuttavat myös ulkoisen olemuksen ja käyttäytymisen muutoksia iäkkäillä. Ulkoisessa olemuksessa tapahtuvia muutoksia ovat kumara ryhti, surullinen ilme, epäsiisti ulkonäkö, itkuisuus, laihtuminen ja sekavuus. Myös hidastuminen ja jähmeys ovat ulkoisia merkkejä masentuneisuudesta. Sosiaalinen vetäytyminen, yhteistyökyvyttömyys ja mielialanvaihtelut kuten myös vihamielisyys ja ärtyisyys ovat masentuneen käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia. Masennusta kyetään testaamaan GDS-testillä. Oirelomakkeiston täyttäminen kannattaa kaikilla riskiryhmiin kuuluvilla, joilla on havaittu masennustilaan viittaavia oireita. (Kivelä 2009, 90-115.) Kotihoidon työntekijä on

avainasemassa hoitaessaan ja seuratessaan ikääntyvää asiakasta. Kaikkinaiset muutokset niin fyysisessä kuin psyykkisessäkin toimintakyvyssä tulisi huomioida, sillä ikääntyneiden yksinäisyyden on todettu olevan yhteydessä uniongelmiin, heikentyneeseen ravitsemustilaan ja itsemurhariskiin (Tilvis ym. 2010, 413).

Ikääntyvien määrä ja ikääntyvien päihteiden käytön yleisyys

Kansanterveyslaitoksen tekemän kyselyn ja Terveys 2000- tutkimuksen aineiston perusteella voidaan arvioida, että 65 vuotta täyttäneitä alkoholia liikaa käyttäviä tai alkoholiriippuvaisia, olisi Suomessa 6100. Terveys 2000- tutkimuksessa arvioitiin myös, että Suomessa olisi noin 26 000 ikäänntyntä alkoholin suurkuluttajaa. Terveystapatutkimuksissa on viime vuosina todettu täysraittiiden määrän vähentyneen ikäänntyvissä. Yli 60-vuotiaiden joukossa suurkulutuksen ja ongelmakäytön määrälliset rajat ylittyvät yhä useammalla. (Nykky ym. 2010, 8-9.)

Alkoholi on 2000-luvulla arkinen asia. 70-vuotiaista miehistä 4 prosenttia oli riskijuojia (Eloranta & Punkanen 2008, 131). Täysraittiiden määrä on vähentynyt huomattavasti. EVTK (Eläkeläisten väestön terveyskäyttäytyminen) – kyselyjen tulokset kertovat, että alkoholia käyttävien ikäänntyvien määrä on lisääntynyt tasaisesti. Miehillä käyttö oli yleisempää, mutta erot ovat kaventuneet. Vuonna 2005 täysraittiiksi miehistä ilmoitti itsensä 22 % ja naisista 47 %. Alkoholia viimeisen kahden vuoden aikana käyttäneiden naisten määrä on melkein kaksinkertaistunut. (Voutilainen & Tiikkainen 2009, 208.)

Jotta työn ajankohtaisuus ja tärkeys lukijalle selviäisi. Olen etsinyt muutamia tilastotietoja väestön ikäänntymisestä sekä erityisesti Turun tilanteesta. Taulukosta 2. näemme kuinka väestö jakaantui Turussa ikäryhmittäin vuonna 2008.

Taulukko 2. Turun väestö ikäryhmittäin 2008 (Kuusikkotyöryhmä 2010)

Turku	2008
Koko väestö	175 582 henkeä
0-64 vuotiaat	144 998 henkeä
65-74 vuotiaat	15 103 henkeä
75-84 vuotiaat	11 268 henkeä
85 vuotta täyttäneet	4 213 henkeä

Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö lisääntyy 75. ikävuoden jälkeen. 65–74-vuotiaista noin 20 prosenttia käyttää säännöllisesti kotipalvelua. Päivittäistä avuntarvetta päätellään olevan joka kolmannella yli 75-vuotiaalla ja joka toisella yli 80-vuotiaalla. Taulukosta 3. näemme mikä oli koko maan 80-vuotiaiden osuus (%) vuonna 2000 sekä ennusteen vuosille 2025 ja 2050. Taulukosta näemme kuinka 50 vuoden aikana nousua on luvassa 7,4 prosenttia. (Eloranta & Punkanen 2008, 10.)

Taulukko 3. 80 vuotta täyttäneiden osuus (%) Suomessa vuosina 2000, 2025 ja 2050 (Voutilainen & Tiikkainen 2008, 13)

	2000	2025	2050
Suomi, 80-vuotiaiden (%) osuus väestöstä vuosina	3,4	6,7	10,8

Tarkasteltaessa suurten kaupunkien Turku, Tampere, Vantaa, Espoo ja Helsinki väestön ikäjakaumaa, voimme todeta Turussa asuvan enemmän yli 65-vuotiaita kuin muualla (taulukko 4.)

Taulukko 4. Ikääntyneen väestön osuus prosenteissa 31.12.2008

(Kuusikkotyöryhmä 2010)

	Helsinki	Espoo	Vantaa	Turku	Tampere
65 – vuotta täyttäneet	14,4	10,5	11,1	17,4	15,7
75 – vuotta täyttäneet	6,8	4,2	4,1	8,8	7,5
85 – vuotta täyttäneet	1,9	1,0	0,8	2,4	1,9

Tämä tuo runsaasti haasteita vanhustenhoitoon tulevaisuudessa. Taulukoista voimme todeta Turun väestöpohjan olevan vanhuspainotteisempaa kuin muissa suurissa kaupungeissa. Tulevaisuudessa vanhusten määrä vielä kasvaa.

2.4 Kotihoidon työntekijän päihdetyön taidot ja menetelmät

Ikääntyvän suurkuluttajan ja alkoholiongelmaisen kanssa tehtävän päihdetyön toimintaympäristönä on usein asiakkaan oma koti tai palvelutalo. Koti on turvallinen ympäristö. Se edesauttaa luottamuksellisen ilmapiirin syntymistä. Tämä edellyttää työntekijältä kuitenkin hientunteisuutta ja asiakkaan ehdoilla etenemistä. Päihdetyön tulee suuntautua myös kodista ulospäin. Koti on monelle turvasatama, mutta se voi myös eristää ja syrjäyttää ihmisen, jos ulospääsy on mahdotonta. Ulospääsemisen esteitä voivat olla heikentynyt toimintakyky, rakenteelliset esteet, masennus ja häpeä. (Levo ym. 2008, 43.)

Ikääntyneille ei juuri ole olemassa päihdepalveluita. Avun saaminen esimerkiksi kotihoidon palveluiden kautta, palveleekin usein erityispalveluja paremmin. Peruspalveluiden roolia tulee vahvistaa, mutta myös ikääntyvien päihdetyöhön kohdennettuja päihdepalveluita tulee kehittää. Ikääntyville tulee erityisesti kehittää palveluita, jotka tulevat sinne missä ikääntyvä on. (Levo ym. 2008, 43.) Sekä asiakas, että työntekijä ovat osa suurempaa palvelujärjestelmää, mikä voi

joko parantaa tai heikentää työskentelyedellytyksiä. Työntekijän erityisenä tukena tulisi olla oma työyhteisö. Tämä tarkoittaa toisten tukemista, asiakkaan vaikeuksien ja työntekijän tunteiden jakamista. (Vilén ym. 2002, 20.)

Ikääntyvien päihdetyön taidot koostuvat paitsi perussairauksien hoidosta ja käytöstä aiheutuvien sairauksien hoidosta myös auttamismenetelmiin. Auttamiseen kuuluu, että kotihoidon työntekijä osaa ottaa puheeksi päihteet ja antaa asiallista ja ajantasaista tietoa niiden käytöstä. Hän osaa tunnistaa ja osaa kohdata päihteiden riski- tai ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä. Hän osaa arvioida asiakkaan tai potilaan päihteidenkäytön riskejä ja haittoja yhteistyössä hänen kanssaan. Kotihoidon työntekijä käyttää varhaisen puuttumisen menetelmiä oman ammattiroolinsa puitteissa. Hän osaa ohjata asiakkaan tai potilaan tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä. Työntekijä osaa tunnistaa, etsiä ja hyödyntää moniammatillisia yhteistyöverkostoja omassa toiminnassaan. Hän osaa etsiä ja löytää ajantasaista päihdetyön tietoa. (Opetusministeriö 2007, 53; Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.)

Vuorovaikutustaidot

Ikääntyvään kohdistuvassa päihdetyössä vuorovaikutus on keskeisessä asemassa. Kotihoidon ammattilainen on jatkuvassa vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa hänen omalla maaperälläään, asiakkaan kotona. Vuorovaikutuksen kautta välitämme tietoa omista asenteistamme ja tunteistamme. Vuorovaikutuksellisessa tukemisessa olennaista on asiakaslähtöisyys. Työ lähtee aina asiakkaan tarpeista. Tämä varmistuu huolehtimalla, että asiakas tulee kuulluksi. Vuorovaikutuksellisessa tukemisessa työntekijä antaa tilaa niin kysymyksille ja hiljaisuudelle, kuin tekemiselle ja toimimiselle. Oleellista on, että tilaa annetaan myös asiakkaan tunteille ja ajatuksille. (Vilén ym. 2002, 12-22.)

Asiakaslähtöisessä työskentelytavassa korostuu asiakkaan vastuu ja päätösvalta omasta elämästään. Työntekijän tulee varmistaa, että nämä säilyvät asiakkaalla, vaikka se sotisi työntekijän arvoja ja ajatuksia vastaan.

Tasavertaisuus ja kumppanuus varmistavat työntekijän ja asiakkaan tietoista sitoutumista toimimaan asiakkaan edun hyväksi. Tavoitteena on asiakkaan elämänhallinta ja hyvinvointi, ei osapuolten ohjaaminen ajattelemaan samalla tavalla. (Vilén ym. 2002, 26-27.)

Puhumisen ohella yhtä tärkeä taito on kuunteleminen. Se saattaa olla jopa vaikeampaa. Kuuleminen edellyttää asian ääreen pysähtymistä ja hiljentymistä. Kuulemisessa on tärkeintä odottaa asiakkaan mielipiteitä ja sanomista, vaikka se ei heti tulisikaan. Kuuntelemalla asiakasta saadaan arvokasta tietoa kokonaistilanteesta. Työntekijä välttää omien mielipiteiden sanomista ja odottaa asiakkaan ajatuksia, sillä työntekijän varmat mielipiteet saatavat tukahduttaa asiakkaan ajatukset omasta tilanteestaan. (Nykky ym. 2010, 21.)

Puheeksiottaminen

Alkoholiongelmista puhuminen ei ole välttämättä kovin helppoa. Se on haasteellista paitsi asiakkaalle myös työntekijälle. Rohkeus ja taito kuuluvat kuitenkin työntekijän ammattitaitoon. Turvallisen tekosyyntä taakse, ”tuo asia ei minulle kuulu”, on helppo piiloutua. Pahimmillaan puhumattomuus kuitenkin johtaa siihen, ettei kukaan puutu ongelmiin ja ongelmat vain kasvavat ja monimutkaistuvat. (Päihdetyö, Neuvoa-antavat 2010; Nykky ym. 2010, 19.)

Ihmisten ennakkoluuloisuus ja tapa puolustaa omaa näkökantaa sekä olla kuulematta ohjeita, vaikeuttaa kommunikaatioita. Suora ja tuomitsematon keskustelu ja kysyminen ovat parhaita tapoja ottaa päihteiden käyttö puheeksi. Keskustelussa tärkeintä on hienotunteisuus, keskustelun sävy sekä aika. Sen tulee kulkea ikääntyneen ehdoilla. Asiakkaalle tulee antaa aikaa miettimiseen. Tärkeintä on asiakkaan pohdinnan mahdollistaminen. Työntekijä kannustaa ja rohkaisee muutokseen sekä antaa tietoa. (Päihdetyö, Neuvoa-antavat 2010; Nykky ym. 2010, 19.)

Miettimällä etukäteen työtovereiden kanssa huolen määrää ja kirjaamalla huolia ylös yhdessä, puheeksiotto helpottuu. Miettimällä missä asioissa asiakas voisi

saada tukea ja missä asioissa asiakas voi kokea itsensä uhatuksi helpottaa keskustelun aloitusta. Huoli tulee ilmaista suoraan, mutta ei syyllistäen ja moralisoiden. Puhumisen tulee olla suoraa ja oikeilla sanoilla. Omien tunteiden ja asenteiden tunnistaminen on tärkeää. (Liika on aina liikaa- ikääntyminen ja alkoholi 2010.)

Lastensuojelussa käytössä olevaa huolen vyöhykkeistöä voi hyvinkin hyödyntää myös kotihoidon vanhustyössä. Huolen vyöhykkeitä on neljä, joissa huoli nähdään jatkumona. Toisessa päässä ei huolta tilanne ja toisessa päässä suuren huolen tilanne. Työntekijöillä saattaa olla hyvinkin eriasteinen huoli. Huoli on aina omakohtainen kokemus ja siihen liittyvät omat toimintamahdollisuudet tilanteessa. Huoli kasvaa, kun omat toimintamahdollisuudet heikkenevät. Huolen vyöhykkeistö antaa tukea työntekijöille ja työyhteisölle tehdä huoli näkyväksi. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Mini-interventio

Mini-interventio on todettu tehokkaaksi menetelmäksi tukea asiakasta päihteidenkäytön vähentämisessä. Mini-interventio eli lyhytneuvonta tapahtuu yleensä terveyskeskuksessa ja siihen kuuluu kulutuksen kartoittaminen, neuvonta ja seuranta. Mini-interventiosta hyötyvät eniten riskikuluttajat, joille ei alkoholista ole aiheutunut suuria haittoja. Ikääntyvien päihdeongelmissa mini-interventiolla on todettu olevan hyvä vaikutus. Kysyminen on suositeltavaa erilaisten terveystarkastusten yhteydessä. Nämä tarjoavat hyvän tilaisuuden ehkäistä ennalta alkoholin mahdollisesti myöhemmin aiheuttamia haittoja. Erityisesti silloin, kun potilas valittaa oiretta, jonka syynä on usein alkoholin riskikulutus tai kysymyksessä on tapaturma, on alkoholin käytön kartoittaminen tärkeää. (Päihdelinkki, mini-interventio 2010.) Kotihoidon asiakkaat ovat joko terveysaseman lääkärin tai kotisairaanhoidon lääkärin potilaita. Kotihoidon työntekijät voivat ohjata asiakkaan heidän vastaanotolleen tarvittaessa sekä olla yhteydessä lääkäriin epäillessään alkoholin liiallista kulutusta. (Henkilökohtainen tiedonanto 2010.)

Keskustelun avuksi on olemassa Audit-testi. Testissä on kymmenen kysymystä, koskien käytön määrää ja tiheyttä sekä alkoholista aiheutuneita tilanteita esimerkiksi onnettomuudet ja muistamattomuus. Audit-testin riskirajat ovat ikääntyneille liian korkeat ja niinpä ikääntyneille ensisijaiseksi kyselytestiksi suositellaankin CAGE-testiä. CAGE-testi on kehitetty alkoholiongelmien seulontaa varten. Sitä käytetään alkoholiongelmien parantamisen tunnistamiseksi ja se mahdollistaa varhaisemman hoidon. CAGE-testi soveltuu myös itsearviointiin. Se sisältää neljä kysymystä, joihin vastaa nopeasti. Kysymyksiä alkoholimäärien kulutuksesta ei ole otettu mukaan, koska niiden on raportoitu huonontavan tutkimuksen herkkyyttä. Jokaisesta kysymyksestä saa yhden pisteen. Kaksi pistettä tai enemmän tulkitaan alkoholiongelmaiseksi. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006.)

CAGE-testin kysymykset:

- Oletko koskaan ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?
- Onko sinua koskaan harmittanut juomistasi koskeva arvostelu?
- Onko sinulla koskaan ollut syyllisyydentunteita juomisesi takia?
- Oletko ottanut krapularyyppyä aamuisin?

Kyselytestien tarkoitus on toimia tiedonsaantimenetelminä sekä keskustelun herättäjänä ikääntyvän kanssa. CAGE-testi soveltuu erinomaisesti kotihoidon työntekijän työvälineeksi selvitettäessä ikääntyvän alkoholin käyttöä. (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 2006; Nykky ym. 2010.)

Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu ei ole vain yksi haastattelukerta. Se on päihdetyön menetelmä, jossa käytetään tiettyjä tekniikoita, jonka seurauksena haastateltava henkilö motivoituu. Se on vuorovaikutusta, jossa tärkeintä on haastateltavaa arvostava ja kunnioittava asenne. Työntekijä pyrkii pääsemään perille asiakkaan tavoitteista, ydinarvoista ja muutoksen merkityksistä.

Motivaatio syntyy henkilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa, rakentaa, vahvistaa tai tuhota. (Päihdelinkki, motivoiva haastattelu 2010.)

Motivoiva haastattelu on tavoite- ja voimavarasuuntautunut vuorovaikutusprosessi. Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeistä, mutta työntekijän ohjaamaa. Tarkoituksena on saada asiakas puhumaan itse muutoksen puolesta ja toimimaan ongelmien ratkaisemiseksi. Hyvät tavoitteet etsitään ja nimetään yhdessä asiakkaan kanssa. Lyhyen ja pitkän tähtäimen tavoitteet määritellään myönteisenä toimintana mahdollisimman konkreettisesti. Työntekijä käyttää erilaisia strategioita tukeakseen asiakasta, joka etenee muutosvaiheesta toiseen. Muutos ei usein onnistu kerrasta, vaan muutosyrityksiä voidaan tarvita useita. Myös taka-askeleet ovat hyvin tavallisia. (Havio ym. 2008, 127-130.)

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan muutos sisältää seuraavat vaiheet; pohdinta-, valmistelu-, toiminta-, ylläpito- ja lopetusvaiheet sekä retkahdukset. Työntekijän toimiminen muutoksen eri vaiheissa on muun muassa havahduttaminen, asiakkaan tukeminen, asiakaskeskeisyys, ratkaisujen etsiminen asiakkaan kanssa, retkahdusten ehkäisy. Retkahduksia ehkäistään riskitilanteita ennakoimalla ja tarkastelemalla niitä oppimistilanteina. Ympäristö otetaan työskentelyssä huomioon. Erityisesti kiinnitetään huomiota asiakkaalle tärkeisiin ihmisiin. Muutoksen vakiinnuttaminen vaatii aikansa: maltti on valttia motivointityössä. Tavoitteisiin pääsemiseksi käytetään erilaisia keinoja, joita arvioidaan matkan varrella. (Koskijännes 2008; Havio ym. 2008, 127-130.)

3 Ikääntyneen päihdeasiakkaan kotihoito

3.1 Työntekijänä kotihoidossa

Kotihoidossa käytännön työ tapahtuu pääasiassa ikääntyvän asiakkaan kotona. Asiakkaan omatoimisuus ja itsenäinen selviytyminen jokapäiväisistä toimista on heikentynyt ja hän tarvitsee apua. Muistin heikkeneminen ja muut vaikeat sairaudet sekä monet sosiaaliset ongelmat aiheuttavat avun tarvetta. Kotihoito auttaa asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon liittyvissä asioissa sekä sairaudenhoidossa. Kotihoidon asiakkaina ovat vanhukset, vammaiset ja pitkäaikaissairaat. Kotihoidon tarve arvioidaan aina yksilöllisesti yhdessä asiakkaan kanssa. Siitä laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma. Kotihoitoa voi saada joko säännöllisenä tai tilapäisenä. (Turun kaupungin sisäiset verkkosivut 2010.)

Kotihoidon tiimissä työskentelee yksi sairaanhoitaja, lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiaivustajia. Lisäksi tiimin vahvuuteen lasketaan lääkärin työpanos. Kotihoitotiimissä jokainen työntekijä kantaa vastuuta potilaan kokonaishoidon toteutumisesta, tietää oman roolinsa siinä ja pyytää tarvittaessa apua ja ohjausta. Vastuullinen toiminta edellyttää oman tietotasonsa ja osaamisensa rajojen tunnistamista. Näin toimiva työntekijä, kysyy ja keskustelee kokeneemman työntekijän kanssa hoitoon liittyvistä kysymyksistä ja näkökulmista. Lisäksi työntekijällä on oltava selvillä, keneltä hän pyytää apua, kun asiakkaan voinnissa tapahtuu nopea muutos tai kotikäynnillä tapahtuu jotain muuta yllättävää. (Henkilökohtainen tiedonanto 2010.)

On tärkeää, että jokainen tuo oman työkokemuksensa ja taitonsa työyksikkönsä käyttöön/hyödyksi ja että jokainen toimii yhteistyössä työyksikön muiden jäsenten kanssa. Vastuualueensa tunnistava työntekijä on valmis ottamaan vastaan ohjausta ja pyrkii myös itsenäisesti selvittämään organisaation sisäistä työnjakoa. Kotihoidossa tämä tarkoittaa tiimityöskentelyyn sitoutumista ja

asiakkaan tarvitseman palvelun ja hoidon yhdessä suunnittelua ja valittujen toimenpiteiden arvioimista. Vastuullinen toimija uskaltaa ilmaista myös eriävän näkökulmansa/mielipiteensä keskusteltavasta asiasta. Aina on kuitenkin pysähdyttävä miettimään, mikä on perustelu valitun toiminnan/toimenpiteen takana. Asiakkaan hyöty on moninkertainen, kun työntekijät ovat valmiita jakamaan osaamistaan ja näin vahvistamaan sitä tietopohjaa, joka on hoitamisen takana. (Turun kaupungin sisäiset verkkosivut 2010.)

3.2 Hoito- ja palvelusuunnitelma

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittää laki, (812/2000)

jonka mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteistyössä asiakkaan kanssa (Päivärinta & Haverinen 2002, 5). Kotihoidossa työvälineenä käytetään palvelu- ja hoitosuunnitelmaa. Tämä on hoitotyön toteuttamisen kannalta tärkeä väline. (Henkilökohtainen tiedonanto 2010.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmaan kirjataan yhdessä asiakkaan kanssa sellaisia tarpeita, joihin tulevaisuudessa kiinnitetään enemmän huomiota ja joita kohtaan voidaan asettaa tavoitteita. Asiakaslähtöisyys on tavoitteiden taustalla tärkeää, jotta asiakas ymmärtää ja voi sitoutua niihin. Tarpeet määrittelee pääsääntöisesti asiakas itse. Työntekijän tehtävänä on arvioida niitä ammatillisuutensa kautta. Joskus asiakas ei tunnista omaa hätäänsä ja tarpeitaan kuten päihteidenkäyttö, silloin työntekijän tehtävänä on ottaa ne esille. Luottamuksellisuus ja hyväksytyksi tuleminen ovat tällöin avainasemassa ja työntekijän tulee mahdollistaa asiakkaan kuulluksi tuleminen. (Vilén ym. 2002, 52-57.)

Hyvä palvelu- ja hoitosuunnitelma on kirjallinen tuotos asiakkaan yksilöllisestä tilanteesta ja hänen tarvitsemistaan palveluista. Suunnitelma koostuu asiakkaan kuntoutuksen ja palvelujen tarpeista. Siinä näkyy hänen kanssaan suunnitellut tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi tehtävät toimet, keinot ja palvelut. Asiakkaan tilaa seurataan, kokemukset kirjataan ja toiminnan vaikutuksista

tehdään jatkuvaa kirjallista arviointia. Turussa palvelu- ja hoitosuunnitelmasta tehdään asiakkaan kotiin vietävä kotihoitokansio. Näin myös asiakkaalla on kotonaan dokumentti mitä on sovittu. (Päivärinta & Haverinen 2002, 13; Henkilökohtainen tiedonanto 2010.)

3.3 Kotihoidon työntekijän jaksaminen

Kotihoidossa työntekijät kohtaavat erilaisten ihmisten päihteiden käyttöä. Päivästä toiseen he voivat kohdata asiakkaan hoitamattoman tilanteen, jossa kyky auttaa joutuu koetukselle. Äärimmillään työntekijä voi kohdata iäkkään päihdeongelmaisen hoitamattomana, sekaisessa epäsiistissä kodissa, jossa ei ole ruokaa, rahaa eikä lääkkeitä. Kaikki päihdetyötä tekevät joutuvat eettisten kysymysten eteen. Työntekijä tarvitsee paitsi lujaa työmoraalia myös työyhteisön tukea toimiakseen asiakkaan parhaaksi. Sosiaali- ja terveysalan eettiset ohjeet ohjaavat työntekijöiden asiakastyötä. Näitä eettisiä periaatteita ovat ihmisoikeudet ja ihmisarvo, arvojen, tapojen ja vakaumuksen kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus, osallistumisoikeus (myös omaan hoitoon) ja osallisuuden edistäminen, oikeus tulla kohdatuksi kokonaisvaltaisesti, oikeus yksityisyyteen, syrjinnän ja väkivallan vastustaminen. Luottamuksellisuus, avoin vuorovaikutus, luottamus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo luetaan myös näihin eettisiin periaatteisiin, mitkä ohjaavat työntekijän työskentelyä. (Lappalainen-Lehto ym. 2007,241-242.)

Asiakkaiden hoitaminen voi aiheuttaa työyhteisössä ristiriitoja. Työyhteisön tulee käsitellä näitä ristiriitoja yhteisissä neuvotteluissaan. Tunteita tulee myös käsitellä, jotta ne eivät luo haittaa työyhteisölle. Avoin vuoropuhelu on paras ratkaisu näissä tilanteissa. (Lappalainen-Lehto ym. 2007,241–242.) Työyhteisön saama työnohjaus on tärkeä tuki päihdetyötä tehtäessä. Työnohjaus auttaa paitsi ammatillisessa kehittämisessä, myös jaksamaan paremmin. Myös tieto minne voi kiperissä tilanteissa ottaa yhteyttä, auttaa selviytymään arjen haasteista. Konsultoiva taho voi olla terveyskeskuslääkäri, sosiaalityöntekijä tai oma esimies. Tärkeää on, että toimintatavoista on sovittu etukäteen. Voimavara työyhteisössä on myös työntekijöiden erilaiset taidot. Työkaverilta kysyminen on

helpoin tapa saada tietoa, jota itsellä ei ole. Toimiva työyhteisö kouluttaa myös itse itseään. (Havio ym. 2008, 233.)

4 Tutkimuksen toteuttaminen

4.1 Tutkimustehtävät

Tutkimuksen tavoitteena on Turun kotihoidon päihdeosaamisen kehittäminen. Tätä kehittämistä ajatellen asetin tutkimukselle neljä tutkimustehtävää. Ensimmäinen tutkimustehtävä selvittää, mitä Turun kotihoidon henkilökunnan päihdeosaaminen on. Kysymys selvittää työntekijöiden osaamisen tason heidän itsensä kokemana ja näkemänä. Toinen kysymys selvittää millaista päihdeosaamista työntekijät kokevat tarvitsevansa lisää. Kolmas kysymys tarkastelee, miten työntekijät kokevat työyhteisön tukevan työtään ja minkälaista tukea he toivovat mahdollisesti lisää. Neljäs kysymys selvittelee miten paljon kotihoidossa on ikääntyneitä päihteidenkäyttäjiä.

Haastattelujen avulla keräsin tietoa kotihoidon ammattiryhmien päihdeosaamisesta. Ajatuksena oli saada kokonaiskuva päihdeosaamisesta, sen hallitsemisesta ja puutteista sekä tehdä kehittämissuositus. Opinnäytetyön kautta ryhdyin miettimään, mitkä valmiudet kotihoidon työntekijöillä on työskennellä ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa. Onko meillä valmiuksia ikääntyvän päihdeongelman havaitsemiseen ja puuttumiseen muun hoitotyön rinnalla.

Tutkimuksellani oli neljä tutkimustehtävää:

1. Mikä kotihoidon henkilökunnan päihdeosaamisen nykytila on?
2. Millaista osaamista he tarvitsevat lisää?
3. Miten työyhteisön tuki tulee esille ikääntyvien päihdetyössä?
4. Kuinka paljon kotihoidossa on asiakkaina ikääntyneitä päihteiden käyttäjiä?

Haastattelulomaketta tehdessäni asetin neljännen kysymyksen taustakysymysten joukkoon haastattelun alkuosaan. Koska kysymyksellä ei ole laadullisen tutkimuskysymyksen arvoa ja sen tarkoituksena oli saada ainoastaan selville miten paljon ikääntyneiden päihdeosaamista kotihoidossa tarvitaan. Tästä syystä tutkimustuloksissa tämä kysymys käsitellään ennen muita tutkimustehtäviä.

4.2 Teemahaastattelu tutkimusmenetelmänä

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmiä on useita. Aineiston hankinnassa käytetään menetelmiä, jotka takaavat että tutkittavien ääni ja näkökulmat pääsevät kuuluville. (Hirsjärvi ym. 2001, 155) Haastattelu on hyvin tavallinen tapa kerätä tietoa. Haastattelut jaetaan neljään eri haastattelutyypin: strukturoituun lomake haastatteluun, puolistrukturoituun avoimia kysymyksiä sisältävään haastatteluun, vapaamuotoiseen teemahaastatteluun, sekä avoimeen haastatteluun, joka muistuttaa keskustelua. Haastattelu muotoa valitessani minulle oli tärkeää, että tutkittavat pääsivät itse kertomaan, mitä heidän päihdeosaamisensa on ja mitä osaamista he tarvitsevat lisää. Tämä tieto on tärkeää kehittämisen kannalta. Sen vuoksi valitsin teemahaastattelun. (Eskola & Suoranta 1998, 87)

Jos haluamme tietää mitä ihminen ajattelee, on järkevää kysyä sitä häneltä itseltään (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 72). Teemahaastattelun etuna on haastattelun eteneminen teemojen mukaan. Se antaa vapautta tutkijalle ja tuo tutkittavan äänen hyvin esiin. Teemahaastattelussa ajatuksena on, että ihmisten tulkinnat asioista ovat keskeisiä. Teemahaastattelu poikkeaa strukturoidusta lomakehaastattelusta siten, että teema-alueina ovat esimerkiksi tietoperustan pääkohdat, ja lisäksi oleva muistilista tarkentaa haastattelua tarvittaessa. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 48, 66.)

Teemahaastattelulla sain haastateltua työntekijöitä avoimesti. Laadin teemahaastattelun rungon ja kysymykset etukäteen. Teemat perustuivat tutkimuksen teoriaan eli päihdeosaamiseen, asenteeseen, tietoihin ja taitoihin. Työyhteisö on tärkeä osa kotihoidon työtä. Sen vuoksi lisäsin yhden teema-alueen myös näitä kysymyksiä varten. Haastattelulomakkeen alkuosaan keräsin

tärkeitä taustakysymyksiä kuten ikä, koulutus ja työkokemus sekä ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien määrää koskevan kysymyksen.

Teemahaastattelun haasteena on saada kysymykset ymmärrettävään muotoon. Aiheet ja teemat tulee asettaa haastateltavan kielelle ja ymmärrettäväksi. Haastattelijan tulee varmistua, että haastateltava ymmärtää asiat samalla tavalla. Sen vuoksi tein etukäteen harjoitushaastattelun. Tämän avulla sain testattua niin kysymyksiä kuin termejä. Sain niitä muutettua ymmärrettävämpään muotoon. Tähän teemahaastattelu antaa mahdollisuuden. Väärinkäsityksiä on mahdollista oikaista, kysymys on mahdollista toistaa sekä sanamuotoja mahdollista selventää (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47; Tuomi & Sarajärvi 2002, 75). Haastatteluissa jouduinkin muuttamaan sanamuotoa joidenkin haastateltavien kohdalla tai kysyä kysymyksen toisella tapaa uudelleen.

4.3 Haastateltavat ja aineiston keruu

Turun kaupungin sosiaali- ja terveystoimen organisaatiossa kotihoito on yksi osa kaupungin vanhuspalveluja (liite 1). Vanhuspalveluiden toiminta sisältää koko palvelu- ja hoitoprosessin avohoidosta laitoshoidon. Vanhusten palvelujen tarkoituksena on tukea vanhuksen toimintakykyä ja elämänhallintaa siten, että hän voi asua turvallisesti kotona mahdollisimman pitkään. Kotihoito toimii vanhuspalvelujen osana tarjoten kotiin annettavia palveluja, hoitoa ja kuntoutusta. (Turun kaupungin sisäiset verkkosivut 2010.)

Kotihoitoa toteutetaan 21 lähipalvelualueella, joiden sisällä toiminta tapahtuu tiimeissä. Yhdellä lähipalvelualueella voi olla 2-3 tiimiä. Ideaalitulanteessa yksi tiimi huolehtii noin 60:n asiakkaan palvelujen ja hoidon järjestämisestä. Alueiden asiakkaita hoitavat työntekijät toimivat noin kymmenen hengen tiimeissä, mikä mahdollistaa samojen hoitajien käymisen asiakkaan kotona. (Turun kaupungin sisäiset verkkosivut 2010.)

Hain tutkimuslupaa Turun kaupungin kotihoidolta ja se myönnettiin toukokuussa 2010. Tutkimuksen kohdejoukoksi valitsin kotihoidon työntekijät ja esimiehet. Heidät tavoitin parhaiten palveluesimiesten avulla. Lähetin 12 palveluesimiehelle sähköpostin (liite 2.) toukokuussa, jossa pyysin esimiehiä

etsimään työntekijöistään innokkaita ja avoimia henkilöitä, jotka kykenevät ilmaisemaan ajatuksiaan asiasta. Tämä sen vuoksi, että tavoitin ne henkilöt, joilla oli jotain kerrottavaa ja annettavaa tutkimukselle. Tämä valikoitu joukko kykeni kertomaan paitsi runsaammin tietoa, myös monipuolisempia ja rikkaampia kokemuksia. Eliittiotannalla saadaan valituksi juuri ne henkilöt, joilta oletetaan saatavan parhaiten tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi ja Sarajärvi 2009, 74). Kriteereinä voivat olla juuri aiemmin mainitsemani syyt. Esimiesten myötämielisyydellä oli myös oma merkityksensä. Näin tuli esille myös heidän näkemyksensä työntekijöidensä päihdeosaamisesta sekä tämän hetkisestä tilanteesta kotihoidossa.

Haastattelut tein elo-syyskuun aikana. Lähetin sähköpostin haastateltaville (liite 3) ennen haastattelua, jossa kerroin haastattelusta. Haastattelut toteutin yksilöhaastatteluina. Haastatteluja kertyi viideltä eri kotihoito alueelta. Kaikista kotihoidon ammattiryhmistä tuli haastateltavia. Haastattelut kestivät 20 minuutista 100 minuuttiin. Haastattelulomakkeen (liite 4 & 5) teemoina olivat opetusministeriön päihdeosaamiselle määritelleet osaamisen alueet; asenne, tiedot ja taidot. Lisäksi halusin saada tietää työyhteisön antaman tuen laadun ja merkityksen yksilölle, joten yksi teema-alue koostui näistä kysymyksistä.

Alkuperäisestä tutkimusjoukosta yksi karsiutui pois henkilökohtaisista syistä. Kahdeksan antoi suostumuksensa haastatteluun. Määrä on aika pieni verratessa sitä kotihoidon henkilökunnan määrään, mutta laadullisessa tutkimuksessa ei määrä ole ratkaiseva tekijä. Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan sillä pyritään antamaan tulkinta jollekin ilmiölle. Ajatuksena on, että henkilöt joilta tietoa kerätään tietävät mahdollisimman paljon tutkittavasta ilmiöstä ja heillä on kokemusta asiasta. Eräs tapa myös ratkaista aineiston riittävyteen liittyvä ongelma on kylläntyminen eli saturaatio. Tällä tarkoitetaan aineiston alkavan toistaa itseään, eikä näin ollen uutta tietoa ole odotettavissa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 85-87). Tutkittavani valikoituivat kiinnostuksensa perusteella vapaaehtoisuuteen perustuen. Tästä voimme olettaa heillä olevan asiasta omakohtaista kokemusta

sekä tietoa. Haastatteluissa vastaukset alkoivat myös toistaa itseään, mikä viittaa saturaation täyttymiseen.

Haastattelun aloitin avoimella kysymyksellä, mikä antoi haastateltavalle mahdollisuuden pohtia asiaa laajemmin ja kertoa omaan tahtiinsa asiasta. Näin sain haastateltavan äänen kuuluville. Tosin toisille haastateltaville oli helpompaa vastata tarkentaviin kysymyksiin, kuin kertoa vapaasti ajatuksiaan. Teemahaastattelun etuna on haastattelun eteneminen teemojen avulla. Tämä vapauttaa haastattelua ja tuo haastateltavan äänen kuuluville. (Hirsjärvi ym. 2001, 191-196)

Haastattelun alussa kerroin, että haastattelu tehdään anonymisti, joten heidän nimeään ei tutkimuksessa tule missään kohtaa esille. Haastateltavissa oli mukana yksi esimies. Hänen haastattelu kysymyksensä olivat erilaiset kuin muiden. Olen merkinnyt haastateltavien kommentit koodein (H1, H2 jne.), jotta kaikkien haastateltavien anonymiys säilyisi. Kommentteiksi olen valinnut asiaa parhaiten kuvaavat. Kommentit on valittu tasaisesti haastateltavien kesken.

Teoreettinen viitekehys määrää millainen aineisto kannattaa kerätä ja mitä analyysimenetelmää käyttää. Laadulliselle tutkimukselle on luonteenomaista kerätä aineistoa, joka antaa mahdollisuuden moninaiseen tarkasteluun. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista sen rikkaus, kuin elämä itse. Tutkimukseni on laadullinen tutkimus. Lähtökohtana on todellisen elämän, todellisten kokemusten kuvaus. Kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Lähtökohtana on pyrkimys ymmärtää tutkittavaa. Tällä tarkoitetaan ilmiön merkityksen tai tarkoituksen selvittämistä. Tarkoituksena on kokonaisvaltaisen ja syvemmän käsityksen saaminen monimuotoisesta ilmiöstä. Todellisuutta ei kuitenkaan voi paloitella osiin, vaan eri tapahtumat vaikuttavat toisiinsa. (Alasuutari 1999, 38, 83-84; Hirsjärvi ym. 2001, 151- 155).

Laadulliselle tutkimukselle on tyypillistä tutkimusasetelman avoimuus ja hypoteesittomuus. Kysymykset ja menetelmät rakentuvat tutkimuksen edetessä. Aineistoa kootaan mahdollisimman vähällä ennakkotiedolla. Ennakoasetelmista ei kuitenkaan voi kokonaan päästä. Ne olisikin tärkeää tiedostaa ja käyttää esioletuksina tuloksista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkia

ei voi irtisanoutua arvolähtökohdista, jotka muokkaavat sitä mitä ja miten ymmärrämme tutkimaamme. Tarkoituksena on tavallaan löytää ja paljastaa tosiasioita. (Hirsjärvi ym. 2001, 151- 155.) Tärkeää on, että tutkija tiedostaa vaikutuksensa tutkimusprosessissa. Ihminen ei voi irtautua kaikesta siitä ennakkotiedosta. Tutkijan tulee kuitenkin pyrkiä pohjaamaan väitteensä omaan aineistoonsa liittämättä niihin omia ajatuksiaan. (Eskola & Suoranta 1998, 19-20.)

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Laadullisessa tutkimuksessa analyysimenetelmänä voidaan käyttää sisällönanalyysiä. Aluksi litteroin haastattelut. Litterointi tarkoittaa nauhoitetun puheen puhtaaksi kirjoittamista. Tutkimusongelma, kieli ja analyysitapa vaikuttavat siihen, kuinka tarkasti litterointi suoritetaan. Säästääkseni aikaa litteroin aineiston sanasta sanaan, jättäen kuitenkin pois kaikki epäoleelliset tauot, huokaukset, epäselvät lauseet ja kesken jääneet sanat. Halusin säilyttää puhutun kielen murteineen, sillä se on rikasta, tunteiden värittämää ja kuvastaa hyvin haastateltavien asennetta. Sanasta sanaan litterointi antoi minulle mahdollisuuden käyttää suoria lainauksia haastateltavien kertomuksista. Litteroitua tekstiä kertyi 60 sivua koneella kirjoitettua tekstiä. (Menetelmäopetuksen tietovaranto 2010.)

Auki litteroitua aineistoa käydään läpi systemaattisesti moneen kertaan ja aineistosta etsitään yhteneväisyyksiä ja eroja oman kiinnostuksen mukaan. Kaikki muu jätetään pois tutkimuksesta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92) Kuuntelin haastattelunauhut yksi kerrallaan ennen litterointia. Toisen kerran kuuntelin ne litteroidessani tekstiä. Yhden nauhan litterointiin kuunteluineen meni aikaa keskimäärin 4-8 tuntia. Litteroituani kaikki nauhoitukset, luin ne läpi muutamia kertoja kokonaisuudessaan. Tämän jälkeen palasin aineistoon teema-alue kerrallaan ja poimin sieltä asioita yksi kerrallaan paperille, muistaen merkitä tarkkaan kenen haastateltavan pätkä oli kyseessä. Teemojen alle muodostin alaluokkia.

Tämä oli haastava vaihe, sillä vastaajat vastasivat useasti samassa vastauksessa useampaan teema-alueeseen. Helpottaakseni tätä vaihetta käytin värikoodausta apuna. Annoin kullekin teema-alueelle oman värinsä ja näitä värejä apuna käyttäen poimin teksteistä kunkin teema-alueen asiat allekkain. Nyt tekstiä oli teemoittain järjestettynä noin seitsemän sivua/ teema. Seuraavassa vaiheessa pelkistin valitsemiani pätkiä muutama sanaan. Tämän jälkeen yhdistelin sanoja yhteen alaluokittain. Seuraavassa kuviossa esimerkki analyysitavasta eli kuinka käsittelin aineistoa muodostaessani alaluokkia.

Pääloukat	Valittu tekstipätkä	Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
Asenne	Se on tietysti vastenmielistä, luontaisesti vastenmielistä	vastenmielisyys asiakasta kohtaan	Asiakkaan kohtelu
Tiedot	On selvää tietoa miten alkoholi vaikuttaa lääkkeisiin	Tieto alkoholista ja lääkkeistä	Asiakkaan terveydentilan huomiointi
Taidot	Se keskustelu ehkä ja sit se tavallan informaatio et mihin voi ottaa yhteyttä et jos on yksinäisyyttä ja masennusta ja semmosta.	Keskustelu asiakkaan kanssa asiakkaan neuvonta, hoitoon ohjaus	Vuorovaikutus Puheeksiotto Ohjaus, neuvonta
Työyhteisö	mitä mä olen suunnitellut päihdeasiakkaan hoidossa, niin he noudattaa niitä ohjeita	suunnitelma noudattaminen	Pelissäännöt Luottamus

Kuvio 4. Aineiston alaluokkien muodostuminen.

Havaintoja pelkistäessäni tarkastelin aineistoa teoreettisen viitekehyksen ja kysymysten kautta. Näin suuri määrä aineistoa pelkistyi pienemmäksi määräksi. Pelkistämisen toinen vaihe on edelleen karsia havaintomäärää havaintojen yhdistämisellä alaluokiksi. Tämän kaltaisella yhdistämisellä lähtökohtana on ajatus, että aineistossa on esimerkkejä samasta ilmiöstä. (Alasuutari 1999, 40.) Luokittelun tavoitteena oli löytää samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia.

Analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään haastattelu materiaalista kohti tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksessani etsin muun muassa työntekijöiden yhteneviä vahvuuksia ja heikkouksia, joita voitaisiin parantaa esimerkiksi koulutuksella.

Haastattelu materiaalia tuli paljon. Osaan kysymyksiin haastateltavat vastasivat jo aikaisemmissa kysymyksissä, kun se loogisesti tuli siellä esille. Nämä tulevat esille tutkimustuloksissa. Tämän tein helpottaakseni työtä sekä estääkseni turhaa asioiden toistumista. Haasteita tuli myös siitä, että sama ilmaisu olisi sopinut useampaan eri luokkaan. Näin voin todeta, ettei alaluokka ole täysin yksiselitteinen. Kuten esimerkiksi teemassa tieto emme voi olla täysin varmoja onko tiedetty asia täysin tieteellistä kirjatieta vai onko mukana henkilön työkokemuksen kautta opittua kokemustietoa. Laadullinen tutkimus onneksi antaa tutkijalle mahdollisuuden tehdä itse valintoja. Käsiteltyäni koko materiaalin, sain muodostettua seuraavat luokat

Asenne	Tiedot	Taidot	Työyhteisö
Inhimillinen vuorovaikutus	Asiakkaan terveydentilan huomiointi	Puheeksiotto	Positiivisuus
Itsemääräämisoikeus	Asiakkaan toimintakyvyn huomiointi	Motivointi	Ymmärrys
Asiakkaan tarpeiden huomiointi	Turvallisuus (lääkehoito ym.)	Vuorovaikutus	Tuki
Hoidon ja palvelujen tarpeiden ymmärtäminen	Tieto päihteistä ja sen vaikutuksista ikääntyvään	Puuttuminen	Pelissäännöt
Kunnioitus		Ohjaus, neuvonta	Luottamus
Luotettavuus		PaHosun käyttö	Koulutus
Asiakkaan kohtelu		Yhteistyö (verkosto ja läheiset)	Yhteistyö
Tasavertaisuus		Perus kodinhoitotyö	Ohjaus
			Vastuu

Kuvio 5. Aineiston alaluokat

Teemakysymykset aloitin avaavalla kysymyksellä. Annoin haastateltavalle mahdollisuuden kertoilla vapaasti ajatuksiaan ja kokemuksiaan. Osalle tämän

oli helppoa ja toiset tarvitsivat tarkentavia kysymyksiä nopeammin. Kaikki vastasivat kaikkiin kysymyksiin.

4.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheitä ja tästä syystä on arvioitava luotettavuutta. Luotettavuutta pohdittaessa nousevat esiin kysymykset totuudesta ja objektiivisuudesta. Tietoteoreettisessa keskustelussa erotetaan neljä totuusteoriaa, joista konsensukseen perustuvassa totuusteoriassa painotetaan sitä, että ihmiset voivat luoda yhteisymmärryksessä totuuden. Tarkasteltaessa objektiivisuuden ongelmaa totuuskysymyksen lisäksi on syytä erottaa luotettavuus ja puolueettomuus. Puolueettomuus tulee esiin siinä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan haastateltava itsenään vai suodattuuko haastateltavan kertomus tutkijan oman kehysten läpi. Toisin sanottuna vaikuttavatko esimerkiksi tutkija ikä, kokemukset ja asema siihen mitä hän kuulee ja havainnoi. Laadullisessa tutkimuksessa näin väkisinkin on, sillä tutkija on tutkimusasetelmansa luoja ja tulkitsija. Sen vuoksi myös puolueettomuutta tulee tarkastella. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 134-136.)

Puolueettomuus on aina koetuksella kun tutkimusta tehdään tutkijalle tutusta asiasta. Tästä syystä pyrin mahdollisimman vähän ohjaamaan haastattelua. En tuonut esille omia mielipiteitäni enkä keskeyttänyt haastateltavaa vaikka hän olisi välillä intoutunut kertomaan haastattelun kannalta turhaakin asiaa. Näin sain esille haastateltavien mielipiteet enkä ainoastaan vahvistuksia omille tuntemuksilleni.

Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on tutkittu sitä mitä on luvattu. Haastattelulomakkeeni teemat ja runko on suunniteltu niin, että tutkimus vastaa sille asetettuja tutkimustehtäviä. Haastattelurunko on vaikea rakentaa täysin selkeäksi ja kaikkien ymmärrettäväksi. Tämä tuotti myös omassa tutkimuksessani vaikeutta. Tein harjoitushaastattelun, jonka avulla pyrin muokkaamaan haastattelurunkoa ymmärrettävämpään ja loogisempaan suuntaan, mutta silti haastatteluissa tuli eteen muutamia tilanteita joissa jouduin

selventämään kysymystä haastateltavalle. Esimerkiksi kysymyksessä; ”Mitä ajattelet ikääntyneen alkoholin käytöstä?”, jouduin selventämään usealle, että mitä tunteita ja ajatuksia sinulle herää kohdatessasi ikääntyneen päihteidenkäyttäjän työssäsi. Tämä on kuitenkin teemahaastattelussa täysin luvallista. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47; Tuomi & Sarajärvi 2002, 75.)

Luotettavuus eli reliabelius tarkoittaa tulosten toistettavuutta eli jos esimerkiksi kaksi haastateltavaa antaa samanlaisen vastauksen voidaan tulosta pitää reliabelina. Laadullisen tutkimuksen yhtenä vaatimuksena on, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimuksensa. (Hirsjärvi ym. 2001, 213; Tuomi & Sarajärvi 2009, 136-137.) Haastatteluissa vastaukset alkoivat toistaa itseään jo toisen haastattelun jälkeen. Toki myös eroavaisuuksia oli nähtävissä. Tämä johtui haastattelun vapaudesta eli miten haastattelu antoi haastateltavalle vapauden edetä oman omaan tahtiin, omien kokemusten mukaan. Aikaa käytin tutkimuksen tekemiseen 11 kuukautta. Haastattelurungon tekemiseen ja teorian kokoamiseen meni aikaa viisi kuukautta. Haastatteluja ja analysointia tein kuusi kuukautta.

Yhtenä tutkimuksen luotettavuutta mittaavana asiana, voidaan käyttää triangulaatiota. Triangulaatiossa haastattelemalla saatuja tietoja vertaillaan muista lähteistä saatuihin tietoihin. Kun tietty yksimielisyys on saavutettu, voidaan arvioida, että tulkinta on saanut vahvistusta. Yksi validointitapa on lähteiden luotettavuus, miten lähteet on valikoitu ja miten suurta osaa tutkittavasta he edustavat. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 189; Tuomi & Sarajärvi 2009, 143.) Omaa tutkimustani olen verrannut vastaavaan tutkimukseen Tampereelta. Näiden molempien tutkimusten voidaan katsoa antaneen samankaltaisia vastauksia. Lisäksi tutkittavina oli koko kotihoidon ammattijoukko edustettuna, näin pienikin otos on kattava.

Laadukkuutta tavoittelin etukäteen tekemällä hyvän ja kattavan haastattelurungon. Mietin etukäteen miten teemoja voitiin syventää ja lisäkysymyksiä muotoilla. Täytyy muistaa, ettei kaikkeen kyetä silti ennalta varautua. Aineiston laatua voidaan parantaa myös pohtimalla haastattelemista etukäteen. Haastattelukoulutuksella voidaan lisätä haastattelijoiden varmuutta.

Välineistöstä tulee myös pitää huolta, nauhuri toimii, varapatterit saatavilla ja haastattelurunko mukana. Laatua parantaa myös, että haastattelu litteroidaan niin nopeasti kuin mahdollista. Luotettavuus riippuu myös tallenteiden laadusta eli onko kuuluvuus hyvä vai onko tallenteessa häiriöääniä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 184-185)

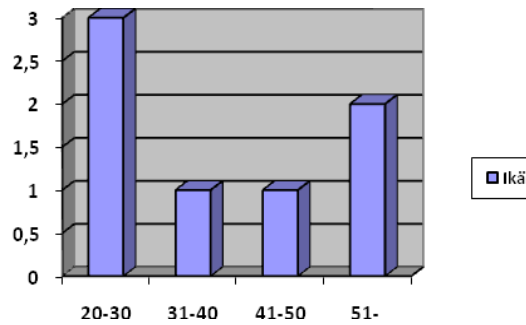
Hankin oman yksinkertaisen nauhurin haastatteluja varten. Tämä sen vuoksi, etten olisi joutunut palauttamaan koulun nauhuria kesken haastattelukierrosta. Halusin myös litteroida haastattelut mahdollisimman nopeasti haastattelujen jälkeen ja tämän vuoksi haastatteluihin meni aikaa kaksi kuukautta. Mukana haastatteluissa pidin puhdasta haastattelurunkoa, jonne sain tehtyä merkintöjä haastattelun edetessä. Haastattelu paikoiksi valitsin rauhalliset tilat, jotta kuuluvuus olisi parempi ja haastateltavan keskittyminen taattu. Yhdessä haastattelussa nauhurilta kuuluu runsaasti häiriöääniä. Huomasin jo haastattelu tilanteessa tämän ja siirsin nauhurin lähemmäs haastateltavaa. Onneksi haastateltavalla oli lisäksi selkeä ääni, joten nauhalla kuuluva häly ei haitannut litterointia.

5 Tutkimustulokset

5.1 Haastattelun taustakysymykset

Haastattelulomakkeessa oli ensin taustakysymyksiä, joiden avulla selvittelin työntekijöiden ikää, työkokemusta, koulutusta sekä näkemystä oman tiimin päihdeosaamisesta. Lisäksi kysyin päihteenkäyttäjien määrää alueella. Haastateltavat olivat kaikki naisia. Iältään he olivat 20 vuodesta yli 50 vuotiaisiin. Seuraava taulukko (taulukko 5) näyttää ikäjakauman. Taulukossa pystyakselilla näkyy henkilömäärä ja vaaka-akselilla ikähaarukat.

Taulukko 5. Tutkittavien ikäjakauma



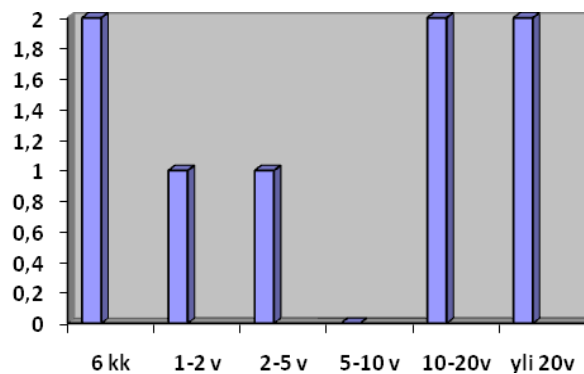
Koulutukseltaan haastateltavat olivat kaikista kotihoidon ammattiryhmistä (taulukko 6.). He olivat kotiavustajia, kodinhoitajia, lähihoitajia, sairaanhoitajia ja esimiehiä. Yksi alan opiskelija ja yksi apuhoitaja.

Taulukko 6 Tutkittavien koulutusjakauma

KA	KH	LH/PH	TH/SH	esimies	muu
1	1	1	2	1	2

Haastateltavien työkokemukset kotihoidossa olivat puolesta vuodesta yli 20 vuoteen. Muualta hankittua alan työkokemusta myös löytyi. Seuraavasta taulukosta (7.) näemme kotihoidon työkokemuksen jakautumisen. Taulukon pystyakselilla näemme henkilömäärän ja vaaka-akselilla työkokemuksen määrän.

Taulukko 7. Tutkittavien työkokemusjakauma



Kysyin tutkittavilta paljonko heidän kotihoitoalueellaan on ikääntyneitä päihteiden käyttäjiä. Iäksi määrittelin yli 65-vuotiaat. Kysyin myös paljonko on alle 65-vuotiaita. Alueet eivät juuri poikenneet toisistaan, paitsi yhden alueen osalta, jossa oli huomattavasti enemmän ikääntyneitä päihteiden käyttäjiä. Tätä eroa selittää osaltaan työntekijöiden oma käsitys ikääntyneestä päihteiden käyttäjästä, mikä tuli ilmi haastattelujen aikana.

Päihteiden käyttäjiä haastateltavat ilmoittivat olevan alueellaan seuraavasti:

- Kuusi henkilöä arvioi alueellaan olevan päihteiden käyttäjiä yhdestä kolmeen. Yhteensä näillä neljällä alueella päihteiden käyttäjiä oli seitsemän, joista yksi oli alle 65-vuotias. Näistä seitsemästä naisia oli neljä.
- Yksi haastateltava ilmoitti alueellaan olevan noin 6-7 päihteiden käyttäjää, joista yksi alle 65-vuotias ja kaksi naista.
- Yksi haastateltava oli arvioinut yhdessä alueen muiden työntekijöiden kanssa että alueella oli noin 30 päihteiden käyttäjää. Heidän arvionsa oli että noin puolet on naisia.

Karkea arvio näiden viiden alueen päihteiden käyttäjien määrästä on reilu 40, joista puolet naisia. Alle 65-vuotiaiden määrä ei haastatteluissa selvinnyt, koska työntekijät eivät muistaneet heidän tarkkaa ikäänsä. Työntekijät kokivat, että ikääntyneiden päihteiden käyttö on lisääntynyt. Osa koki, ettei heitä tällä hetkellä kovin paljoa ole asiakkaina.

” No se on lisääntynyt koko aika.” H2

” Silloin kun aloitteli niin ei olisi uskonut et joku mummeli olisi huppelissa” H3

Kysymykseen minkälaista päihdekoulutusta olet saanut vastasi viisi haastateltavaa, etteivät ole saaneet päihdekoulutusta. Haastateltavista kaksi vastasi työnpuolesta satunnaisia koulutuksia. Yksi kertoi lisäksi opintoihinsa kuuluneen päihdeopintoja. Oman tiimin päihdeosaaminen koettiin arkipäiväiseksi osaamiseksi, osin vanhojen konkarien taitamaksi, osin nuorien

lähihoitajien koulutuksen kautta saaduksi pätevyudeksi. Kaikki haastateltavat kokivat, ettei heidän tiimistään löydy erikoisosaamista päihdepuolelta.

”Se on semmosta hyvin arkipäiväistä. Vanhat konkarit näkee jo ovelta että täällä tarvitaan tätä ja täällä tätä” H5

” Ei kyl oikeesti oo mejän tiimissä.” H2

”Suurin osa juttelee sit lähinä vaan tääl taukoutuval, et mahtoks se olla juovuksis, kun se oli semmonen.” H7

5.2 Työntekijän ammatillinen asenne

Asenne teema toi esille asiakkaan kohteluun liittyviä asioita, kunnioitusta asiakasta kohtaan, asiakkaan tarpeiden huomioimista ja ymmärtämistä sekä itsemääräämisoikeuden. Kysymykseen mitä ajattelet ikääntyneen alkoholin käytöstä, haastateltavat toivat ilmi huolestuneisuutta, ymmärrystä ja hyväksyntää. Osa toi esille myös mitä negatiivisia tunteita ikääntynyt päihteiden käyttäjä työntekijässä tuo esille sekä miten oma asenne voi heilahdella ymmärryksestä halveksuntaan ja torjumiseen. Kolme haastateltavaa kertoi hyväksyvänsä ikääntyvän alkoholinkäytön, jos se pysyy kohtuudessa eikä aiheuta ikääntyvälle haittaa.

”Kyl mä hyväksyn sen jos se pysyy kohtuudessa.” H3

”Mä ajattelen neutraalisesti. Mä ymmärrän sen ja mä hyväksyn sen tietyissä tilanteissa.” H6

Kahden haastateltavan kertomuksessa tuli ilmi sääli ja empatia.

”En mä niinku haluu syyllistää heitä sil taval et olet juoppo” H1

”Se on jotenkin kauheen säälittävää ja surullista” H4

Viisi työntekijää toi jossain vaiheessa haastattelua esille, myös omat tunteensa ja niiden aiheuttamat ongelmat.

”Kyllähän se tietysti, se on vastenmielistä” H5

”Tää mun asenne juttu on vähän tämmönen vaihteleva” H4

Ikääntynyt päihteidenkäyttäjä käsitettiin henkilönä, jonka päihteiden käyttö on riistäytynyt käsistä. Hän on yksinäinen ja jopa masentunut eikä hallitse

elämäänsä. Tässä kohden yksikään ei määritellyt juomisen määrää, ainoastaan mitä se aiheuttaa ikääntyneen elämälle. Kaksi haastateltavaa näki ikääntyneen päihdeasiakkaan haastavana ja vaikeana. Kolme sanoi, että kyky huolehtia itsestään on laskenut normaalia ikätasoa alemmas. Kolme kertoi ikääntyneen päihteidenkäyttäjän olevan yksinäinen ja että hän voi potea masennusta.

” Ei hanksaa sitä omaa arkeaan johtuen tästä päihteiden käytöstä”. H8

” On se vaikea, niin kun todella vaikea hoidettava sinäänsä.” H7

Ketä ei enää pysty huolehtimaan itsestään, puhtaudesta, hygieniasta, ruuasta”
H6

”Masentuneisuutta saattaa olla aika usein” H1

Miksi ikääntyneet juovat, kysymyksen vastauksissa tuli esille kolme tekijää, alkoholitausta, yksinäisyys ja masennus. Kaikki kahdeksan haastateltavaa toi esille yksinäisyyden jopa eristäytymisen. Kolme toi esille aikaisemman alkoholinkäytön sekä masentuneisuuden. Masennusta pohdittaessa haastateltavat miettivät vahvasti onko masennus syynä juomiseen vai onko juominen aiheuttanut masennusta.

”Vois ajatella että se yksinäisyys on niin painostavaa, et yrittää purkaa sitä sil alkoholinkäytöllä.” H4

”Sitten niillä on jo alkoholitausta. Siis voi olla jopa varhaisaikuisuudesta alkaen jo.” H6

”Nä on aika eristäytyneet nää meidän päihteiden käyttäjät.” H8

Miten suhtaudut iäkkään humalahakuiseen juomiseen, kysymys toi esille hyvin kielteiset vastaukset kaikilta. Kaikki haastateltavat kokivat asian ikävänä jopa vaarallisena. Ymmärrys mitä koettiin ikääntyvän alkoholin käyttöä kohtaan, näkyi enää vain yhden haastateltavan vastauksessa.

Huolta koettiin humalahakuisen juomisen iäkkäälle aiheuttamista haitoista.

”Sinähän sitten riskit lisääntyy. Tulee kaatumisii ja muita ongelmii.” H2

”Mä suhtaudun negatiivisesti, koska se aiheuttaa ongelmaa.” H6

Epäsiisti ja likainen päihdeasiakas koettiin ikävänä, mutta kaikki näkivät ihmisen, joka tarvitsee apua. Osalla (kolme) heräsi hoivan tarve. Neljä kannusti

asiakasta selviytymään. Kaikki kokivat että heidän velvollisuutensa on auttaa, vaikka välillä vastenmieliseltä tuntuukin. Työntekijät ymmärsivät hoidon ja tarpeet.

”Täytyy taas niinku kohdata se ihminen.” H5

”Mä haluaisin viedä sen suihkuun ja pestä sen ja raakata sen ja hoitaa sen kuntoon.” H4

”Ehkä sit ennemmin tulee et kannustaa pesulle ja auttaa sit siinä.” H2

Ketkä ovat mielestäsi päihteiden ongelmakäyttäjiä, kysymykseen kaikki toivat esille, että ongelmakäyttö häiritsee arjesta selviytymistä. On käyttäjälleen vaarallista. Kolme sanoi, ettei ongelmakäyttäjä tunnista omia rajojaan sekä tarvitsee apuja selviytymisessä.

”Ongelmakäyttö, sillai et se häiritsee muita elämän osa-alueita.” H1

”Ketkä ei tunne sitä omaa rajaa.” H3

”Vaik et sä ottais kun kerran kuukaudessa, mut kun sä otat itkses sit niin juovuksiin, että sä sit jo päästät alles ja sä kaatuilet sen takia ja sä et muista syödä etkä juoda.” H7

Kenelle kuuluu vastuu, herätti paljon mietintää. Itsemääräämisoikeus tuli esille tämän kysymyksen kohdalla. Kaksi sanoi vastuun asiakkaan hoidosta kuuluvan kotihoidolle, joskaan ei alkoholin käytöstä. Neljä oli epävarmoja kenelle vastuu kuuluu. Kaksi koki, että vastuu on päihteidenkäyttäjällä. Viisi toi myös esille jossakin vaiheessa haastattelua, että kukaan ei ota vastuuta päihteiden käyttäjien hoidosta.

”Siinähan se just on et kenehän se vastuu on.” H5

”Jos hän on kotihoidon asiakkaaksi tullut, niin silloin se on, niin kuin kaikista meidän asiakkaista, kyl se meil se vastuu on.” H7

Toipumisen kohdalla haastateltavat kokivat, että päihteiden käyttäjä tarvitsee jonkin hoitokontaktin, jotta voisi toipua ongelmastaan. Kolme sanoi, että muutos elämässä voi auttaa pääsemään eroon alkoholista. Muutokseksi koettiin esim. pitkä sairaalajakso. Kaksi toi esille päihteidenkäyttäjän oman tahdon ja

motivaation. Neljä koki, että tukea tarvitaan selviytymää eroon alkoholista. Esille tuotiin mm. kolmannen sektorin tarjoamat palvelut.

”Ylipäänsä tällaisten kolmansien sektorien tarjoamista palveluista, kun niit on niin kun mukana, niin saattaa voida toipua.” H6

”Sanotaan et, sairaala jakso voisi katkaista.” H3

5.3 Työntekijän päihdeosaamisen tiedot

Selville tuli, mitä työntekijä tietää päihhteistä ja vaikutuksista. Miten hän huomioi asiakkaan terveydentilan ja toimintakyvyn sekä turvallisuuden.

Kaikki haastateltavat (8) olivat sitä mieltä, että alkoholi vaikuttaa ikääntyvän elimistöön haitallisesti. Pahentaa jo olemassa olevia sairauksia sekä aiheuttaa uusia. Lisäksi kaikki olivat sitä mieltä, että ikääntynyt kestää alkoholia vähemmän kuin työikäinen. Haastateltavat toivat kaikki ilmi myös alkoholin aiheuttamat lääkitysongelmat sekä tapaturmat ikääntyvillä kotihoidon asiakkaila. Lääkitystä varten oli myös tarkentava kysymys, mutta suurin osa vastasi tyhjentyvästi kysymykseen jo tässä vaiheessa. Lääkitystä sivuttiin myös monessa muussa kohdassa.

”Se vaikuttaa siihen aineenvaihduntaan. Se vaikuttaa oikeestaan kun puhutaan ikääntyvästä niin sydämen hyvinkin paljon, verenkiertoon.” H6

”Lääkeiden vaikutus joko voimistuu tai heikentyy.” H2

”Sit nää kaikki kaatumiset ja lonkkamurtumat ja mitä siit sit seuraa taas oikeestaan monen näköistä ongelmaa.” H7

Haastateltavista kaikki ottivat esille myös kotona selviytymiseen. Kaikki kokivat alkoholin aiheuttavan ongelmia arjessa selviytymisessä ilman apuja. Neljä haastateltavaa otti esille alkoholin mukanaan tuomat ravitsemusongelmat.

”Ei pysty suoriutumaan askareistaan. Ei hanksaa omaa arkeaan johtuen päihhteiden käytöstä.” H8

”He voi olla aliravittujakin et sit he syö huonosti.” H2

Yksikään vastaajista ei tiennyt ikääntyneen alkoholinkäytön riskirajoja. Kaksi vastaajista yritti arvata oikean määrän.

"Mitä ne mahtais olla. Mä luulen, et se on varmaan ihan 1 annos päivässä." H3

"Ei ole kyl kauheesti mielikuvaa." H7

Kysymykseen suurkulutuksesta ei osattu suoraan vastata. Suoraa tietoa asiasta ei ollut kellään. Neljä vastaajista arveli suurkuluttajan olevan humalassa joka päivä. Yksi arveli sen riippuvan yksilöstä. Kolme vastaajista sanoi, ettei tiedä. Kaikki vastaukset perustuivat arvaukseen.

"Kyl siin on joku viikkoannos määrä, et mitä se mahtais olla." H1

"Siihen on ne viralliset rajat. Mä ite ajattelisin, et on joka päivä humalassa." H4

Mitä ongelmia syntyy ikääntyneelle alkoholin käytöstä kysymykseen, vastattiin monessa kohtaa. Ongelmat koettiin raskaina ja voimia vievinä niin asiakkaiden kuin työntekijöiden osalta. Asiaa sivuttiin myös osassa muita kysymyksiä. Kysymys oli laaja, enkä odottanut kaikkien haastateltavien pystyvän vastaamaan tyhjentävästi siihen.

Kaikki haastateltavat ottivat esille sosiaaliset ja psyykkiset ongelmat sekä yksinäisyyden. Psyykkisiä ongelmia varten oli oma tarkentava kysymyksensä, mutta kaikki vastasivat kysymykseen jo tässä vaiheessa eikä tarkennuksessa tullut ilmi uutta tietoa, joten jätin kysymyksen tarkoituksella pois analyysistä. Seitsemän haastateltavaa toi esiin fyysiset ongelmat. Taloudelliset ongelmat otti esille neljä haastateltavaa. Henkilökohtaisen hygienian ja kodin siisteyden otti esille kolme haastateltavaa, kuten myös ikääntyneeseen kohdistuvan ulkopuolisen uhan. Eristäytymisen ja "juoppo" kavereiden aiheuttamat ongelmat, otti esille kaksi haastateltavaa.

"Sosiaaliset ongelmat et voi mennä välit poikki omaisten kanssa." H1

"Nää on aika eristäytyneet." H8

"Juoppo löytää juopon luokse, ni tämmönen epäsosiaalinen rinki muodostuu."
H5

Seuraavana oli vuorossa kysymys päihteiden käyttöä ylläpitävistä ja ehkäisevistä tekijöistä. Olin tehnyt niitä varten omat kysymyksensä, mutta

suurin osa haastateltavista (6) vastasi niihin molempiin kerralla, joten käsittelin ne myös yhtenä. Kaikki haastateltavat toivat esille hyvät sosiaaliset suhteet omaisiin ja ystäviin. Vastavuoroisesti osa (4) sanoi päihteidenkäytön johtuvan yksinäisyydestä. Kaksi ilmoitti terveellisten elämäntapojen, virikkeiden sekä lääkäriavun ehkäisevän päihteiden käyttöä. Kaksi haastateltavaa näki että osalla raha antoi mahdollisuuden päihteiden käyttöön sekä alkoholia käyttävät ystävät. Kaksi koki sekä ystävien, että asuinpaikan vaikuttavan päihteiden käyttöä tukevasti.

”Hakeutuu sosiaalisiin ympyröihin ja viriketoimintaan.” H2

”Kaveriporukka joka tukee sitä käyttöä.” H1

”Terveet elämäntavat ehkäisee alkoholin käyttöä. Ja semmoset sosiaalisliisiin ympyröihin hakeutuminen tai ohjaaminen ehkäisee. Virikkeitä pitäis olla ihmisellä muitakin kuin se alkoholi.” H4

”Siel hyvin paljon käytetään alkoholia tällasissa palvelutaloissa.” H6

Termit Mini-interventio, Audit-kysely ja CAGE-testi eivät olleet kenenkään tiedossa. Osa haastateltavista tunnisti kuulleensa niistä, mutta ei muistanut mitä. Yksi haastateltava tiesi mini-interventiota käytettävän terveydenhuollossa ja liittyvän alkoholin liikakäyttöön.

”Never heard” H1

”Terveyskeskuksessa, tai sanotaan nyt tämmöttis työterveyskeskuksessa työterveyshoitaja voi tehdä.” H6

5.4 Työntekijän päihdeosaamisen taidot ja menetelmät

Tämä osa-alue toi esille päihdeongelmaan puuttumisen, ohjauksen, yhteistyön, motivoinnin ja puheeksioton taidot ja sen puutteet. Miten työskentelet ikääntyneen päihteidenkäyttäjän kanssa kysymys, oli laaja ja se näkyi vastauksissa. Jokainen haastateltava toi esille erilaisen tavan työskennellä. Esille tuli asiakaslähtöisyys, puhetyyli, huumori, rauhallisuus, täsmällisyys, hoitavaote ja keskustelu. Nämä kuvastivat enemmän haastateltavan

persoonallisuutta ja tapaa työskennellä kuin asiakastyön ja päihdetyön menetelmiä.

”Mä koen työskenteleväni ihan samalla tavalla kuin muittenkin kanssa.” H7

”Mä oon huomannut, et semmoinne rauhallinen lähestymistapa on paras.” H4

”Mun tapa työskennellä on ihan, nyt tuli hienosti sanottua, hienosti sanottuna ihan asiakaslähtöisesti. Ihan riippuu siitä, minkälainen päihdeasiakas se on.” H6

Jotta työntekijän taidot olisivat tulleet esille, tarvitsin lisäkysymyksiä. Miten ilmaiset huolesi ja miten otat päihteidenkäytön puheeksi asiakkaan kanssa kysymykset, sivusivat toisiaan ja osa (5) haastateltavaa vastasi osittain niihin kerralla, joten käsittelin ne myös yhteisesti. Keskustelu oli kaikille haastateltaville tapa ottaa huoli puheeksi. Kolme haastateltavaa teki sen hyvin jämäkästi suoranpuheen avulla ja kolme hienovaraisemmin. Yksi koki, että saisi enemmän ottaa asiaa puheeksi. Yksi koki, ettei ole ollut tilaisuutta ottaa asiaa puheeksi. Kaksi haastateltavaa otti päihteidenkäytön puheeksi sairauden tai lääkkeiden kautta. Neljä otti puheeksi alkoholin määrän. Kokemus oli painava tekijä näissä vastauksissa.

”Kyllä sit ylensä sanotaa hänel, et me ollaan huolissaan et miten sä pärjää.” H5

”No mä en oo ikinä mitenkään ilmaisu huoltani. Ei oo ollut semmoista tilaisuutta.” H4

”No melkeen aika suoraan kysyn, et kuinka paljon sitä alkoholia menee ja et tunnistaako hän itse että hänel olis ongelmia sen alkoholin kanssa.” H2

Masentunutta päihdeasiakasta autettiin puhumalla ja kuuntelemalla. Puolet haastateltavista piti tätä tärkeänä. Kolme koki, ettei osaa auttaa tai ei ole auttanut. Yksi kertoi koko tiimin auttavan, kun avut suunnitellaan asiakkaan tarpeen mukaan masennus huomioiden. Kaksi haastateltava otti myös esille neuvonnan, hoitoon ohjauksen ja virikkeiden järjestämisen.

”Se mun tiimi auttaa. Et kyl me suunnitellaan se masentuneen päihdeasiakkaan hoito, ulkoilulla esimerkiksi.” H6

”No kyllähän sitä totta kai koittaa niin kun puhuu ja koittaa niin ku just selittää sitä.” H7

Päihdeasiakkaan motivoinnissa tuli myös esille keskustelu. Kolme haastateltavaa toi esille myös virikkeiden järjestämisen. Kaksi koki apua olevan ohjauksesta ja neuvonnasta. Yksi koki, ettei ole juurikaan motivoinut raitistumisessa. Tässä kysymyksessä vaikutti työkokemuksen määrä.

"Kyl mä sit oon koittanut jutella, et jos oikeesti sit tarttis jottain appuu." H7

"Aika vähän täsä on ollut." H1

"Tavallaan puhumal, esittää niit vaihtoehtoi. Saada joku ystävä ihmisel ystäväpalvelust, hakee kirjoi kirjastost." H3

Hoitoon ohjaus lääkärin tai päivystyksen kautta tuli esille neljällä haastateltavalla. Kaksi vastasi, ettei ohjaa hoitoon mitenkään. Kaksi kertoi hakevansa tietoa asiakkaalle hoitomahdollisuuksista, jos asiakas haluaa hoitoon. Yksi haastateltava vastasi, että yrittää tarvittaessa keksiä jotain. Haastattelun aikana tuli kuuden haastateltavan kohdalla esille, ettei ikääntyvää päihdeasiakasta saa minnekään hoitoon, paikkoja ei ole. Tämä epätoivo myös väritti useampaa haastattelua.

"En mitenkään, ei niitä saa mihinkään." H5

"Mä otan ensin yhteyttä omaan lääkäriin ja kyselin et mitä niinkun tehtäis tässä." H2

Palvelu- ja hoitosuunnitelmaa ei yksikään haastateltava pitänyt kovin tärkeänä päihdeongelmaisen hoidossa. Kaksi koki, ettei siitä ole mitään apua. Samat kaksi kertoivat, etteivät osaa käyttää kunnolla Pegasos- ohjelmaa. Neljä haastateltavaa toi esille kirjaamisen tärkeyden. Heistä kaksi koki kirjausten olevan tärkeää, koska saavat tietoa mitä asiakkaalla on aikaisemmin tapahtunut. Yksi koki, että on tärkeää tietää asiakkaan luo mennessään alkoholinkäytöstä.

"En mä ymmärrä et siit on mitään konkreettista apua." H5

"Enemmän musta tässä kohtaa on, niin kun mä mainitsin ne kirjaamiset hosu ja hoitotyölle." H8

"Näkeehän sieltä et miten siel on ennenkin mennyt. Mä olen heikko käyttäjä mut tiedän et sielt löytyy." H3

Asiakas tilanteiden vaikeus toi esille runsaasti erilaisia vastauksia. Tähän kysymykseen tuli myös vastauksia koko haastattelun aikana, monen eri kysymyksen kohdalla. Kolme haastateltavaa toi tässä yhteydessä ilmi turhautumisen jota he kokivat kun apua ei oteta vastaan. Kaksi toi esille omaisten osuuden hoidossa, jonka he kokivat välillä vaikeana. Muita vaikeuksia olivat oma herkkyys, motivointi, tiedon puute, epätietoisuus, muun henkilökunnan asenne ja puheeksiotto.

"Vaikeampaa on se toisen hoitohenkilökunnan asennoituminen niihin asiakkaisiin." H6

"Niin, no just se et apu ei kelpaa." H1

"Kyl se vaikein on loppupeleis ittekin, se suunsa aukasta ja sanoo et sul on alkoholiongelma." H7

Kuinka usein joudut tilanteeseen jossa et tiedä miten toimia, millaisia nämä tilanteet ovat ja miten niistä selviät kysymykset yhdistin analyysissä, sillä kaikki haastateltavat kahta lukuun ottamatta vastasivat kysymykseen kerralla. Kaikki kertoivat joutuvansa vaikeisiin tilanteisiin. Toiset joutuivat useammin kuin toiset. Puolet (4) haastateltavista koki että osaavat aina toimia tilanteen vaatimalla tavalla. Toinen puoli (4) koki neuvottomuutta lääkeasioissa sekä epätietoisuutta mikä heitä kohtaa asiakkaan luona. Nämä neljä haastateltavaa sanoivat tekevänsä parhaansa sillä hetkellä ja puhumalla toisten kanssa.

"No täällä on joutunut aika useinkin ja varmaan niitä tulee eteen, aika useinkin on et aika neuvoton on niinku menee kotikäynnille melkeen niinku kädet sidottuna." H5

"Ei ole tullu. Kyl sitä osaa toimia kun hätä on." H4

"Hyvin harvoin. Ei mul oo tullut. Puhumal selvii ja kun ei itte hermostu vaan on tavallaan rauhallinen." H3

5.5 Työyhteisön tuki

Työyhteisö koettiin pääosin omaa työtä tukevana. Tärkeinä koettiin positiivisuus, ymmärrys, luottamus ja yhteistyö. Miten työyhteisö tukee työtäsi

päihdeasiakkaan kanssa ja millaista tukea kaipaat lisää kysymykset yhdistin, sillä niihin vastattiin samanaikaisesti. Kaikki haastateltavat kokivat että työtä oli hyvä tehdä työkavereiden kanssa. Viisi haastateltavaa toi esille yhteisen ymmärryksen työhön ja asiakkaisiin. Yksi toi esiin parityöskentelyn tukena. Yksi koki että työyhteisö voisi asennoitua positiivisemmin työnsä päihdeasiakkaan hoidossa. Yksi koki että sopimuksia voitaisiin noudattaa paremmin sekä asioita hoitaa loppuun asti. Yksi toi esille että asiat tulisi ottaa vakavammin.

"Et he on positiivisesti mukana siinä ja jollain tavalla mielekkäänä kokee sen asian." H6

"Ihan hyvin. Ei oo pelkästään yks joka käy vaan koko tiimi käy." H3

"Toisten tuki on tärkeä. Kaikki on valmiit auttamaan." H4

"Tavallaan se hyssyttely, et toinen vois vaik jatkaa siitä mihin mä jäin." H7

Pelissäntö kysymykseen neljä haastateltavaa vastasi, ettei heillä ole mitään pelissäntöjä. Kolme kertoi, että on jotain erikseen sovittuja asiakaskohtaisia sääntöjä. Yksi kertoi että yleisesti noudatetaan sovittuja asioita. Pelissäntöjä ei koettu kovin tarpeellisina tai niitä ei ajateltu.

"No tavallaan on joitakin sovittuja mutta sitten näissä asioissa, kun tilanne muuttuu siellä kotona, ni on pakko joustaa." H5

"Ollaan me jossain palaverissa keskusteltu, et vaik ei semmosii suursiivoukssi tehdä, niin siellä yritetään pitää lattiat puhtaana. Niin ni on jotain tällöisiä erikoissääntöjä." H1

"Ei mitään erityistä." H2

Esimieheltä ei toivottu mitään suuria asioita. Kaikki suhtautuivat neutraalisti kysymykseen. Mitään puutteita esimiestyöskentelyssä ei tullut esille. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa mitään toivetta. Neljä vastaajaa toi esille koulutusmahdollisuudet. Yksi toi esille keskustelun tarvittaessa ja yksi toivoi esimiehen enemmän osallistuvan käynneille, jotta ymmärtäisi mitä päihdeasiakkaana kohtaaminen ja hoito vaativat.

"No tota, olis ehkä terveellistä että esimies kävis joskus kattomassa. Jos hän ei tiedä kummosii ne paikat on." H5

"Päihdeasiakkaan koulutus vois olla." H4

"Ja sit simmonen tuki, et jos et ite tiedä, ni sit vois mennä esimiehen kanssa juttelemaan, et mikä olisi parasta. Ja sit voi yhdessä tehdä semmoisen kartoituskäynnin , käydä kattomassa sitä tilannetta kotona." H2

Kaikki kokivat, että tarvitsevat lisää mielenterveys- ja päihdetietoa ja osaamista. Seistämän haastateltavaa halusi lisää tietoa hoitopaikoista ja hoitoonohjauksesta. Yksi heistä toi esille yhteistyön tarpeen. Viisi koki tarvitsevansa lisää yleistä tietoa päihteistä, käytöstä, rajoista ja testeistä. Yksi koki tarvetta turvallisuuskoulutukselle. Yksi toi esille vaihtelevan asenteensa ja yksi kertoi, ettei alue kuulu hänen kiinnostuksensa piiriin.

"Mä haluaisin sellaista tietoa ja yhteistyötä päihdeosaamista mielenterveys- ja päihdepuolen kanssa." H6

"Ois hyvä tietää kaikki noi rajat. Ja ehkä jotain turvallisuus ohjeita." H1

"Se oma osaaminen niinkun siltä sektorilta ei ole ollut koskaan kovin kiinnostava." H8

"Kokonaisvaltaista osaamista, ja sit mihin ohjaa, ja sit noi päihdetestit ei oo kauheesti hallussa." H2

Työssä jaksettiin pääosin hyvin. Kuusi haastateltavaa kertoi jaksavansa hyvin työssään. Kaksi heistä toi esille asiakasryhmän pienuuden ja tämän vuoksi jaksavansa. Yksi kertoi, että jaksaa toisten asiakkaiden vuoksi. Yksi kertoi, että jaksaa tehdä töitä kun saa muilta tukea. Kaikkiaan työntekijät olivat sitoutuneita työhönsä ja viihtyivät työssään. Yksikään ei tuonut esille että haluaisi vaihtaa muuhun työhön.

"Kyllä mä jaksan ihan hyvin, ne on ihan mukavia asiakkaita." H6

"Kyl sitä jaksaa kun keskustele sit tiimin kanssa ja vähän purkaa niit asioi, ettei jää yksin miettimään." H2

"No ne toiset potilaat jotka ei juo." H5

"Kyl mä viihdyn oikein hyvin töissäni. Kyl siin menee ikääntyneet päihteiden käyttäjätkin. Meil on niit niin vähän, jos mä kävisin joka päivä niin en tiedä jaksaisko sitten." H3

5.6 Tutkimus tulosten yhteenveto

Tutkimukseni perusteella voidaan Turun kotihoidon työntekijöiden päihdeosaaminen kiteyttää seuraaviin kohtiin:

- Päihdeosaaminen on enemmän kokemuksen kautta opittua kuin tietopohjaista.
- Työntekijät hallitsevat oman ammattikuntansa osaamistasolla päihteiden perustietouden.
- Riippuvuusongelman ymmärtäminen on puutteellista.
- Ei tietoa riskirajoista eikä päihdetesteistä.
- Asenne ongelmat tulevat esille tilanteissa joissa oma osaaminen on heikkoa.
- Huolenilmaiseminen ja päihteiden käytön puheeksiotto on vaikeata tai sitä ei hallita.
- Motivointi keinot ovat puutteelliset. Tieto toimintamalleista puuttuu.
- Ei tietoa hoitoon ohjauksesta ja hoitopaikoista.
- PaHosun käyttö puutteellista.
- Pelisäännöt puuttuvat, mikä lisää turvattomuutta ja epätietoisuutta.

Lisäksi työntekijöiden jaksaminen ja motivaatio ovat tärkeitä työvälineitä päihdeasiakasta hoidettaessa. Tutkimuksessa kävi ilmi seuraavaa.

- Ei tarvittavaa työnohjausta, mikä vaarantaa työntekijöiden jaksamisen varsinkin tiimeissä joissa asiakkaina enemmän päihteiden käyttäjiä.

Tutkimuksen perusteella voin todeta työntekijöiden tarvitsevan kaikilta päihdeosaamisen alueilta lisää tietoa ja osaamista. Haastateltavat toivat ne hyvin esille. Kotihoidossa tarvitaan lisää:

- päihdetietoutta vaikutuksista, käytöstä, riippuvuusongelmasta, ikääntyvän erityispiirteistä.

- Tietoa riskirajoista ja testeistä.
- Tietoa hoitoon ohjauksesta ja hoitopaikoista.
- Päihdetyön menetelmäosaamista, huolenilmaiseminen ja puheeksiotto ja motivointi.
- Turvallisuuskoulutusta sekä oppia pelisääntöjen luomiseen.

Kaikenlaisen tiedon kasvattaminen helpottaa työntekoa ja lisää ymmärrystä. Tämän kautta positiivinen asenne kasvaa ja riski väsähtää työnsä ääreen vähenee. Osaamisen kasvaessa pelisäännöt ja PaHosu nähdään työvälineinä, joista on hyötyä. Työn jakaminen ja jatkuvuus paranee ja tämä luo turvallisuutta. Asiakastyön laatu kasvaa ja se lisää työntekijän motivaatiota.

6 Pohdinta

Tutkimuksessa ilmeni että kotihoidon työntekijät ovat sitoutuneet työhönsä. Kaikki haastateltavat olivat huolissaan asiakkaista ja halusivat auttaa. He kokivat välillä ristiriitaisia tunteita. Tämä merkitsee henkilön kykyä pohtia omaa osaamistaan ja tietämystään. Tieto päihteistä ja niiden vaikutuksesta auttaa ymmärtämään ja asennoitumaan paremmin. Puutteelliset tiedot ja taidot ajavat henkilön ristiriitaisuuteen, vaikka halu auttaa on olemassa. Omien tunteiden tutkiminen on tärkeää myös oman jaksamisen kannalta. Työntekijät kertoivatkin keskustelevansa tiimeissä asiakastilanteista.

Osa haastateltavista oli selvästi tunneherkempiä asiakkaan ongelmalle. Tähän ei vaikuttanut työkokemuksen määrä, mutta näkyvissä oli koulutuksen vaikutus. Ne haastateltavat joilla oli korkeampi koulutus, asiakkaan päihdeongelma vaikutti häneen vähemmän tunteiden tasolla ja rasitti vähemmän jaksamista. Asennetta mittaavaan kysymykseen epäsiististä ja likaisesta päihdeasiakkaasta kaikki haastateltavat suhtautuivat ammatillisesti, vaikka osa myönsi sen olevan jopa vastenmielistä. Kysymys toi esille haastateltavien sitoutumisen työhön ja halun auttaa asiakasta selviytymään romahduksenkin aikana.

Tutkimuksessa tuli ilmi kotihoidon henkilökunnan ammattitaito asiakkaan kohtaamisessa. Jokainen koki tulevansa toimeen erilaisten asiakkaiden kanssa. Keskustelun nostivat kaikki tärkeimmäksi välineeksi kohtaamistilanteessa. Keskustelun kerrottiin myös olevan apuna päihdeasiakkaan motivoinnissa. Keskustelua ei kukaan haastateltava mitenkään määritellyt. Keskustelu koettiin auttavana menetelmänä, mutta sitä ei selvitetty miten se auttaa. Kukaan ei ottanut esille esimerkiksi voimavarasuuntautunutta puhetta.

Vaikka keskustelu koettiin omaksi vahvuudeksi asiakastyössä, oli huolenilmaisu ja päihdeidenkäytön puheeksiotto vaikeata. Osa heistä, jotka kokivat pystyvänsä ottamaan käytön puheeksi, koki kuitenkin sen olevan vaikeaa. Asian esille ottaminen vaatii rohkeutta puuttua toisen elämään, ja sitä varjostaa osittain häpeä. Työntekijä tunnistaa tämän ja pyrkii osaltaan suojelemaan asiakasta häpeän tunteelta. Seuraava kommentti tuo asian mielestäni hyvin esille.

”Tää asiakas oli siinä kaikki pöksyissä. Talo täynnä porukkaa. Kyl mä sit hoidin sen asiakkaan, mut ensin mä ajoin kaikki ulos. Se olisi ollut kamalan alentavaa tälle asiakkaalle alkaa siinä häntä siistimään, vetää housut alas ja vaihtamaan kaikki, pyyhkimään. Et mä sanoin et kaikki muut ulos.” H3

Päihdeongelmasta toipumiseen haastateltavat kokivat asiakaan tarvitsevan laitoshoidoa tai muutoksen elämäänsä. Kukaan ei kokenut että kotihoidon tuki olisi riittävä toipumisen kannalta. Haastatteluissa näkyi myös epätoivo hoitoon pääsyn suhteen. Hoitopaikkoja sanottiin olevan liian vähän. Tietoa paikoista ja hoitoon ohjauksesta oli vähän. Lisäksi haastateltavat kokivat, ettei kukaan ota vastuuta ikääntyneen päihdeasiakkaan hoidosta. Tämä tuli esille kysymyksissä, joissa työntekijän omat taidot olivat puutteelliset. Huoli koettiin suurena ja omat keinot vähäisinä.

Eniten tietoa oli alkoholin vaikutuksesta elimistöön sekä lääkkeistä. Kaikilla haastateltavilla oli tietoa näistä asioista. Koulutustausta näkyi siten että korkeamman koulutuksen saanut toi esille lääkityksen sopimattomuuden sekä sairauden hoitotasapainon. Kun taas alemman koulutuksen saaneet olivat huolissaan omasta tekemisestään, kuten mitä lääkkeitä antaa päihtyneelle.

Mielenkiintoista oli, ettei kukaan tiennyt ikääntyneen alkoholinkulutuksen riskirajoja.

Kaikki kokivat yksinäisyyden olevan suurin syy ikääntyneen juomiseen. Kysyttäessä miten osaa auttaa masentunutta päihdeasiakasta, haastateltavat kertoivat keskustelun olevan auttamiskeino masentuneisuuden hoitoon. Osa sanoi, ettei osaa auttaa lainkaan tai vain vähän. Kukaan ei tuonut esille lääkkeiden käyttöä masentuneen hoidossa. Masennuslääkkeet eivät ole paras tapa hoitaa ikääntyneen päihdeasiakkaan masennusta.

Palvelu- ja hoitosuunnitelma kysymystä ihmeteltiin. PaHosua ei nähty työvälineenä asiakkaan hoidossa, ja vain yksi toi esille asiakkaan osallisuuden hoidon suunnittelussa. Kirjaaminen koettiin tärkeämpänä. Asiakkaan osallisuus hoidon suunnittelussa ei ainoastaan kuulu asiakkaan oikeuksiin vaan myös hyvään hoitotyöhön. Kun PaHosu täytetään kunnolla ja sen toteutumista seurataan sekä tarvittaessa muutetaan, takaamme asiakkaalle parhaan mahdollisen hoidon johon hän itse on sitoutunut ja osallinen.

Työyhteisön kokivat kaikki pääosin omaa työtä tukevana. Yhteinen ymmärrys työtä kohtaan, parityöskentelyn tuomat edut sekä keskustelu tiimin jäsenten kanssa olivat positiivisia asioita työyhteisössä. Muutama toi esille sääntöjen noudattamisen tärkeyden. Pelisääntöjä ei juuri koettu olevan, jotain erityisiä tilanteita lukuun ottamatta. Kuitenkin haastattelussa tuli ilmi että niitä osittain kaivataan ohjaamaan työtä ja kasvattamaan luottamusta. Esimiehen tukeen ei oikein osattu vastata. Koulutusta toivottiin järjestettävän ja siinä kuunneltavan työntekijöiden mielipiteitä. Yksi olisi halunnut esimiehen tukea vaikeissa asiakastapauksissa. Kukaan ei moittinut esimiehen tukea, yksi jopa koki, ettei sitä juuri nyt tarvitse. Haastatteluissa ei käynyt ilmi kuinka moni haastateltava oli tarvinnut esimiehen tukea tai jäänyt sitä ilman.

Kaikki haastateltavat viihtyivät työssään. He olivat sitoutuneita työhönsä ja kokivat tekevänsä parhaansa. Suurin osa vastasi jaksavansa työskennellä ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa. Ongelmaksi koettiin oma osaaminen ja puutteet tiedoissa. Eniten koettiin kaikissa ammattiryhmissä olevan puutteita

perustiedoissa. Korkeammin koulutetut kokivat tarvitsevansa yhteistyötä päihdepuolen yksiköiden kanssa sekä tietoa hoitopaikoista ja hoitoon ohjauksesta. Alemmin koulutetut kaipasivat lisäksi tietoa riskirajoista ja turvallisuudesta.

Tutkimusta tehdessäni seurasin enemmän aiheesta tehtyjä lehtikirjoituksia ja televisio-ohjelmia. Niissä kerrottiin ikääntyvien päihteidenkäytön lisääntyneen. Sama tuli ilmi tutkimuksessa. Haastateltavat toivat esille päihteidenkäytön lisääntymisen ikääntyvien keskuudessa sekä suuren naisten osuuden. Hajontaa oli alueiden kesken, mutta tämä voi osittain selittyä sillä, miten haastateltava käsitti päihteidenkäyttäjää termin.

Tuloksena voitaisiin sanoa, että kotihoidossa on hyvin tavallista, että asiakkaana on ikääntynyt päihteiden käyttäjä ja tämä henkilö voi olla yhtä hyvin nainen kuin mies. Tämä tuo lisää painetta kotihoitoon tulevaisuudessa. Kotihoidon perusosaaminen ei enää riitä, vaan rinnalle tarvitaan erityisosaamista eri aloilta, kuten päihdeosaamista. Olin kuuntelemassa Halkotyöryhmän järjestämää seminaaria Turun ammattikorkeakoulussa 7.10. 2010. Seminaari koski naisten päihdetyötä ja siinä tuli hyvin esille naisten päihdetyön erityispiirteet. Naiset juovat eri syistä kuin miehet ja osan taustalla hyväksikäyttöä. Nämä seikat tulisi huomioida naisten kanssa tehtävässä päihdetyössä.

Tulevaisuudessa olisi hyvä tehdä uusi samantyyppinen tutkimus ja selvittää koko kotihoidon työntekijöiden ajatukset osaamisestaan. Tämä tutkimus voitaisiin tehdä lomakekyselynä, jolloin tavoitettaisiin suurempi joukko tutkittavia. Näin voisimme seurata päihdeosaamisen kehittymistä ja tasoa.

7 Kehittämisehdotukset

Seuraavaksi esittelen oman ehdotukseni kotihoidon päihdetyön kehittämiseksi. Tutkimukseni toi esille, että ikääntyneitä päihteidenkäyttäjää on yhä enenevässä määrin myös kotihoidon asiakkaina ja että osaamista tarvitaan lisää. Kotihoidon päihdetyön kehittäminen on haasteellista, koska kotihoidon työkenttä on laaja.

Kotihoidon ammattilaisen tulee osata kotihoidon perusosaamisen lisäksi eri asiakasryhmien erityisosaamista, kuten muistihäiriöiset, psykiatriset asiakkaat sekä päihdeongelmaiset. Sosiaali- ja terveystoimen yhdistyessä kotihoitoon pyrittiin järjestämään mielenterveys- ja päihdeosaamisen tiimi. Tämä jäi silloin toteutumatta. Tiimi toisi kaivattua erityisosaamista tälle alueelle, joskin ei poistaisi kotihoidon muun henkilökunnan tarvetta lisäkoulutukselle ja osaamiselle.

Kotihoidon päihdeosaamista tulee kehittää huomioiden tutkimuksessa ilmenneet puutteet. Mielestäni kotihoidon henkilökunnan osaamisen kehittämisessä olisi hyvä huomioida yksilöiden oma kiinnostus. Kehityskeskustelut ovat hyvä tapa selvittää näitä. Näin löydettäisiin ne jotka ovat valmiit panostamaan omaan osaamiseensa juuri tällä alueella. Ensisijaisesti kaikkien perusosaamista tulee nostaa, mutta voimme myös tukea ja kasvattaa erityisosaamista. Tämä osaaminen tukisi tiimiä vaikeissa tilanteissa.

Jokaisessa tiimissä olisi alan erityisosaaja, joka kykenee ohjaamaan muita tarvittaessa. Tämän lisäksi mielenterveys- ja päihdetiimi tukisi asiakkaan kotona selviytymistä kotihoidon tiimin ohella. Kotihoidon suurena ongelmana on liian kiireinen työtahti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidon tarvetta ajatellen. He tarvitsevat enemmän aikaa kuntouttavalle työlle. Mielenterveys- ja päihdetiimin tulisi työskennellä tältä pohjalta ja tukea sitä kautta kotihoidon tiimien työtä päihdeasiakkaan hoidossa. He olisivat myös linkkinä muihin hoitaviin tahoihin ja informoisivat kotihoidon tiimiä näissä asioissa. Yhteistyötä tulisi kehittää eri yksiköiden välillä kuin myös kolmannen sektorin suuntaan.

Päihdeosaamisen kasvattamiseksi tulisi järjestää:

1. Luentoja päihteistä, käytöstä, vaikutuksista ja riskeistä ikääntyvälle. Nämä luennot voitaisiin järjestää koko päiväsinä massakoulutuksina. Luennot olisivat kaikille tarkoitettuja. Tarkoituksena on lisätä peruspäihdetietoutta.

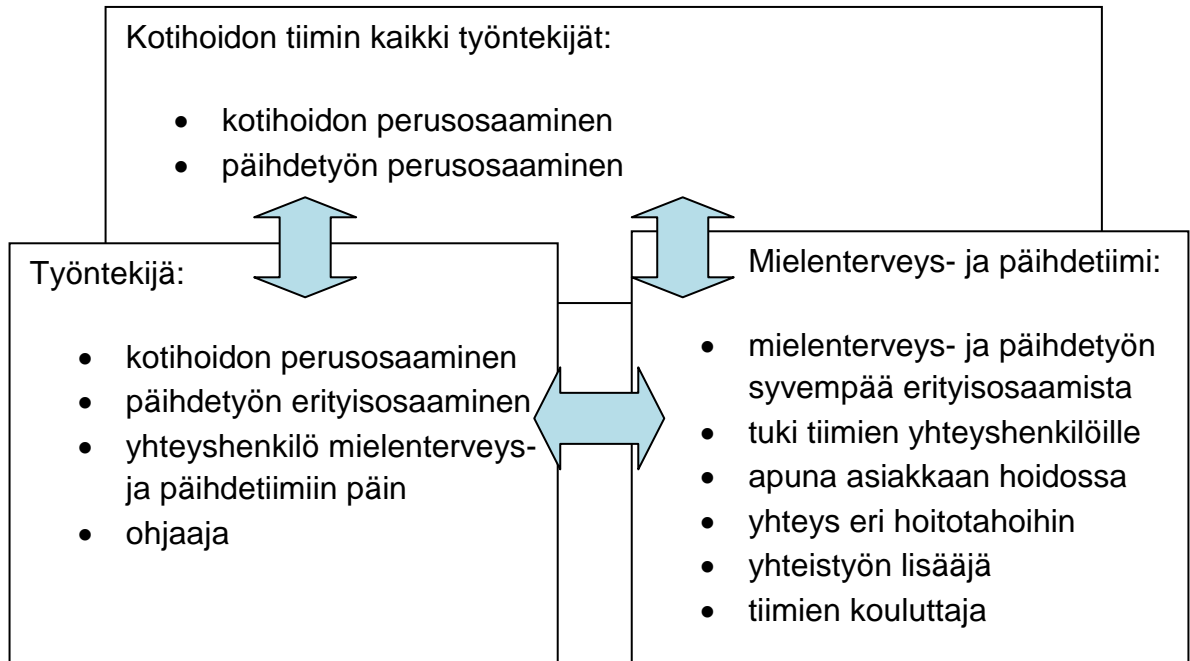
2. Lisäksi tulisi järjestää koulutusta pienryhmissä päihdetyönmenetelmistä ja hoitokäytännöistä (hoitoon ohjaus ja hoitopaikat) ryhmätyö tyyppisesti. Näissä koulutuksissa olisi mukana muiden hoitotahojen henkilökuntaa. Tilaisuus lisäisi paitsi tietoa ja taitoja myös yhteistyötä eri organisaatioiden välillä, tullaan tutuiksi periaatteella.
3. Turvallisuuskoulutusta, jota jo järjestetäänkin. Nämä voisivat sisältää niin käytännön torjunta harjoituksia vaara tilanteissa, että yhteistä pohdintaa vaarojen ehkäisyjen pohjalta. Koulutus palvelisi myös muita vaikeita asiakastilanteita.
4. Tarvetta olisi myös koulutukseen aluekohtaisesti. Näissä koulutuksissa voidaan käydä Case-tyyppisesti läpi vaikeita tilanteita ja saada näin varmuutta omaan työskentelyyn. Tätä koulutusta voitaisiin järjestää mielenterveys- ja päihdetiimin avustamana.

Koulutusmateriaalina voidaan käyttää jo valmiina olevaa Sininauhaliiton kustantamaa Ikäänntyvän hyvinvointi ja alkoholi- koulutusaineistoa. Kansiota löytyy tietoa, pohdittavia kysymyksiä ja työvälineitä. Lisäksi voidaan koota oma kotihoitoa palveleva tietosalkku, josta löytyy materiaalia asiakastyötä varten esimerkiksi riskiraja kortti ja Otetaan selvää -opas. Kansio sekä salkku löytyisivät jokaiselta alueelta ja niihin tutustuttaisiin paitsi koulutusten yhteydessä myös aluepalavereissa esimiesten kanssa.

Seuraavaksi esittelen ehdotukseni kotihoidon päihdetyön malliksi Päihdetyön mallissa jokainen työntekijä omaa peruspäihdeosaamisen tiedot ja taidot. Nämä hän oppii osallistumalla edellä mainittuihin koulutuksiin. Lisäksi kiinnostuksensa mukaa yksittäiset työntekijät voivat ilmaista kiinnostuksensa ryhtyä päihdeyhdyshenkilöksi, joka hankkii kaupungin tukemana lisäkoulutusta osaamiselleen ja on tiiviissä yhteistyössä mielenterveys- ja päihdetiimin kanssa. Mielenterveys- ja päihdetiimin toimii erityisosaamisen ja syvemmän päihdeosaamisen pohjalta. Tiimi on mukana asiakastyössä. Tukee kotihoidon tiimejä työssään ja on yhteydessä muihin hoitotahoihin. Mielenterveys- ja päihdetiimin ammattilaiset koostuvat lähihoitajista ja sairaan- ja terveydenhoitajista. Kaikki ovat mielenterveys- ja päihdealan ammattilaisia.

Tiimin kokoamisen vuoksi tulisi kotihoidon nykyisiä työntekijöitä lisäkouluttaja. Tiimin tukena olisi hyvä olla alan lääkäri, joka tarvittaessa antaa neuvoja.

Kuvio 6. Kotihoidon päihdetyön malli:



LÄHTEET

- Alanko, A. & Haarni, I. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Toinen painos. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3. uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Helsinki: Tammi.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Haarni, I. & Hautamäki, L. 2008. Ikääntyvät juomatavat, elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus.
- Havio, M.; Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsijärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kivelä, S-L. 2005. Me, ikääntyminen ja lääkkeet. 1. painos. Helsinki: WSOY
- Kivelä, S-L. 2009. Depressiosta tasapainoon. Hyvä elämä iäkkäänä. 1. painos. Helsinki: Kotimaa-yhtiöt/Kirjapaja.
- Koskijännes Anja 2008. Luento esitys. Viitattu 17.9.2010. Saatavissa http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf
- Kuusikkotyöryhmä. Kuuden suurimman kaupungin vanhusten sosiaali- ja terveystalveluiden ja kustannusten vertailu 2008. Vanhuspalveluiden Kuusikko-työryhmä 14.0.09 s. 3 Saatavissa: http://www.kuusikkokunnat.fi/SIRA_Files/downloads/VHT2008.pdf
- Lappalainen-Lehto, R.; Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Levo, T.; Viljanen, M.; Heino, T.; Koivula, R. & Aira, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Menetelmäopetuksen tietovaranto KvaliMot 2010. Viitattu 2.11.2010. Saatavissa http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_2_1.html
- National Institute of aging 2010. Alcohol use in older people. Viitattu 25.10.2010. Saatavissa <http://www.nia.nih.gov/healthinformation/publications/alcohol.htm>
- National Institute on alcohol abuse and alcoholism 2003. Viitattu 26.10.2010. Saatavissa <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/308-315.htm>
- Nurmi, J-E. Ahonen, T. Lyytinen, H. Lyytinen, P. Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2006. Ihmisen psykologinen kehitys. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Nykky, T.; Heino, T.; Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihdeet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. 1. painos. Helsinki: Kehittämiskeskus Tyynelä ja Kustannus-Osaakeyhtiö Kotimaa/ Kirjapaja.

Opetusministeriö 2007. Päihdeongelmien ehkäisy ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Viitattu 20.4.2010. Saatavissa myös <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2007/liitteet/tr17.pdf?lang=fi>

Päihdelinkki, motivoiva haastattelu 2010, viitattu 26.5.2010 saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>

Päihdelinkki, mini-interventio 2009. Viitattu 13.10.2010. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/642-lyhytneuvonta-mini-interventio>

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö, Suomen kuntaliitto, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavissa myös http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;353;11124;32154

Päihdetyö, Neuvoa-antavat 2010. Viitattu 10.9.2010. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3842.pdf&title=Terveydeksi__Kysy_alkoholinkaytosta_fi.pdf

Salaspuro, M.; Kiiänmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. 2., uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus työpapereita 13/2006. Enkät on mental hälsa. Metodbeskrivning. Viitattu 17.9.2010. Saatavissa <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T13-2006-VERKKO.pdf>

Stakes. Otetaan selvää. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 27.5.2010 saatavissa <http://info.stakes.fi/tietokannat/A-ohjelma/stm/otetaanselvaa.pdf>

Tampereen kaupunki. Tietotuotanto ja laadunarviointi c8/2009. Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveytyömalli –hankeen loppuraportti.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Päihdetyön koulutuksen minimisisältö. Viitattu 13.10.2010, saatavissa <http://info.stakes.fi/paihdeyonkoulutus> saatavissa myös esite http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/90541446-9542-4A9D-AB49-CB1897D6C8B8/0/Minimisuositus_esite.pdf

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Huolen vyöhykkeistö 2009. Viitattu 13.10.2010, saatavissa <http://info.stakes.fi/verkostomenetelmat/FI/vyohyккеisto/index.htm>

Tilvis, R.; Pitkälä, K.; Strandberg, T.; Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) 2010. Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tippavaara. Liika on aina liikaa- ikääntyminen ja alkoholi. Artikkelit. Ikääntyvien päihdeongelmiin syytä varautua 2005. Viitattu 10.9.2010 Saatavissa <http://www.tippavaara.info/data/liitteet/hsmielipide.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

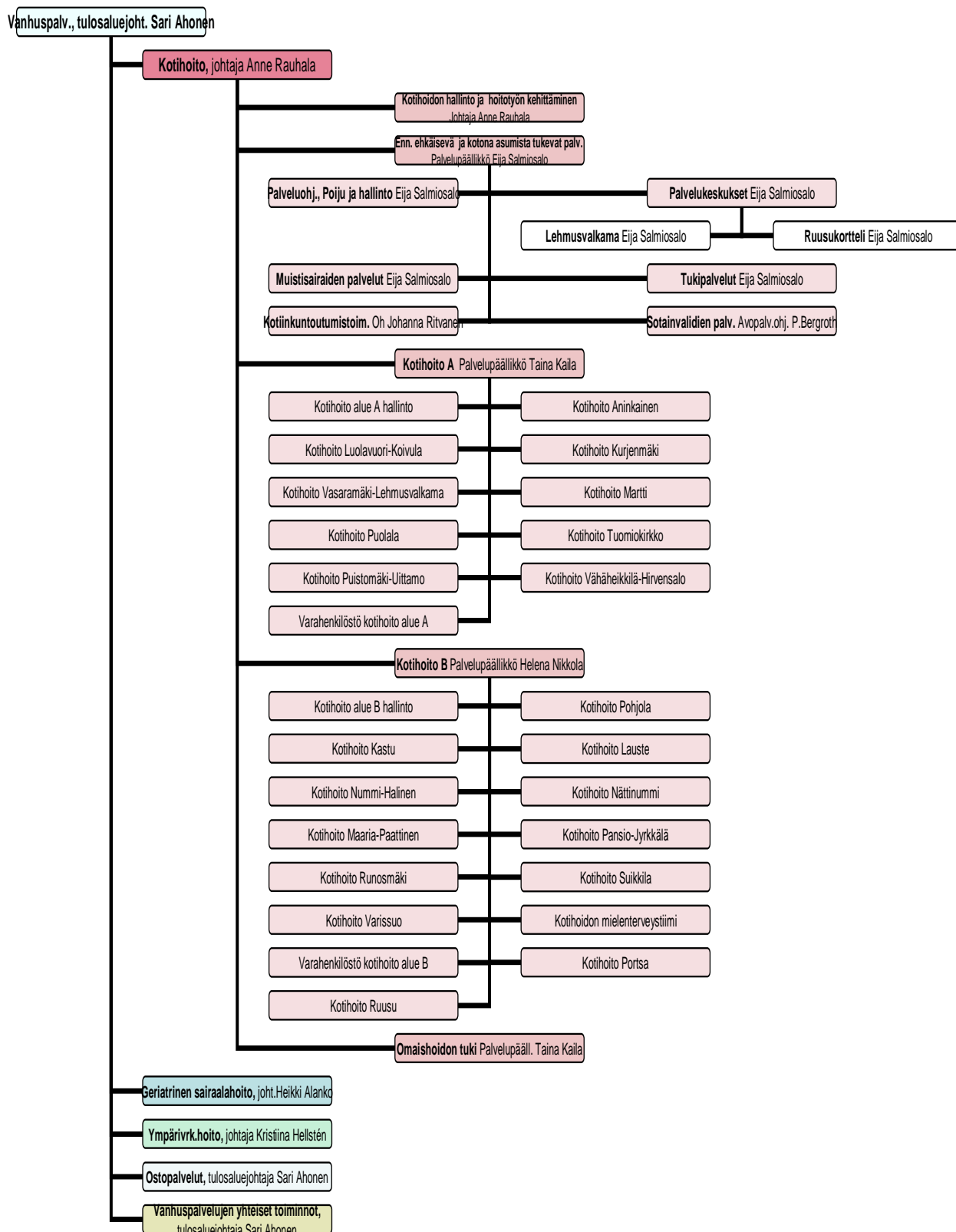
Turun kaupungin sisäiset verkkosivut 2010.

Varsinais-Suomen päihdekoulutustyöryhmän koulutustilaisuus 7.10.2010. Naisten kanssa tehtävä päihdetyö-koulutus, Turun Ammattikorkeakoulu

Vilén, M.; Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3., uudistettupainos. Helsinki: WSOY.

Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) 2009. Gerontologinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY

16.3.2010/TL



Liite 2. Kirje esimiehille

Turun AMK

5.3.2010 Turku

Sosionomiopiskelija

Elina Laaksonen

Hei

Olen Turun kotihoidossa työskentelevä lähihoitaja. Suoritan sosionomin opintoja työni ohessa Turun Ammattikorkeakoulussa. Viimeinen vuosi on alkanut ja opinnäytetyö on ajankohtainen. Oman aiheeni olen valinnut itselle kiintoisasta aiheesta, johon törmäämme melkein päivittäin.

Mediasta saamme lukea kuinka ikääntyneiden päihteiden käyttö on lisääntynyt, erityisesti naisten. Samalla kerrotaan miten suurten ikäluokkien jäädessä eläkkeelle ikääntyneiden päihteiden käytön epäillään lisääntyvän. Päihteiden runsas käyttö, varsinkin iäkkäämmillä, lisää myös muiden sairauksien riskiä ja avun tarvetta. Tämä tulee näkymään varsinkin kotihoidossa.

Jotta osaisimme tulevaisuudessa paremmin kohdata ja hoitaa ikääntynyttä päihteidenkäyttäjää, tarvitsemme lisää tietoa kotihoidon henkilöstön osaamisesta ja koulutustarpeesta. Opinnäytetyössäni tutkin kotihoidon henkilöstön mielipiteitä omasta osaamisesta sekä ajatuksia koulutustarpeista. Lisäksi tulen samalla kartoittamaan paljonko kotihoidossa on tällä hetkellä päihdeasiakkaita.

Tutkimuksen teen haastattelemalla kotihoidon henkilökuntaa. Tutkimuksellisista syistä toivon saavani haastateltavaksi motivoituneita ja jo muutamia vuosia kotihoidossa työskennelleitä henkilöitä. Tähän tarvitsen teidän esimiesten apua. Pyydänkin teitä valitsemaan alaistenne joukosta innokkaan haastateltavan. Haastattelu vie aikaa n. tunnin. Haastattelut tulen tekemään toimipaikallanne. Haastateltavat pysyvät nimettöminä. Haastattelut tulen nauhoittamaan ja lisäksi teen muistiinpanoja. Haastateltavat saavat oman kirjeensä, jossa kerron haastattelun kulusta tarkemmin.

Tulen tekemään myös muutamia haastatteluja esimiehille. Toivon teiltä avointa kiinnostusta. Jos kiinnostuitte, pyydän teitä ottamaan yhteyttä ja sopimaan haastatteluajan.

Pyydän yhteydenottoa sähköpostilla **30.6. 2010** mennessä. Pyydän laittamaan mukaan haastateltavan yhteystiedot (puhelinnumero ja työsähköpostiosoite), jotta voin sopia haastatteluajan.

Ystävällisin terveisin

Elina Laaksonen

Turun AMK

Kotihoito Varissuo

Liite 3. Kirje työntekijöille

Hei

Esimiehesi kertoi että olet lupautunut haastateltavakseni opinnäytetyötäni varten. Olen sosionomi opiskelija, mutta työskentelen myös itse kotihoidossa lähihoitajana. Työtä tehdessä olen törmännyt usein vaikeaan aiheeseen, ikääntyvän alkoholinkäyttöön. Tästä aiheesta sain kimmokkeen opinnäytetyötäni varten.

Opinnäytetyön aiheena on kotihoidon päihdeosaaminen. Tutkimusaineiston kerään haastatteleamalla kotihoidon työntekijöitä. Haastattelun teemat ovat työntekijän asenne, tiedot ja taidot sekä työyhteisö voimavarana. Kyselen ainoastaan sinun kokemuksia ja tuntemuksia.

Hieman taustatyötä pyydän tekemään eli selvittämään paljonko omalla **alueellasi** on päihteitä käyttäviä asiakkaita ja paljonko on yli 65-vuotiaita sekä miten suuri on naisten osuus.

Haastattelun kesto on n. 30 min -1 tunti. Nauhoitan haastattelun, nauha tulee ainoastaan omaan käyttööni. Nauhoituksen vuoksi haastattelutilan tulisi olla rauhallinen, ei tausta ääniä.

Selvitä myös esimiehesi kanssa saatko tehdä tämän haastattelun työajalla, ettei tule jälkikäteen ikäviä yllätyksiä.

Kiitos haastatteluun suostumisesta

Ystävällisin terveisin Elina Laaksonen

Liite 4. Haastattelulomake työntekijöille

HAASTATTELUKYSYMYKSET

Taustakysymykset:

- | | | |
|---------------|--|----------------------------|
| 1. Sukupuoli | Mies | Nainen |
| 2. Ikä | 20-30
41-50 | 31-40
51 -> |
| 3. Koulutus | KA
LH/PH
Esimies | KH
SH/TH
Muu mikä |
| 4. Työkokemus | 1-2 vuotta
5-10 vuotta
yli 20 vuotta | 2-5 vuotta
10-20 vuotta |
| 5. | Paljonko omalla alueellasi on ikääntyneitä päihteiden käyttäjiä? | |
| 6. | Paljonko heistä on naisia? | |
| 7. | Minkälaista päihdekoulutusta olet saanut? | |
| 8. | Millaista päihdeosaamista tiimistäsi löytyy? | |

TEEMA KYSYMYKSET

A) ASENNE:

Mitä ajattelet ikääntyneen alkoholin käytöstä?

- Millainen on ikääntynyt päihdeasiakas?
- Miksi mielestäsi ikääntyneet juovat?
- Miten suhtaudut iäkkään humalahakuiseen juomiseen?
- Mitä ajattelet epäsiististä ja likaisesta ikääntyneestä päihdeasiakkaasta?
- Ketkä ovat mielestäsi päihteiden ongelmakäyttäjiä?
- Kenen tulee ottaa vastuu päihdeasiakkaan hoidosta?
- Miten päihdeasiakas voi toipua ongelmastaan?

B) TIEDOT:

Mitä tietoa sinulla on alkoholista ja ikääntyvästä?

- Miten alkoholi vaikuttaa ikääntyvän elimistöön?
- Mitkä ovat yli 65-vuotiaiden alkoholinkulutuksen riskirajat?
- Mikä luetaan alkoholin suurkulutukseksi?
- Mitä ongelmia syntyy ikääntyneelle alkoholin käytöstä?
- Miten alkoholi vaikuttaa mielenterveyteen?
- Miten lääkkeet ja alkoholi yhdessä vaikuttavat?
- Mitkä tekijät ehkäisevät päihteidenkäyttöä?
- Mitkä tekijät ylläpitävät päihteiden käyttöä?
- Mitä sinulle kertovat seuraavat termit?
 - mini-inerventio
 - audit-kysely
 - CACE- testi

C) TAIDOT:

Miten työskentelet ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa?

- Miten ilmaiset huolesi ikääntyneelle päihteidenkäyttäjälle?
-
- Miten otat päihteidenkäytön puheeksi asiakkaan kanssa?
- Miten osaat auttaa masentunutta päihdeasiakasta?
- Miten motivoit päihdeasiakasta raitistumaan?
-
- Miten ohjaat päihdeasiakasta hoitoon?
- Miten hyödynnät Pahosua työssäsi päihdeasiakkaan hoidossa?
- Mikä asiakastilanteissa on vaikeaa?
- Kuinka usein joudut tilanteeseen, jossa et tiedä miten toimia?
-
- Minkälaisia nämä tilanteet ovat?
-
- Miten selviät näistä tilanteista?

Työyhteisö

Miten työyhteisö tukee työtäsi päihdeasiakkaan kanssa?

- Millaista tukea kaipaisit lisää?
-
- Minkälaiset pelisäännöt teillä on työyhteisössä päihdeasiakkaan hoidosta?
-
- Mitä toivot työnantajalta/esimiestasolta?
-
- Millaista mielenterveys- ja päihdeosaamista tarvitset lisää?
-
- Miten jaksat työssäsi ikääntyneiden päihteiden käyttäjien kanssa?

Liite 5. Haastattelulomake esimiehille

Kysymykset esimiehille

1. Miten kauan olet toiminut esimiehenä kotihoidossa?
2. Mikä on koulutustaustasi?
3. Onko alueellasi ikääntyneitä päihteiden käyttäjiä?
4. Minkälaista päihdeosaamista työntekijöistä löytyy?
5. Millä tavoin työntekijät selviävät työssään ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa?
6. Mitä asioita/vaikeuksia työntekijöillä on tullut ilmi työskentelyssä iäkkäiden päihteiden käyttäjien kanssa?
7. Minkälaisia keskusteluja asiasta on syntynyt työyhteisössä?
8. Miten tuet työntekijää työssään ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoidossa?
9. Mitä toivot työntekijältä työssä ikääntyneen päihteidenkäyttäjän kanssa?
10. Minkälaista koulutusta koet tiimiesi tarvitsevan?
11. Millaista aktiivisuutta toivot työntekijöiltä?
12. Mitä muuta kerrottavaa sinulla on?