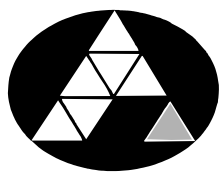


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosiaalialan koulutusohjelma

Anna-Maria Karppanen
Hanna-Mari Nieminen

KOHTUUS KAUKANA?
Päihteitä käyttävät ikääntyneet ja päihdeosaaminen Joensuun
kotihoitossa

Opinnäytetyö
Syksy 2010



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Syksy 2010
Sosiaalialan koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 600

Tekijät

Anna-Maria Karppanen ja Hanna-Mari Nieminen

Nimeke

Kohtuus kaukana? Päihteitä käyttävät ikääntyneet ja päihdeosaaminen Joensuun koti-
hoidossa

Toimeksiantajat

Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus ja Itä-Suomen aluehallintovirasto

Tiivistelmä

Opinnäytetyössä tarkastellaan Joensuun kotihoidon työntekijöiden tämän hetkistä osaamista toimia ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa. Lisäksi selvitetään, millaisia kehittämistarpeita Joensuun kotihoidon vanhuspuolen päihdetyössä on.

Opinnäytetyö toteutettiin laadullisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin kesällä 2010 tekemällä kolme ryhmähaastattelua. Haastatteluihin osallistui yhteensä 11 kotihoidon työntekijää. Analyysi toteutettiin hyödyntäen teoriaohjaavaa sisällönanalyysia.

Keskeisimpänä tuloksena oli, että Joensuun kotihoidon työntekijät eivät koe omaa päihdeosaamistaan riittäväksi. Kotihoidon työntekijöillä on perusosaamista ikääntyneiden päihteiden käytön seurauksista, päihteidenkäyttäjien tunnistamisesta sekä päihdepalveluista. Tämä minimiperusosaaminen ei kuitenkaan riitä vaikeiden päihdeasiakkaiden kanssa toimiessa.

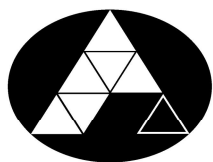
Kehittämistarpeina kotihoidon päihdetyössä ilmeni yhteisen toimintaohjeistuksen luominen ikääntyneiden päihdeasiakkaiden hoidolle, työvälineiden saaminen päihteiden käytön arviointiin sekä yhteistyö päihdeasiantuntijan kanssa. Lisäksi tarvitaan käytännölläheistä koulutusta. On tärkeää luoda uusia toimintamalleja ikääntyneiden päihdehoidolle ennen kuin ongelmat lisääntyvät.

Kieli
suomi

Sivuja 71
Liitteet 6
Liitesivumäärä 6

Asiasanat

ikääntyneiden päihteiden käyttö, kotihoito, päihdeosaaminen, kehittämistarpeet



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
November 2010
Degree Programme in Social Services
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND

Authors

Anna-Maria Karppanen and Hanna-Mari Nieminen

Far from moderate drinking? Alcohol use among the Ageing and Home Care Workers' Competence Regarding Substance Abuse Work in Joensuu Home Care

Commissioned by The East Finland Social and Welfare Centre of Expertise/ The Eastern Finland Regional State Administrative Agencies

Abstract

This thesis describes home care workers' current competence of working with ageing alcohol abusers. Another goal of this thesis is to examine what needs to be developed on substance abuse work among aged customers in home care of Joensuu.

The study was carried out as a qualitative research. The material for this study was gathered in summer 2010 by performing three group interviews. In total, 11 home care workers participated in the interviews. The material was analyzed by using theory-guided content analysis.

The most important finding was that home care workers do not feel that their competence in substance abuse work is adequate. Home care workers have the basic knowledge of the results of alcohol abuse for the aged. They recognize alcohol problems and have knowledge of services for alcohol abusers. The basic knowledge regarding substance abuse work is inadequate with difficult clients.

These results indicate that there is a need for directives for the care of aged alcohol abusers and workers need tools for evaluation of alcohol abuse. Workers saw cooperation with a substance abuse work expert also necessary. In addition further education could be recommended. It is important to create new treatment methods that are suitable for the ageing.

Language
Finnish

Pages 71
Appendices 6
Pages of Appendices 6

Keywords

alcohol use in old age, home care, competence regarding substance abuse work, development

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	IKÄÄNTYNEET JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ.....	8
	2.1 Ikääntyminen.....	8
	2.2 Muuttuva vanhuskuva.....	9
	2.3 Ikääntyneiden päihteiden käyttö.....	11
3	KOTIHOITO JA PÄIHDETYÖ.....	14
	3.1 Kotihoidon tehtävät ja henkilöstö.....	14
	3.2 Kotihoidon rooli päihdetyössä.....	15
	3.3 Kotihoidon työntekijän rooli päihdetyössä.....	17
	3.4 Kotihoidon päihdetyön haasteet.....	19
	3.5 Päihdetyön minimiosaaminen.....	21
	3.6 Joensuun kotihoito ja päihdepalvelut.....	23
	3.7 Päihdetyön kehittämisprojektit ja aikaisemmat tutkimukset.....	25
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS.....	27
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSEN KUVAUS.....	28
	5.1 Tutkimuskohteena Joensuun itäinen ja läntinen kotihoito.....	28
	5.2 Menetelminä laadullinen tutkimus ja ryhmähaastattelu.....	29
	5.3 Aineiston keruu.....	31
	5.4 Aineiston käsittely ja analyysi.....	34
6	TULOKSET.....	39
	6.1 Ammattiosaaminen.....	39
	6.1.1 Käytännön osaaminen ikääntyneen päihdehoitotyössä.....	39
	6.1.2 Eettinen osaaminen päihteidenkäyttäjän kohtaamisessa.....	42
	6.1.3 Taidot selvittää ikääntyneen päihteiden käyttöä.....	45
	6.2 Kehittämistarpeet kotihoidon päihdetyössä.....	47
	6.2.1 Työvälineiden käyttöönotto ja työmenetelmien kehittäminen.....	47
	6.2.2 Työhyvinvoinnin kehittäminen.....	48
	6.2.3 Tukitoimet työntekijöille.....	51
	6.2.4 Moniammatillisen työn lisääminen.....	53
	6.3 Tulosten yhteenveto.....	55
7	POHDINTA.....	57
	7.1 Johtopäätökset.....	57
	7.2 Tavoitteiden toteutuminen ja menetelmän arviointi.....	60
	7.3 Opinnäytetyöprosessin luotettavuus ja eettisyys.....	61
	7.4 Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämisideat.....	64
	7.5 Oppimisprosessi.....	65
	LÄHTEET.....	67

LIITTEET

Liite 1	Haastattelurunko
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Saatekirje
Liite 4	Suostumus ryhmähaastatteluun
Liite 5	Analyysikaavio
Liite 6	Opinnäytetyön toimeksianto

1 JOHDANTO

Väestö ikääntyy Suomessa vauhdilla. Ikääntyvä väestö tarkoittaa myös lisääntyviä alkoholiongelmia. Uudet ikääntyvät sukupolvet ovat eläneet erilaisessa alkoholikulttuurissa kuin aiemmat sukupolvet. Kyseessä ei kuitenkaan ole vain suomalainen ilmiö, vaan ikääntyneiden päihteiden käytön lisääntyminen koskee koko Eurooppaa. (O'Connell, Chin, Cunningham & Lawlor 2003; Jyrkämä & Haapamäki 2008, 7.) Ikääntyneiden päihteiden käyttö on ajankohtainen ilmiö, josta on vasta viime vuosina alettu tehdä tutkimuksia. On tärkeää selvittää jo nyt ikääntyneiden parissa työskentelevien valmiuksia toimia päihteitä käyttävien asiakkaiden kanssa. Voidaan olettaa, että tulevaisuudessa asiakkaina tulee olemaan yhä useammin ikääntyneitä päihteidenkäyttäjiä.

Opinnäytetyössämme tarkastelemme Joensuun itäisen ja läntisen kotihoidon työntekijöiden osaamista toimia ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa. Työmme on laadullinen tutkimus, jonka aineisto on kerätty kolmella ryhmähaastattelulla. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa kotihoidon työntekijöiden nykyisestä osaamisesta ja kotihoidon päihdetyön kehittämistarpeista. Selvityksemme tuottama tieto on hyödyllistä käytännön työelämässä työn ja koulutuksen kehittämisessä. Tässä opinnäytetyössä ikääntyneillä päihteidenkäyttäjillä tarkoitetaan kotihoidon vanhuspuolen asiakkaita, joilla esiintyy alkoholin ongelmakäyttöä. Päihteet rajaamme tässä työssä koskemaan alkoholia.

Ikääntyneiden päihteiden käytöllä on monia vaikutuksia yhteiskunnallisesti ja yksilötasolla (Ikonen & Julkunen 2007, 10). Yhä useammat vanhukset voivat asua kotona entistä pidempään tarvittavien palvelujen turvin (Jyrkämä 2007b, 15). Kotihoito onkin nykyään painopiste kaikissa kunnissa (Larmi, Tokola & Välkkiö 2005, 11). On tyypillistä, että ikääntyneiden päihteiden käyttö tapahtuu yleensä huomaamattomasti kotioloissa. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 45). Kotihoidon yleistyminen tuo uusia asiakkaita kotihoitoon ja lisääntyvät ikääntyneiden päihdeongelmat luovat kehityspaineita kotihoidon henkilöstölle. Valitsimme tutkimuskohteeksemme koti-

hoidon henkilöstön, sillä heidän voidaan olettaa kohdanneen työssään ikääntyneitä päihteidenkäyttäjiä. Lisäksi asiakkaiden kotona työskennellessään kotihoidon työntekijät näkevät läheltä ihmisten arjen.

Teimme opinnäytetyömme toimeksiantona Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuskeskelle ja Itä-Suomen aluehallintovirastolle. Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuskeskuksen tavoitteena on kehittää sosiaalialan osaamista ja edistää itäsuomalaisten hyvinvointia (Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus). Itä-Suomen aluehallintovirasto edistää perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista, peruspalvelujen saataavuutta, ympäristön suojelua, ympäristön kestäväää käyttöä, terveellistä ja turvallista elin- ja työympäristöä sekä sisäistä turvallisuutta. (Aluehallintovirasto 2010).

Opinnäytetyömme sisältö koostuu teoriaperustasta, tutkimustehtävän määrittelystä, toteutuksen kuvailusta, tulososioista sekä pohdinnasta. Työn teoriaperustassa tutustutamme lukijan aihepiirimme keskeisiin käsitteisiin sekä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin ja kehittämistyöhön. Seuraavaksi esittelemme tutkimustehtävämme sekä työmme tavoitteet. Toteutuksen kuvailussa kerromme tutkimuskohteesta, menetelmästä, aineiston keruusta sekä analyysistä. Tulososiossa peilaamme saamiamme tuloksia teoriaan. Lopuksi esittelemme pohdintaosiossa johtopäätöksemme tuloksista sekä pohdimme työmme eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi ehdotamme muutamia jatkotutkimusmahdollisuuksia ja tarkastelemme omaa oppimistamme opinnäytetyöprosessissa.

2 IKÄÄNTYNEET JA PÄIHTEIDEN KÄYTTÖ

2.1 Ikääntyminen

Ikääntymistä on vaikea määritellä, koska ei ole olemassa tiettyä hetkeä, jolloin ihmisestä tulee vanha (Jyrkämä 2007a, 269–270). Usein vanhenemista tarkastellaan biologisten, sosiaalisten ja psyykkisten muutosten näkökulmista. Biologisesta iästä puhuttaessa viitataan ihmisen fyysiseen kuntoon. Psyykinen ikä liittyy ihmisen henkiseen kehitykseen eli esimerkiksi muistitoimintoihin ja älylliseen kyvykkyyteen. Sosiaalisella iällä viitataan muutoksiin, joita tapahtuu ihmisen sosiaalisissa suhteissa ja verkostoissa sekä siihen, miten muut antavat merkityksiä ikääntyvälle. (Koskinen, Aalto, Hakonen & Päivärinta 1998, 16.)

Tulevaisuudessa ikääntyvien määrä tulee lisääntymään. Suomessa on tällä hetkellä noin 905 000 yli 65-vuotiasta, mutta vuonna 2060 heitä on ennusteiden mukaan jo liki 1,79 miljoonaa. (Tilastokeskus 2009.) Ikääntyvien kasvavan määrän lisäksi ikääntyvät myös eroavat toisistaan entistä enemmän. Ikääntyneiden joukko muodostuu eri-ikäisistä ja erilaisen toimintakyvyn omaavista ihmisistä. On ikääntyneitä, jotka viettävät aktiivista eläkeikää. Toisaalta on myös ikääntyneitä, joilla sairaudet rajoittavat heidän toimintakykyään. (Jyrkämä 2007a, 269.) Monet ikääntyvät ovat nykyään entistä pitkäikäisempiä ja parempikuntoisia, millä on merkittävä vaikutus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Vaikka ikääntynyt olisi huonokuntoinen, hän yhä useammin selviytyy omassa kodissaan tarvittavien sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla. Siksi vanhuspalvelujen uudistaminen on keskeistä; tällä hetkellä kehitetään erityisesti kotihoitoa tukevia palveluja. (Jyrkämä 2007b, 15; STM 2008, 3-4.) Suurin osa yli 75-vuotiaista suomalaisista asuu omassa kodissaan ja monet heistä ovat kotihoidon palvelujen piirissä (Ikonen & Julkunen 2007, 10).

Ikäkäsitteet ovat monella tapaa muuttumassa ja muuttuneet. Aiemmin vanhuuden katsottiin alkavan 65 ikävuodesta, jolloin jäätiin vanhuuseläkkeelle. Vuosissa mitattavan iän merkitys on kuitenkin vähentynyt määriteltäessä vanhuutta. Nykyisin

vanhuuden alku on siirtynyt 75–80 ikävuoteen, kun vanhuus on liitetty eläkeiän asemasta yhä useammin toimintakyvyn heikkenemiseen. (Jyrkämä 2007a, 281–282; Koskinen ym. 1998, 15.) Varsinaisen vanhuuden ja työiän väliin on tullut uusi elämänvaihe, niin sanottu kolmas ikä. On myös alettu puhua neljänneestä iästä. Kolmannella iällä tarkoitetaan työelämän jälkeistä vapauden, aktiivisuuden ja harrastamisen kautta, joka sijoittuu monesti ikävuosien 55–75 väliin. Neljännellä iällä viitataan varsinaiseen vanhuuteen, jolloin korkean iän mukanaan tuomien sairauksien ja selviytymisvaikeuksien vuoksi hoidon tarve ja riippuvuus muista lisääntyvät. (Koskinen ym. 1998, 11, 15–16; Levo 2008, 9.)

2.2 Muuttuva vanhuskuva

Siihen, millaisena vanhuus nähdään, vaikuttaa yhteiskunnan muutos esimerkiksi ikärakenteissa. Vanhuutta ja vanhana olemista tuotetaan, uusinnetaan ja muutetaan jatkuvasti ilmiönä. Vanhuskuvan muutoksen taustalla ovat ihmisten pidentynyt elinikä sekä entistä moninaisempi ja yksilöllisesti vaihtelevampi vanhuus. (Jyrkämä 2007a, 268–269, 277.) Kolmatta ikää elävät ihmiset muodostavat uudenlaista eläkeläiselämäntyyliä ja uusia käytäntöjä. He eivät eläkkeelle jäädessään omaksu perinteistä vanhuksen roolia, vaan perinteisen vanhuuskuvan tilalle tulee uusia vanhuuden ilmenemismuotoja, joissa keskeiseen osaan nousevat nautinnonhakuisuus ja riskien ottaminen. Uudella ikääntyvällä sukupolvella on paremmat mahdollisuudet viettää tämänkaltaista elämää parantuneen varallisuuden, terveyden ja hyvinvoinnin ansiosta kuin aiemmillä iäkkäillä sukupolvilla. (Levo 2008, 9.) Lisäksi sukupolvien erilaiset elämäntavat ja elämäntyyli sekä tottumukset ja vaatimukset muuttavat osaltaan vallitsevaa käsitystä vanhuudesta. Sukupolvella tarkoitetaan ihmisryhmää, jota yhdistävät tiettyjen elämänvaiheiden kokemukset ja joka on syntynyt jonain tiettyinä yhteisenä ajanjaksona. (Koskinen ym. 1998, 14.)

Yhteiskunnan lisäksi vanhenemista määrittää myös kulttuuri. Ikääntymiseen liittyvät normit ovat väljentyneet ja muuttuneet suvaitsevaisemmiksi kulttuurin muuttuessa. Ikänormit määrittävät ikään liittyvät käyttäytymissäännöt eli sen mikä on sopivaa

käytöstä esimerkiksi ikääntyneelle. (Jyrkämä 2007a, 274; Jyrkämä 2007b, 15.) Tänä päivänä alkoholista on tullut osa suomalaista kulttuuria ja arkea. Alkoholinkäyttö on levinnyt uusiin väestöryhmiin ja tilanteisiin. (Mäkelä, Mustonen & Tigerstedt 2010, 6.) Osiltaan myös yhteiskunnalliset muutokset, esimerkiksi alkoholin hinta ja saatavuus, vaikuttavat väestön alkoholin kulutusmäärään (Sulander 2007, 30). Nykykuvan mukaan ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmien oletetaan lisääntyvän (Jyrkämä & Haapamäki 2008, 12).

Perinteisesti alkoholinkulutus vähenee ikääntymisen myötä. Näin on tapahtunut aiemmilla ikääntyneiden sukupolvilla. (Vilkko, Sulander, Laitalainen & Finne-Soveri 2010, 146.) Suuret ikäluokat, niin kutsuttu ”märkä sukupolvi”, ovat jäämässä eläkkeelle lähivuosina (Jyrkämä 2007b, 14–15). Uuden vapaamman aikakauden eläneen sukupolven siirtymistä eläkkeelle voidaan pitää yhtenä tekijänä ikääntyneiden alkoholinkäytön yleistymiselle. Alkoholi on kuulunut heidän elämäänsä jo työikäisenä, toisin kuin alkoholisäännöstelyn aikaan eläneillä vanhemmilla ikäpolvilla. (Sulander 2007, 30.) Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä ei silti tule pitää yhtenäisenä ilmiönä. Ihmiset ikääntyvät yksilöllisesti, joten myös heidän alkoholinkulutustapansa eroavat toisistaan. Samaan sukupolveen kuuluminen ei tarkoita samanlaisia juomatapoja. (Haarni ym. 2007, 7.)

Tilastot tukevat havaintoa ikääntyneiden lisääntyneestä päihteiden käytöstä. Raittiiden osuus eläkeikäisistä on pienentynyt tasaisesti vuodesta 1985 vuoteen 2007. 65–84-vuotiaista miehistä 23 % ja naisista 46 % ilmoitti vuonna 2007, että ei ole käyttänyt alkoholia kuluneen vuoden aikana. Vastaavat osuudet olivat vuonna 1993 miehistä 32 % ja naisista 63 %. Kuten tilastot osoittavat, varsinkin ikääntyneiden naisten alkoholinkäyttö on yleistynyt. (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2008, 9–10.) Tilastoihin täytyy kuitenkin suhtautua kriittisesti, sillä ikääntyneiden alkoholinkulutuksen tilastollinen mittaaminen luotettavasti on haasteellista. Paljon alkoholia käyttävien uskotaan jättävän usein vastaamatta alkoholin kulutusta koskeviin kyselyihin. (Haarni, Viljanen & Alanko 2007, 7.) Tällä hetkellä tiedot alkoholiongelmien yleistymisestä pohjautuvat pääosin päihdeongelmaansa hoitoa tarvitsevien kasvaneeseen määrään ja alkoholiongelmiaisten parissa työskentelevien antamiin tietoi-

hin. Vanhustenhuollossa alkoholiongelmien ovat jo nyt tyypillisiä. (Haarni ym. 2007, 7; Sulander 2007, 25.)

2.3 Ikääntyneiden päihteiden käyttö

Tyypillistä ikääntyneiden päihteiden käytölle ovat ongelmat alkoholin käytössä ja lääkkeiden päihdekäyttö (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 45.) Ongelmat myös usein kasautuvat moniongelmaisille ikääntyneille (Haarni ym. 2007, 7). Monilla ikääntyneillä on päihdeongelman lisäksi myös mielenterveyden ongelmia (Viljanen 2010). Runsaan alkoholinkäytön taustalta ikääntyneillä voi löytyä heikko itsetunto, yksinäisyys tai ulkopuolisuuden sekä tyhjyyden tunteet. Liialliseen päihteiden käyttöön liittyy usein myös häpeän tunteita, jotka vaikeuttavat aiheesta keskustelua. (Holmberg 2010, 55, 97.) Ikääntyneille, varsinkin naisille, on myös tyypillistä peitellä päihteiden käyttöään (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 151).

Alkoholinkäytön arviointia helpottamaan on kehitetty yleiset suositukset alkoholin käytön riskirajoista. Riskirajat muodostuvat suositelluista alkoholiannosten määristä viikossa tai kerralla nautittuna ja ovat ohjearvoja. (Lindroos 2009.) Suomessa on käytössä Yhdysvalloissa laaditut ikääntyneiden alkoholinkäytön suositukset, jotka huomioivat sairauksien ja lääkkeiden yleistymisen iän myötä. Työikäisille suunnatut riskirajat ovat ikääntyneille liian korkeita. Ikääntyneiden alkoholinkäytön suosituksissa yli 65-vuotiaiden enimmäisrajaksi on suositeltu 7 alkoholiannosta viikossa ja 2 annosta kerralla. (Sulander 2007, 28.) Alkoholinkäyttöä ei kuitenkaan voida arvioida pelkkien käytön riskirajojen perusteella, koska alkoholin vaikutukset ovat yksilöllisiä riippuen henkilön terveydentilasta, sukupuolesta ja iästä. Joillekin ikääntyneille jo pienikin määrä alkoholia voi olla liikaa, etenkin jos käytössä on lääkkeitä, joiden kanssa ei saa nauttia alkoholia. (Levo 2008, 27.)

Lähes kaikki ikäihmiset käyttävät säännöllisesti useita eri lääkkeitä, jolloin myös riskit lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksille kasvavat. Monien lääkkeiden vaikutus kestää iäkkäässä elimistössä tavallista pidempään, jolloin yhteisvaikutus voi

syntyä, vaikka alkoholia ei käytettäisi lääkkeiden kanssa yhtäaikaisesti. (Aira 2007, 38.) Ikäihmiset ja heidän läheisensä eivät kuitenkaan usein tiedä alkoholin ja lääkkeiden yhteensopimattomuudesta (Ikonen & Julkunen 2007, 183).

Alkoholinkäyttö voidaan jakaa kohtuukäyttöön ja ongelmakäyttöön. Alkoholin kohtuukäytöllä ei tavoitella humalaa ja alkoholinkäyttö on satunnaista. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 12; Aalto 2010, 8.) Ongelmakäytöstä on kyse silloin, kun alkoholinkäyttö voi aiheuttaa haittoja. Ongelmakäyttö voidaan jakaa alkoholin riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Riskikäytössä ylittyvät suositellut alkoholiannosten määrät, mutta merkittäviä päihdehaittoja ei ole ilmennyt. Riskikulutuksessa ja haitallisessa käytössä ei kummassakaan esiinny riippuvuutta, mutta haitallisessa käytössä on ilmennyt fyysisiä tai psyykkisiä haittoja. (Aalto 2010, 8.) Päihderiippuvuus puolestaan tarkoittaa pakonomaista tarvetta saada päihdettä ja hallitsematonta suhdetta päihteeseen. Riippuvuus voi olla fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista tai yhdistelmä näistä. Fyysisessä riippuvuudessa elimistö on tottunut päihteeseen ja päihteittä olo aiheuttaa vieroitusoireita. Psyykkisessä riippuvuudessa käyttäjä kokee päihteen ja sen vaikutukset välttämättömäksi hyvinvoinnilleen. Sosiaalinen riippuvuus syntyy, kun sosiaalisessa ympäristössä päihteet ovat tärkeässä asemassa. (Havio ym. 2008, 42–43.) Tässä opinnäytetyössä päihdeidenkäyttäjällä tarkoitetaan alkoholin ongelmakäyttäjää.

Ikääntyneiden alkoholiongelmat jaetaan kahteen ryhmään: early-onset ja late-onset -ryhmiin. Early-onset -ryhmään kuuluvilla alkoholiongelma on alkanut jo nuorena aikuisena. Late-onset -ryhmän alkoholinkäyttäjien alkoholiongelma on kehittynyt vasta myöhemmällä iällä. Heillä juominen on alkanut usein jonkun traumaattisen tapahtuman tai menetyksen seurauksena. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi avioero, puolison kuolema, vakava sairaus tai eläkkeelle jääminen. (Holbert & Tueth 2004.) Päihdeasiakkaan kuntoutumisprosessissa alkoholin ongelmakäytön alkamisajankohdalla on merkittävä vaikutus erityisesti palvelujen näkökulmasta. Varhain aloitettu ja pitkäaikainen alkoholinkäyttö saattaa vaikuttaa esimerkiksi kognitiivisiin toimintoihin kuten muistiin. Tällöin asiakas voi hyötyä enemmän arjen selviy-

tymistä tukevasta avusta kuin keskusteluun perustuvasta tuesta. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 14–15.)

Ikääntyneiden päihteiden käyttö jää usein vaille huomiota, koska se tapahtuu pääosin kotona (Havio ym. 2008, 45). Alkoholinkäyttöön liittyvän toimintakyvyn heikkenemisen havaitsemista voivat viivästyttää myös yksinasuminen sekä vähentyneet sosiaaliset ja ammattiin liittyvät velvollisuudet (Aalto & Holopainen 2008). Ikääntyneen ongelmat päihteiden kanssa tulevat ilmi yleensä vasta siinä vaiheessa, kun ikääntynyt sairastuu tai laiminlyö itsestään huolehtimisen tai kotihoito ja omaiset huolestuvat (Havio ym. 2008, 45; Nykky ym. 2010, 111–112). Yleensä alkoholinkäytön haitat näkyvät ensimmäisenä terveyteen liittyvinä ongelmina. Esimerkiksi Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahankkeessa tutkittiin ikääntyneiden lonkkamurtumapotilaiden veren alkoholipitoisuutta hoitoon tultaessa. Löydösten mukaan 28 %:lla potilaista veren alkoholipitoisuus oli positiivinen. Kun potilailta kysyttiin, olivatko he nauttineet alkoholia viimeisen vuorokauden aikana, heistä 11 % myönsi käyttäneensä alkoholia. (Nurmi-Lüthje 2008.)

Sairaudet, sairaalahoidot ja sosiaaliset ongelmat ovat pitkäaikaisen alkoholinkäytön näkyviä haittoja (Ikonen & Julkunen 2007, 183). Alkoholihaitat voimistuvat ja arjessa selviytyminen vaikeutuu ikääntyneen toimintakyvyn heiketessä (Ikonen & Julkunen 2007, 183). Toisinaan on vaikeaa erottaa, mitkä seikat kuuluvat normaaliin ikääntymiseen ja mikä on seurausta päihteiden käytöstä. Alkoholien aiheuttamien haittojen voidaan luulla liittyvän esimerkiksi muistiongelmiin tai masennukseen. Muita alkoholinkäytön merkkejä, jotka voivat kuulua myös normaaliin vanhenemiseen, ovat esimerkiksi vatsavaivat, sydämen rytmihäiriöt, kohonnut verenpaine, kaatumistapaturmat ja toistuva terveystieteiden käyttö. (Aalto & Holopainen 2008; Levo 2008, 28.)

3 KOTIHOITO JA PÄIHDETYÖ

3.1 Kotihoidon tehtävät ja henkilöstö

Kotihoidolla tarkoitetaan hoitoa ja huolenpitoa, jossa asiakas on kodissaan erilaisen palvelujen piirissä suurimman osan vuorokaudesta. Kotihoidon tavoitteena on asiakkaan itsenäisyyden ja oman suoriutuvuuden edistäminen ja ylläpito. Asiakkaan kotona selviytymistä tuetaan huolehtimalla erityisesti siitä toimintakyvystä, joka asiakkaalla on jäljellä. Kotiaskareissa auttaminen, asiakkaiden sosiaalisten suhteiden tukeminen sekä tarvittavan sairaanhoidon antaminen ovat kotihoidon tehtäviä. (Mäkinen, Niinistö, Salminen & Karjalainen 1997, 10, 14, 23.) Kotihoito pyrkii mahdollistamaan asiakkailleen hyvän ja turvallisen elämän omassa kodissa sairauksista huolimatta. Sen tarjoama apu kohdistuu erilaisissa oloissa eläviin ja eri-ikäisiin avun tarvitsijoihin, joiden toimintakyky on huonontunut joko tilapäisesti tai pysyvästi. (Ikonen & Julkunen 2007, 14.)

Kotipalvelulla ja kotisairaanhoidolla on omat erilliset historiansa ja toimijansa. Kotipalvelun katsotaan kuuluvan sosiaalipalveluihin ja kotisairaanhoidon terveysterveysterveyspalveluihin. Monilla paikkakunnilla ne toimivatkin yhteistyöstä huolimatta erillisinä tahoina. Kunnissa, joissa peruskunta on vastuussa sekä perusterveydenhuollosta että sosiaalitoimesta, järjestetään kotisairaanhoitoa ja kotipalvelua yhtenä kokonaisuutena eli kotihoitona. Kotihoidon järjestämistä ohjaavat tärkeimmät lait ovat sosiaalihuoltolaki (710/82) ja kansanterveyslaki (66/72). Sosiaalihuoltolaki määrittelee asumisen, henkilökohtaisen hoivan ja huolenpidon. Kansanterveyslaki määrittelee kunnalle velvollisuuden järjestää kuntalaisten sairaanhoito, myös avopalveluna. (Ikonen & Julkunen 2007, 14, 27.)

Kotihoidon asiakkaalla on usein hoitotiimi, jonka kokoonpano riippuu asiakkaan tarpeista. Kotikäynnillä tarvittavan osaamisen eli sopivan työntekijän määrittelee asiakkaan sen hetkinen tarve. Hoitotiimin voi muodostaa esimerkiksi kotisairaanhoidon lääkäri, kotihoidon työntekijät, sosiaalityöntekijä ja kolmannen sektorin edustajat. Tiimi sopii keskenään työnjaoista ja vastuista sekä jokaisen osuudesta

hoidossa ja palvelussa. Kotihoidon työntekijöiltä vaaditaan siis moniammatillista osaamista. (Ikonen & Julkunen 2007, 20.) Moniammatillisella työllä tarkoitetaan eri ammattiryhmiä edustavien asiantuntijoiden yhdessä työskentelyä ja yhteistyötä (Vilén, Leppämäki & Ekström 2002, 343).

Kotihoidossa työskentelee perushoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia, terveydenhoitajia ja sairaanhoitajia. Kotihoidon työntekijän ydinosaan kuului oman osaamisen ja työn kehittäminen, ammattieettiset taidot sekä vuorovaikutus- ja viestintätaidot. Kotihoito on ennen kaikkea ihmissuhdetyötä, jossa työntekijän ja asiakkaan kohtaaminen edellyttää kummaltakin vuorovaikutustaitoja. Muuta keskeistä osaamista kotihoidossa on työn perustana olevan tiedon, kotihoidon työprosessien, työtehtävien sekä työturvallisuuden hallinta. (Mäkinen ym. 1997, 18; Ikonen & Julkunen 2007, 20, 145, 158–159.) Kotihoidon eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, asiakkaan ihmisarvon kunnioittaminen, tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu sekä itsemääräämisoikeuden huomioiminen (Suominen & Vuorinen 1999, 47).

3.2 Kotihoidon rooli päihdetyössä

Päihdetyö käsittää päihteiden käytön ja päihteiden käyttöön liittyvien haittojen, riskien ja ongelmien ehkäisyä sekä päihdehoitoa (STM 2009a). Ehkäisevä päihdetyö on laajaa yhteistyötä eri toimijoiden kesken päihdeettömyyden edistämiseksi sekä päihteiden tuomien haittojen vähentämiseksi. Korjaavaa päihdetyötä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa tarjottavat päihdepalvelut sekä päihdehuollon erityispalvelut. (Stakes 2007, 5–6.) Jokaiselle sosiaali- ja terveysalalla työskentelevälle kuuluu päihdetyön toteuttaminen. Tällä hetkellä alkoholi on yksi merkittävin suomalaisen yhteiskunnan terveysuhka. Todennäköisesti jokainen sosiaali- ja terveysalan ammattilainen työskentelee jossain vaiheessa työuraansa päihteidenkäyttäjän tai hänen läheistensä kanssa. (Holmberg 2010, 22, 31.)

Kaikkiin sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäviin kuuluu päihteiden käytön puheeksiotto, arviointi, lyhytneuvonnan tarjoaminen sekä ohjaaminen päihdehuollon eri-

tyispalveluihin. Nämä kuuluvat myös kotihoidon tehtäviin päihdetyössä. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 233). Lyhytneuvonnalla eli mini-interventiolla tarkoitetaan alkoholin varhaisvaiheen suurkulutuksen tunnistamista, terveysneuvontaa ja asiakkaan motivointia alkoholinkäytön vähentämiseen alle riskirajojen. Neuvonta voi olla osa terveystarkastusta, kotihoitoa tai vastaanottokäyntiä. Asiakasta tuetaan vähentämään alkoholin käyttöään turvallisemmalle tasolle keskustelun, kyselyn, selvittelyn ja neuvonnan keinoin. (Ikonen & Julkunen 2007, 185.)

Ikääntyneiden alkoholinkäyttöön ei monissa palveluissa puututa helposti ja monesti alkoholinkäytöstä ei kysytä, vaikka merkkejä alkoholin ongelmakäytöstä olisi nähtävissä. Tällöin ikääntynyt jää kotiin yksin ongelmansa kanssa. (Juhela 2007.) Vaikka ikääntynyttä päihdeongelmaista ei muissa palveluissa välttämättä oteta asiakkaaksi, kotonaan häntä ei voida sivuuttaa. Siksi kotihoitohenkilöstö on avainasemassa ikääntyneen päihdeongelmaisen tukemisessa. Kotihoidon työntekijöillä ei välttämättä ole päihdeosaamista. Monet kotihoidossa työskentelevät ammattilaiset kuitenkin kohtaavat päihdeongelmaisia viikoittain. Työntekijöiden vahvuutena on, että he tuntevat monesti asiakkaansa hyvin ja heillä on hyvät valmiudet kohdata ihmisiä. (Viljanen 2010.)

Asiakkaan päihdeongelmia hoidetaan kotihoidossa yhteistyössä palvelujärjestelmän kanssa (Ikonen & Julkunen 2007, 185). Päihdeongelmien hoitoon on tarjolla sekä avo- että laitospalveluja. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleispalveluihin lukeutuvat varhaisvaiheen päihdehaittojen ehkäisy mini-intervention avulla, päihdeongelmaisen hoidon tarpeen arviointi, katkaisu- ja vieroitushoito terveysasemilla sekä päihteiden aiheuttamien ongelmien ja sairauksien hoito. Erityispalveluihin kuuluvat avohoidon puolelta A-klinikat sekä matalan kynnyksen päiväkeskustoiminnat. Laitospalveluina tarjotaan kuntoutushoitoa. Myös järjestöt, kuten A-killat, tarjoavat päihdeongelmaisille erilaista tukea ja toimintaa. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010.)

Mieli 2009 -työryhmä on laatinut ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Työryhmän ehdotusten mukaan huomiota tulisi kiinnittää

ikäntyneiden päihde- ja mielenterveyspalveluihin sekä kehittää heille suunnattuja hoitomuotoja. Perus- ja täydennyskoulutuksen avulla tulisi kehittää sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden osaamista ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmista. Perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, vanhuspsykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä kolmannen sektorin välillä tarvitaan yhteistyötä. Ehdotuksessa toivotaan erikoispalveluiden jalkautumista, jotta ikääntyviä voidaan hoitaa ensisijaisesti heidän omassa elinympäristössään. (STM 2009b, 37.)

Jalkautuvaa kotikäyntityötä päihdeongelmallisille on kehitetty viime aikoina. Kyseisessä työmuodossa kunnan peruspalvelutyöntekijän työparina toimii jalkautuva päihdetyöntekijä. Päihdetyöntekijä voi osallistua kotikäyntien lisäksi verkostokokouksiin ja hoitoneuvotteluihin päihdeasiantuntijana sekä häntä on mahdollista konsultoida tarvittaessa. (Lemetyinen 2008.) Salon A-klinikkatoimessa vastaava työmuoto, Rolle-työ, on toiminut jo vuodesta 1997. A-klinikan rolle-työntekijä, sosiaaliterapeutti, tekee kotikäyntejä ja muun muassa arvioi ikääntyneen päihdeasiakkaan tilannetta. Työmuoto on saanut alkunsa projektista. Projektin päätyttyä osallistujakunnat vakinaistivat toiminnan alueillaan. (Putkonen 2010.)

3.3 Kotihoidon työntekijän rooli päihdetyössä

Työntekijän tulisi puhua asiakkaan kanssa päihdeongelmasta sekä ohjata ja motiivoida asiakasta päihdehoidon piiriin (Levo 2008, 12). Ongelmien kärjistymistä voidaan ehkäistä mahdollisimman varhaisella puuttumisella. Jokaisen sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijän tehtävänä on ottaa asiakkaan päihteiden riskikäyttö puheeksi silloin, kun hänelle on syntynyt huoli tilanteesta. Puheeksiotolla tarkoitetaan alkoholinkäytöstä kysymistä ja siitä keskustelemista asiakkaan kanssa. Puheeksioton avulla voidaan tarkistaa työntekijän huolen aiheellisuus tai tehdä asiakkaalle näkyväksi työntekijän huomio asiakkaan alkoholin käytöstä. (Levo 2008, 63–64.) Päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat olisi hyvä asettaa keskustelussa laajempaan yhteyteen, esimerkiksi huolestumiseen terveydestä (Havio, Mattila, Sinnemäki & Syysmeri 1994, 53).

Kotihoidossa on hyvä omaksua normaaliksi käytännöksi iäkkään alkoholinkäytöstä kysyminen ja siihen liittyvä neuvonta. Neuvonta tulisi toteuttaa asiakasta kunnioittavalla tavalla sekä hänen osallisuuttaan ja voimavarojaan vahvistaen. (Ikonen & Julkunen 2007, 185.) Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä olisi hyvä selvittää ikääntyneen päihteiden käyttöä, esimerkiksi alkoholinkulutusta mitaavan kyselytestin avulla. Ikääntynyt voidaan tällöin tarvittaessa ohjata päihdepalvelujen piiriin. (Nykky ym. 2010, 20.) Esimerkiksi Espoon kotihoidossa on kehitetty ikääntyneiden kotihoidon päihdehoitotyön toimintamalli, jossa päihteiden käyttö otetaan puheeksi jo palvelusuunnitelmaa tehtäessä. Uusien asiakkaiden päihteiden käytön tasoa arvioidaan asteikolla¹ 1–5 ja kutakin tasoa varten on oma toimintaohjeistus. Kaikki työntekijät toimivat näiden toimintaohjeiden mukaisesti. (Holmberg 2010, 99.)

Päihteiden käytön kartoittamisen parhaimpia tapoja ovat asiasta kysyminen sekä avoin, suora ja tuomitsematon keskustelu. Ikääntyneille suositellaan ensisijaisesti käytettävän haastattelua, jossa kyselytestit toimivat täydentävinä menetelminä. (Nykky ym. 2010, 18–19.) Erilaisia puheeksioton työvälineitä ovat esimerkiksi WHO:n² kymmenen kysymyksen AUDIT-kyselytesti ja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Otetaan selvää -esite. Nämä menetelmät ja välineet on kehitetty tuomaan lisätietoa keskustelun tueksi. Sekä AUDIT-testi että Otetaan selvää –opas on kehitetty päihteiden riskikäytön tunnistamiseen ja arviointiin, jälkimmäinen on suunnattu erityisesti ikääntyneille. (Ikonen & Julkunen 2007, 184; Levo 2008, 68–69.) AUDIT-testi on tehokas tapa seuloa alkoholin suurkulutusta työikäisessä väestössä, mutta ikääntyneiden kohdalla se ei näytä toimivan riittävän hyvin (Aalto & Holopainen 2008).

Rintala (2010, 122) toteaa, että ikääntynyt harvoin itse kertoo oma-aloitteisesti ongelmallisesta päihteiden käytöstään. Myös työntekijä voi iäkkään kohdalla kokea alkoholinkäytöstä puhumisen henkilökohtaisena ja arkaluonteisena asiana (Aalto &

¹ Päihteiden käytön arviointiasteikko (1-5) Espoon kotihoidossa: 1 päihteetön, 2 kohtuukäyttävä, 3 riskikuluttaja, 4 päihdeongelmainen, 5 vaatii välitöntä jatkohoitoa (Holmberg 2010, 99).

² Maailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO)

Holopainen 2008). Kun työntekijä näkee asiakkaan peittelevän ja häpeävän alkoholinkäyttöään, hän saattaa jakaa häpeän tunteen asiakkaan kanssa ja vaieta hienotunteisesti asiasta (Laapio 2007, 48). Ikääntyneen itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan mahdollisimman pitkälle ja joskus sitä saatetaan käyttää verukkeena päihteiden käytöstä vaikenemiselle. Ongelmaan ei osata suhtautua tai ei ole rohkeutta puuttua siihen (Levo 2008, 12.) Suhtautuminen ikääntyneiden alkoholin suurkulutukseen on myös moralisoivampaa kuin nuorempien kohdalla. (Aalto & Holopainen 2008.) Lisäksi päihteistä puhumista vaikeuttaa ikääntyneen joskus voimakkaan puolustautuva asennoituminen (Havio ym. 1994, 53).

Asiakas tulisi nähdä oman elämänsä asiantuntijana, sen sijaan että katsottaisiin vain yhtä ominaisuutta: ikääntymistä, päihdeongelmaa tai syrjäytymistä. Päihteitä käyttävää asiakasta ei tule luokitella olosuhteidensa uhriksi tai syylliseksi omaan tilanteeseensa. Onnistuneessa asiakassuhteessa sekä työntekijä että asiakas kokevat osallisuutta sekä tuntevat tulleen otetuksi vakavasti. (Laapio 2007, 56.) Ikääntyneen päihteidenkäyttäjän tukemisessa on hyvä muistaa, että pienikin muutos parempaan voi olla merkittävä. Vähäinenkin vähennys alkoholin käytössä voi vaikuttaa myönteisesti yksilön elämään. Toisaalta joillakin ikääntyneillä hyvään elämänlaatuun kuuluu alkoholin mukana olo ja se on hyväksyttävä. (Havio ym. 2008, 196.) Työntekijä voi tarjota näkökulmia päihdeongelmasta toipumisen tueksi, mutta asiakkaan oma muutoshalukkuus ratkaisee (Holmberg 2010, 111–112). Onkin realistisempaa asettaa tavoitteeksi ikääntyneen alkoholinkäytön vähentäminen kuin täysraittius (Rintala 2010, 123).

3.4 Kotihoidon päihdetyön haasteet

Ikääntyneen asiakkaan päihteiden käyttö tuo haasteita kotihoidon työhön. Ensimmäkin päihtyneen asiakkaan kohdalla työntekijälle tulee usein eteen kysymys, voiko hän antaa lääkkeitä asiakkaalle kyseisessä tilanteessa. Tähän ei ole annettavissa yksiselitteistä tutkimustietoon perustuvaa ohjetta, koska vanhusten kohdalla on vähän tutkimustietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Jo lääkettä mää-

rättäessä tulisi huomioida mahdollinen alkoholinkäyttö. Annettaessa lääkkeitä päihdyneelle, pitäisi ottaa huomioon humalatilán voimakkuus, sairauden vaikeusaste sekä kaikki käytössä olevat lääkkeet. Päihdeongelmaisen asiakkaan kohdalla pitäisi kirjata hoito- ja palvelusuunnitelmaan yksilöllinen suunnitelma menettelytavoista asiakkaan päihtymystilanteissa. (Aira 2007, 38, 41.)

Alkoholin vaikutuksesta tapaturmat, kuten kaatumiset, lisääntyvät. Lisäksi runsas alkoholinkäyttö vaikuttaa arjen hallintaan ja psyykkiseen hyvinvointiin. Asiakas saattaa laiminlyödä itsensä huolenpidon; esimerkiksi hygieniasta ja ruokailusta huolehtiminen saattavat heikentyä. Psyykkisiä haittoja voivat olla muun muassa ahdistuneisuus, masennus ja univaikeudet. (Nykky ym. 2010, 11.) Muita päihteiden käytön seurauksia voivat olla ikääntyneen kuntoutumisen pysähtyminen ja taantuminen. Ikääntynyt päihteidenkäyttäjä voi myös joutua hyväksikäytetyksi. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 238.)

Asiakkaan hyvinvoinnin huomioinnin lisäksi myös työntekijän turvallisuus ja terveys asiakkaan kotona ovat tärkeitä. Koti on haasteellinen työympäristö, jossa työntekijä voi kohdata erilaisia häirtatekijöitä, esimerkiksi tupakansavua tai päihteitä häirtsevästi käyttäviä vieraita. Lisäksi työntekijään voi kohdistua sanallista ja fyysistä uhkaa sekä seksuaalista häirtintää. (Hägg, Rantio, Suikki, Vuori & Ivanoff-Lahtela 2007, 17; Levo 2008, 87.) Päihteidenkäyttäjä voi olla usein hoitamaton ja sekava eikä hänellä ole ruokaa, rahaa tai lääkkeitä (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 238).

Päihtyneen asiakkaan kohtaaminen voi olla työntekijälle epämiellyttävä kokemus, muun muassa asiakkaan sekavasta tilasta johtuen. Nämä tilanteet voivat synnyttää työntekijässä vaikeasti käsiteltäviä tunteita kuten ahdistusta, vihaa ja huolestuneisuutta. Olisi tärkeää, että näistä tunteista ja tilanteista voitaisiin puhua esimerkiksi työnohjauksissa. (Havio ym. 2008, 195.) Työnohjaus on pitkäjänteistä yksin tai ryhmässä tapahtuvaa ohjausta ja kokemuksellista oppimista. Ohjaajan tulisi olla ulkopuolinen koulutettu henkilö (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 267.) Työnohjaus tukee työntekijän ammatillista kasvua, työssä jaksamista ja ammattitaidon ja työkyvyn ylläpitämistä sekä antaa tukea hänelle. (Levo 2008, 86–87; Paimio 2008, 324.)

Kotihoidon työntekijät voivat väsyä joutuessaan toimimaan päihdeongelmaisen ikääntyneen kanssa. He näkevät päihteiden käytön ja sen seuraukset läheltä. Hankalissa tilanteissa toimiminen voi synnyttää myös avuttomuuden ja turvattomuuden tunteita. Päihdeasiakkaiden kohtaaminen herättää usein työyhteisöissä epävarmuutta ja pelkoa. Tämä johtuu siitä, että monesti omat tiedot päihdeongelmaisen hoitamisesta koetaan riittämättömiksi. Työntekijä joutuu sietämään monenlaista kohdatessaan päihteidenkäyttäjiä. Monesti päihdeongelmaisilla on vaikeuksia useilla elämänalueilla eikä kaikkeen voida puuttua. Yksi kotihoidossa ilmenevä ongelma ovat yhä nuoremmat ja huonokuntoisemmat alkoholidementit³. Heidän auttamisensa on haastavaa kotihoidon keinoin eikä heille soveltuvia hoitopaikkoja ole riittävästi. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 238, 242, 253.)

3.5 Päihdetyön minimiosaaminen

Päihdeongelmat ovat kokonaisvaltaisia. Ne koskevat ihmisen fyysistä, psyykkistä, henkistä ja sosiaalista ulottuvuutta. Nämä kaikki ulottuvuudet on otettava huomioon päihdeongelmaisen hoidossa. Päihdeongelman hoitaminen vaatii työntekijältä laajaa ja ajan tasalla olevaa asiantuntemusta ja taitoa. Yksi työntekijä ei voi hallita kaikkea omalla alallaan tarvittavaa tietoa, vaikka hän ylläpitäisikin omaa osaamistaan. Tiedon määrä kasvaa jatkuvasti eri tieteiden aloilla ja ammateissa. (Vuori-Kemilä 2003, 90-91.) Osaaminen eli ammattitaito muodostuu koulutuksen ja kokemuksen tuomasta pätevyydestä toimia ammatissa sekä oman alan asiantuntijuudesta (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007,9). Se miten työntekijä suhtautuu asiakkaisiin, työhönsä ja itseensä ovat osa ammatillisuutta. Työkokemus itsessään ei kehitä ammatillisuutta, vaan työntekijällä täytyy olla myös halu kehittyä ja oppia uutta kokemuksistaan. (Vilén ym. 2002, 57–58; Saarelainen 2003, 202.)

³ Alkoholidementia aiheutuu pitkään jatkuneesta runsaasta alkoholin käytöstä. Sille tyypillisiä oireita ovat häiriöt ongelmanratkaisussa ja muistissa sekä liikeratojen hidastuminen ja mielialojen vaihtelu. (Holmberg 2010, 96.)

Ammattilaiset tarvitsevat koulutusta päihdetietoutensa ja -osaamisensa lisäämiseksi, perusosaamisensa takaamiseksi ja kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen tukemiseksi. Suomessa on laadittu päihdetyön koulutuksen suunnittelun ja toteutuksen pohjaksi kaikille koulutusasteille päihdetyön koulutuksen minimisisältö. Päihdetyön koulutuksen minimisisällössä on keskeistä, että opiskelija

- hallitsee perustiedot päihteistä, niiden käytöstä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja haitoista
- on tietoinen omista asenteistaan päihteiden käyttöön ja pystyy suhtautumaan avoimesti ja ammatillisesti päihdeongelmiin ja niistä kärsiviin
- tuntee vähintään omaa alaansa koskevan päihteisiin liittyvän lainsäädännön ja oman alueensa moniammatillisen päihdetyön palveluverkoston sekä alueellisen ja paikallisen monialaisen päihdetyön perusteet niin, että kykenee osallistumaan siihen
- osaa tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä
- tietää varhaisen puuttumisen merkityksen ja osaa soveltaa työssään varhaisen puuttumisen menetelmiä
- osaa auttaa ja tukea asiakkaita oman ammattikuvansa puitteissa ja ohjata heitä tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä
- ymmärtää päihdehaittojen ehkäisyn merkityksen työympäristössä ja osaa puuttua päihteiden käyttöön omassa työyhteisössään. (Opetusministeriö 2007, 49–50.)

Päihdetyön koulutuksen minimisisällöllä pyritään siihen, että opiskelija ymmärtää päihteiden käytön haittojen liittyvän kansanterveyteen heikentävällä tavalla. Hyvällä moniammatillisella päihdehaittojen ehkäisyllä ja haittojen minimoinnilla voidaan parantaa yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen hyvinvointia. Toisaalta ennaltaehkäisevä työ lisää turvallisuutta yhteiskunnassa, vähentää päihteiden käytöstä aiheutuvia kustannuksia sekä edistää väestön työ- ja toimintakykyä. (Opetusministeriö 2007, 50.)

Päihdetyötä tehdään erilaisista lähtökohdista. Työntekijöiden pohjakoulutukset ja niissä saatu päihdetyön koulutuksen sisältö vaihtelevat. Useimmiten ammatillinen täydennyskoulutus on tarpeen, koska pohjakoulutuksessa saadut päihdetyön tiedot ja taidot katsotaan riittämättömiksi. Täydennyskoulutuksen tavoitteena on kehittää työntekijän tietoja, taitoja ja asenteita sekä parantaa moniammatillisuuden toteutumista päihdetyössä. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 256–266.) Lisäksi koulutuksen

avulla olisi hyvä kehittää ikääntyneiden päihdeongelmien tunnistamista (Ikonen & Julkunen 2007, 183, 185).

3.6 Joensuun kotihoito ja päihdepalvelut

Joensuun väestöstä vuonna 2009 oli yli 65-vuotiaita noin 16 % (Joensuun kaupunki 2010). Ikäihmisten määrä tulee kasvamaan 24 prosenttiin vuonna 2030. Kotona asuvien yli 75-vuotiaiden joensuulaisten ikäihmisten osuus oli 81,4 % vuonna 2002. (Joensuun kaupunki 2002, 16, 20.) Joensuussa kotihoito kuuluu vanhuspalveluihin ja se muodostuu kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta. Kotihoidon pääpainona ovat yli 75-vuotiaat asiakkaat. Kotihoito perustuu palvelutarpeenarvioinnille, joka tehdään yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa. Arvioinnin perusteella tehdään hoito- ja palvelusuunnitelma, jota toteutetaan ja arvioidaan kotihoidossa. Toimintaperiaatteena on asiakkaan tarpeista lähtevä ja kuntoutumista edistävä hoito- ja palvelukokonaisuus, johon kuuluu myös liikuntasuunnitelma. Tärkeimpinä periaatteina ovat asiakkaan turvallinen hoito, luottamus ja asiakkaan oikeus päättää omista asioistaan. Kotihoidon työntekijöiden työnkuvaan kuuluu asiakkaan lääkehoidon toteutus, päivittäisissä toiminnoissa avustaminen sekä asiakkaiden liikuntasuunnitelmien toteutus. (Kurki 2010.)

Joensuussa on sekä säännöllistä että tilapäistä kotihoitoa. Säännöllinen kotihoito on asiakkaan tarpeiden mukaista kuntouttavaa kotihoitoa, jossa asiakkaan luona käydään vähintään kerran viikossa. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita on 1280. Tilapäinen kotihoito on lyhytaikaista kotihoitoa, jolla tuetaan asiakkaan sen hetkistä terveyden- tai elämäntilannetta, esimerkiksi se voi olla ompeleen poisto. Tilapäisessä kotihoidossa on 250 asiakasta. Kotihoidon tärkein yhteistyökumppani on Seniorineuvonta Ankkuri, joka myöntää ja järjestää kotona asumista tukevat palvelut. Näitä palveluja ovat muun muassa palveluohjaus, ateriapalvelu ja ennakoivat kotikäynnit. Kotihoito vastaa asiakkaiden hoidollisesta puolesta. Lisäksi kotihoidossa tehdään yhteistyötä apteekkien, yksityisten palveluntuottajien, seurakunnan,

edunvalvonnan, vapaaehtoistyötä organisoivien järjestöjen (esim. SPR) ja oppilaitosten kanssa. (Kurki 2010.)

Kunnan vastuulla on huolehtia päihdepalvelujen järjestämisestä. Kotihoidossa päihdeongelmia hoidetaan yhteistyössä näiden palvelujen kanssa. (Ikonen & Julkunen 2007, 185.) Päihdehuoltolain (L41/1986) mukaan kunnan on huolehdittava, että päihdehuoltojärjestelmä järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. (L 41/1986, 1 §, 3 §.) Joensuun seudulla päihdepalveluja tarjoaa A-klinikka, Utran kuntoutumisyksikkö sekä terveyskeskukset. Päihdehoitajien vastaanotot toimivat terveyskeskusten yhteydessä ja ne vastaavat päihdehuollon asiakkaiden lähipalvelutarpeisiin. Terveyskeskusten vuodeosastoilla toteutetaan Utran kuntoutumisyksikön lisäksi katkaisuhuoltoja. Päihdehuollon laitoshoitopalveluita ostetaan eri palveluntuottajilta. (Joensuun seudun Päihdepalvelustrategia 2012, 11.)

Nykyiset päihdepalvelut eivät kuitenkaan palvele ikääntyneiden asiakkaiden tarpeita. Tilanne on sama myös Joensuussa. Holmberg (2010, 94) katsoo, että ikääntyneille pitäisi olla heille suunnattuja päihdepalveluja ja erilaisia vaihtoehtoja. Näitä palveluja on toistaiseksi kehitetty liian vähän. Lisäksi Levon (2008, 43) mukaan olisi hyvä, että ikääntyneet saisivat päihdeongelmaansa apua mahdollisimman läheltä omaa elinpiiriään, esimerkiksi perusterveydenhuollon tai kotihoidon palveluiden kautta. Tällä hetkellä Itä-Suomessa on kehitteillä uusi työväline, ikäihmisten alkoholimittari. Se on tarkoitettu yli 65-vuotiaiden alkoholinkäytön puheeksiottoon ja arviointiin sekä sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden että diakoniatyöntekijöiden avuksi. Mittari valmistuu vuoden 2010 lopussa. Alkoholimittaria on pilotoitu Savonlinnan, Joensuun ja Kuopion alueilla, muun muassa kotihoidossa. Mittari on tarkoitettu jalkauttaa eri toimijoiden yhteiseksi työvälineeksi. Se tulee myös valtakunnallisen alkoholiohjelman materiaaliksi. (Kejonen 2010.)

3.7 Päihdetyön kehittämisprojektit ja aikaisemmat tutkimukset

Tutkittua tietoa ikääntyneiden päihteiden käytöstä Suomessa löytyy tällä hetkellä melko vähän. Ilmiö on noussut julkiseen keskusteluun vasta viime vuosina. Sen sijaan Yhdysvalloissa ilmiötä on tutkittu jo 1980-luvun loppupuolelta saakka. (Nykky ym. 2010, 6.) Kehittämistyötä on viime vuosina tehty Suomessa erilaisissa ikääntyneiden päihteiden käyttöön liittyvissä projekteissa. Projektit ovat muun muassa kehittäneet erilaisia ikääntyville sopivia päihdetyön muotoja sekä päihdetyötä kotihoidossa. Suhosen (2005) tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista oli ensimmäisiä tutkimuksia Suomessa ikääntyneiden päihteiden käytöstä. Lisäksi aiheesta on tehty muutamia opinnäytetöitä eri ammattikorkeakouluissa. Tarkastelomme tehdyistä opinnäytetöistä vain uusimpia sosiaalialan opiskelijoiden tekemiä töitä.

Liika on aina liikaa — ikääntyminen ja alkoholi -hanke on Sininauhaliiton kordinoima. Hanke toimi vuosina 2005–2008, ja se on saanut jatkohankkeen vuoteen 2011 asti. Alkuperäisen hankkeen tavoitteena oli tuoda keskusteluun ikääntyvien päihdeongelmat. Keskeisinä tehtävinä hankkeessa oli muun muassa kehittää asiakastyön avulla ikääntyvien kohtaamiseen ja hoitoon soveltuvia toimivia päihdetyön menetelmiä, lisätä päihde- ja vanhustyön ammattilaisten osaamista, tuottaa tutkimustietoa sekä herättää yhteiskunnallista keskustelua aiheesta. (Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi 2007.) Jatkohankkeessa keskitytään aiemmin projektissa syntyneiden työmuotojen juurruttamiseen (Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi). Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi -hankkeessa on tullut esille, että nykyinen palvelujärjestelmä ja vanhustenhuolto ei huomioi tarpeeksi ikääntyneitä päihdeongelmaisia ja päihdehuoltojärjestelmä sivuuttaa ikääntyneen asiakkaan erityispiirteet. Esimerkiksi vanhustenhuollon työntekijöillä ei ole välttämättä ollenkaan osaamista päihdeongelmaisen kohtaamisesta. (Haarni ym. 2007, 8.)

Vantaalla on toiminut vuosina 2005–2009 Sateenvarjo-projektin osaprojekti *Kotihoido-sateenvarjo*, jossa kehitettiin kotihoidon mielenterveys- ja päihdetyötä. Projektin tavoitteena oli aikaistaa mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamista

kotihoidossa sekä tehostaa niiden hoitoa. Tähän pyrittiin luomalla moniammatillisia toiminta- ja yhteistyömalleja sekä lisäämällä verkostoja ja ryhmämuotoisia hoitoja. Projektissa mallinnettiin myös kotihoitoon toimenkuva päihdevastaavalle hoitajalle. Päihdevastaavan hoitajan työnkuvaan kuuluvat kotikäynnit, avokatkaisun toteuttaminen, asiakkaiden ohjaaminen laitoshoitoon, päihdetyön materiaalien pitäminen ajan tasalla sekä ryhmien ohjaaminen päihdeasiakkaille. Muut työntekijät voivat konsultoida päihdevastaavia ja saada heiltä ohjausta päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitoon. Päihdevastaavan toimi ei ollut uusi virka, vaan työtä kehitettiin osana muuta työtä. Kotihoidon tiedollisen osaamisen lisäämiseksi projektissa laadittiin päihde- ja mielenterveyskoulutuspaketti, joka sisältää muun muassa puheeksiotokoulutusta, työvälineiden käytön opettamista ja käytännön ohjausta kotikäyntien yhteydessä. (Peräkoshi, Riihimäki, Vuorilehto, & Kuosmanen 2009, 2–3, 5–7.)

Suhosen (2005) tutkimuksen *Elämä on pysähtynyt keinu, tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan* mukaan A-klinikoiden ikääntyneet asiakkaat olivat aloittaneet alkoholin runsaamman käytön jo varhain, mutta onnistuneet sinnittelemään työelämässä eläkeikään saakka ilman suurempia ongelmia. Eläkkeelle jäämisen jälkeen juominen kuitenkin usein pahentui niin, että asiakas joutui hakemaan apua. Tutkimuksessa haastatellut työntekijät kokivat ikääntyneet asiakkaat haastaviksi, mutta samalla myös ”helpoiksi”. Helppous johtui siitä, että ikääntyneiden asiakkaiden ongelmat ovat vakiintuneempia ja selvärajaisempia kuin nuorilla. Asiakassuhteita helpottavana ja samalla vaikeuttavana asiana koettiin asiakkaan pitkä elämänhistoria ja siihen liittyvät tapahtumat.

Hokka-Kräkin ja Mikkonen (2007) Mikkelin ammattikorkeakoulusta ovat opinnäyte-työssään *Ikäihmisten alkoholiongelma – haaste vanhuspalveluille? Heinäveden päihdehoitopolku malli* selvittäneet vanhuspalveluissa työskentelevän henkilökunnan käsityksiä ikääntyneiden alkoholinkäytöstä ja henkilöstön koulutustarpeista. Toiseksi he laativat Heinävedelle yhtenäisen päihdetyökäytännön vanhuspalveluihin, niin sanotun päihdehoitopolun. Tekemänsä kyselyn pohjalta he saivat tulokseksi, että työntekijät tarvitsevat tukea ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa työ-

kentelyyn, kuten asiakkaan kohtaamiseen ja puheeksiottoon. Lisäksi tulokset osoittivat henkilöstön koulutuksen ja yhteisten toimintatapojen tarpeen.

Fagnäs ja Paananen (2009) Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta ovat selvittäneet opinnäytetyössään *”Väkisin ei voi auttaa eikä heitteillekään jättää” – Ikääntyneiden alkoholiongelmat kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta* kotihoidon työntekijöiden kokemuksia alkoholiongelmaisen asiakkaan kohtaamisesta. Lisäksi he selvittivät, onko työntekijöillä keinoja ja työvälineitä puuttua ongelmaan. Kyselytutkimuksensa tuloksiksi he saivat, että suurin osa kotihoidon työntekijöistä koki alkoholiongelmaisen kanssa työskentelyn kuormittavaksi. Tuloksissa ilmeni, että kotihoidossa ei ole olemassa selkeitä toimintaohjeita eikä käytössä ole työvälineitä.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millainen on Joensuun kotihoidon työntekijöiden tämänhetkinen osaaminen ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa työskenneltäessä?
2. Mitä kehittämistarpeita kotihoidon päihdetyössä on?

Selvitimme opinnäytetyössämme Joensuun kaupungin kotihoidon työntekijöiden tietoja, taitoja ja valmiuksia työskennellä ikääntyneen päihteidenkäyttäjän kanssa; miten päihdeongelma vaikuttaa ikäihmisen kanssa työskentelyyn ja kuinka se näkyy kotihoidon työssä. Lisäksi selvitimme, mitä kehittämistarpeita kotihoidon päihdetyössä ja työntekijöiden päihdeosaamisessa on. Päädyimme keskittymään opinnäytetyössämme kahteen Joensuun kotihoidon alueeseen, itäiseen ja läntiseen. Liian laaja tutkimusjoukko olisi kasvattanut aineiston kokoa suhteettoman suureksi tarpeeseen nähden. Ikääntyneet rajasimme tarkoittamaan kotihoidon vanhuspuolen asiakkaita. Päihteet rajasimme koskemaan alkoholia.

Aiemmissa aiheesta tehdyissä opinnäytetöissä ei ole varsinaisesti selvitetty kotihoidon työntekijöiden päihdeosaamista. Töissä on lähinnä keskitytty kotihoidon tai kotipalvelun työntekijöiden kokemusten tarkasteluun ikääntyneiden päihdeasiakkaiden kohtaamisesta sekä kehittämistarpeisiin päihdetyössä. Joensuun kotihoidossa ei ole aiemmin selvitetty työntekijöiden näkökulmasta ikääntyneiden päihteiden käyttöä tai työntekijöiden omaa osaamista. Myös aineistonkeruumenetelmämme, ryhmähaastattelu, poikkeaa aiemmin tehdyistä opinnäytetöistä.

Opinnäytetyömme toive lähti omasta kiinnostuksestamme ikääntymistä kohtaan sekä toimeksiantajien tarpeesta saada tietoa kotihoidon päihdeosaamisesta kehittämistyöhönsä. Oli tarpeellista selvittää tämänhetkinen päihdeosaamisen taso, jotta tiedetään, miten päihdetyötä tulisi kehittää tulevaisuutta ajatellen. Kotihoidon käytännön työssä sosiaalialan näkökulma on jäänyt terveydenhuollon näkökulman varjoon. Olisi tärkeää, että sosiaalialan näkökulma ei katoaisi kokonaan kotihoidosta. Sosiaalialan työntekijöillä täytyy olla kiinnostusta yhteistyöhön terveydenhuollon ammattilaisten kanssa, koska päihteitä käyttävät asiakkaat ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille yhteinen haaste. Päihteidenkäyttäjää voi kohdata erilaisissa työtehtävissä sekä sosiaali- että terveysalalla työskenneltäessä. Oletetaan, että ikääntyneiden päihteiden käyttö yleistyy tulevaisuudessa. Yhä useammat ikääntyneet myös asuvat kotona ja ovat kotihoidon asiakkaina. Kotihoidon työntekijöiden voidaan olettaa kohdanneen ikääntyneitä päihteidenkäyttäjää työssään ja siksi kotihoito valikoitui tutkimuskohteeksemme.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSEN KUVAUS

5.1 Tutkimuskohteena Joensuun itäinen ja läntinen kotihoito

Opinnäytetyömme tutkimuskohteena ovat Joensuun kantakaupungin alueella toimivien itäisen ja läntisen kotihoidon työntekijät. Itäisen kotihoidon vastuualueet ovat Niinivaara, Karsikko, Reijola, Rantakylä sekä Suvituulen ja Karsikon palveluta-

lot. Läntinen kotihoito vastaa Keskustan, Linnunlahden, Kanervalan, Naljakan, Pilon, Marjalan ja Kydön alueista. Työntekijöitä on itäisessä kotihoidossa 87 ja läntisessä 72. Lisäksi Joensuussa on tehostettua kotihoitoa kantakaupungin alueella sekä Pyhäselän, Vaarojen ja Enon kotihoito. Yhteensä Joensuun kotihoidossa työskentelee 210 työntekijää. (Kurki 2010.)

Työntekijät työskentelevät osana hoitotiimiä. Näissä tiimeissä työskentelee lähihoitaja, perushoitaja, sairaanhoitaja, kodinhoitaja, kotiavustaja ja kotihoidon lääkäri. Itäisessä kotihoidossa on kahdeksan ja läntisessä viisi hoitotiimiä. Läntisessä kotihoidossa toimii oma nimetty lääkäri, joka tekee tarvittaessa myös kotikäyntejä. Sairaanhoitajia tutkimillamme alueilla työskentelee yhteensä 15: itäisessä kahdeksan ja läntisessä seitsemän. Sairaanhoitajille on jaettu omat vastuualueet kotihoidossa osaamisen mukaan. Kotihoidossa on mielenterveys-, päihde- ja muistivastaavat hoitajat. Päihdevastaava hoitaja toimii tällä hetkellä vain tietyllä kotihoidon vastuualueella, joka ei ollut meidän selvityksessämme mukana. Vastaavilta hoitajilta muut työntekijät voivat saada tukea ongelmatilanteissa. (Kurki 2010; Hakkarainen 2010.)

Koulutustaustaltaan haastateltavamme olivat pääasiassa lähihoitajia, mukana oli myös sairaanhoitaja, mielenterveyshoitaja ja kotiavustaja. Haastateltavien työkokemus kotihoidossa vaihteli puolestatoista vuodesta yhteentoista vuoteen. Useimmilla haastateltavista oli useiden vuosien tuoma kokemus kotihoidon työstä. Kaikki haastateltavat olivat naisia. Haastateltavia oli yhteensä 11 henkilöä.

5.2 Menetelminä laadullinen tutkimus ja ryhmähaastattelu

Opinnäytetyömme on toteutettu laadullisena eli kvalitatiivisena tutkimuksena. Kiviniemi (2007, 70) luonnehtii laadullista tutkimusta prosessiksi, jossa aineistoon liittyvät tulkinnot ja näkökulmat muodostuvat tutkimusprosessin edetessä. Alasuutarin (2007, 24) mukaan laadulliselle tutkimusprosessille on ominaista ainutlaatuisuus. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 181) puolestaan toteavat, että laadullisessa tutkimuksessa on tavoitteena ymmärtää tutkimuskohdetta. Heidän mukaansa tämä

menetelmä soveltuu ilmiön tutkimiseen, kun halutaan saada tutkittavien näkökulma ja ajatukset esille. Laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien määrä on yleensä melko pieni, joten analyysissa pyritään mahdollisimman perusteelliseen lopputulokseen (Eskola & Suoranta 2008, 18). Koska laadullinen tutkimus soveltuu hyvin ihmisten ajatusten ja näkökulmien selvittämiseen, valitsimme sen menetelmäksi opinnäytetyöhömmme. Koemme, että laadullisella tutkimusotteella pääsimme lähemmäksi tutkittavien omaa kokemusmaailmaa.

Opinnäytetyömme aineistonkeruumenetelmänä käytimme ryhmähaastattelua, jossa sovelsimme teemahaastattelun periaatteita. Haastattelun tavoitteena on selvittää, mitä haastateltavalla on mielessään. Sen avulla saadaan selville, mitä ihmiset ajattelevat, tuntevat, kokevat tai uskovat. Haastattelu on vuorovaikutusta, jossa sekä haastateltava että haastattelija vaikuttavat toisiinsa. (Eskola & Suoranta 2008, 85; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 185, 204–205.) Ryhmähaastattelussa paikalla on samalla kertaa useampia haastateltavia ja mahdollisesti myös useampi haastattelija. Tavoitteena on vapaamuotoinen, asiassa pysyttelevä ryhmäkeskustelu tutkijan valitsemasta aiheesta tai teemoista. Etuna ryhmähaastattelussa on, että sen avulla saadaan tietoa usealta vastaajalta samaan aikaan. (Eskola & Suoranta 2008, 94; Hirsjärvi & Hurme 2000, 61, 63.) Teemahaastattelussa on tiedossa keskeiset aihepiirit eli teema-alueet, joiden pohjalta haastattelu etenee. Kyseessä on puolistrukturoitu menetelmä, sillä teema-alueet ovat kaikille haastateltaville samat, vaikka kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat. Haastattelijalla on käytössään tukilista käsiteltävistä asioista, ei valmiita kysymyksiä. (Eskola & Suoranta 2008, 86.)

Valitsimme menetelmäksi ryhmähaastattelun, koska ryhmässä voi olla helpompi keskustella kuin kahden haastattelijan kanssa. Lisäksi muiden kanssa kokemusten jakaminen on antoisampaa myös haastateltaville. Tavoitteenamme oli herättää työntekijät pohtimaan ikääntyneiden päihteiden käyttöä ja ryhmäkeskustelun järjestäminen mahdollisti tämän parhaiten. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009, 164, 211) mukaan ryhmästä voi saada vertaistukea ja apua omien kokemusten jäsentämiseen. Ryhmä voi myös korjata väärinymmärryksiä ja auttaa, jos kyseessä

ovat muistinvaraiset asiat. Heidän mielestään tutkittavien näkökulma ja ääni pääsevät esille ryhmähaastattelussa. Koimme haastattelun kyselylomaketta paremmaksi vaihtoehdoksi, koska haastattelutilanteessa kysymyksiä voi tilanteen mukaan muuttaa, mikä mahdollistaa joustavuuden. Haastattelutilanteessa tutkittava voi myös tuoda näkemyksiään monipuolisemmin esille.

5.3 Aineiston keruu

Keräsimme aineiston kesän 2010 aikana toteuttamalla kolme ryhmähaastattelua. Ryhmähaastatteluissa tukenamme oli tekemämme haastattelurunko (liite 1). Työsitimme teemahaastattelurunkoa touko-kesäkuussa 2010. Haastattelurungon teemat muodostuivat opinnäytetyömme tutkimuskysymysten ja viitekehyksen pohjalta. Kyseiset teemat olivat:

- kohtaaminen
- tunnistaminen ja tukeminen
- puuttuminen
- kehittämistarpeet koulutuksessa ja työssä.

Hyödynsimme kysymysten teossa myös päihdetyön koulutuksen minimisisältöä. Päihdetyön koulutuksen minimisisältö auttoi meitä rajaamaan tutkittavaa ilmiötä. Koska tavoitteenamme oli selvittää kotihoitohenkilöstön osaamista toimia ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa, oli minimisisältö hyvä lähtökohta arviointiin. Teimme haastattelurungosta tukivälineen, jota käytimme haastatteluissa apuna keskustelun ohjailemisessa. Huomasimme ensimmäisen haastattelun aikana, että meillä oli paljon tutkimustehtävän kannalta epäolennaisia ja turhia kysymyksiä haastattelurungossamme. Jätimme nämä kysymykset kysymättä ensimmäisessä haastattelussa. Tiivistimme haastattelurunkoa seuraaviin haastatteluihin poistamalla nämä kysymykset, joita emme käsitelleet ensimmäisessä haastattelussa.

Haastateltavia etsiessämme kävimme aluksi selvittämässä kotihoidon työntekijöiden kiinnostusta osallistua opinnäytetyöhömmme. Tapasimme läntisen kotihoidon

aluevastaava Sari Kurjen, jonka kanssa sovimme alustavasti yhteistyöstä. Saatuamme tutkimusluvan (liite 2) Joensuun kaupungilta sovimme Kurjen kanssa, että hän kyselee työntekijöiltä, ketkä olisivat halukkaita osallistumaan haastatteluun. Kaikista yksinkertaisin tapa tavoittaa haastateltavat oli kotihoito-organisaation tuntevan yhteyshenkilön kautta. Mietimme yhdessä myös sopivat ajankohdat haastatteluille. Päädyimme iltapäiväaikoihin, koska tuolloin työntekijöillä on enemmän aikaa. Toiveenamme haastateltavista oli, että ryhmät sisältäisivät erilaisen koulutuksen omaavia henkilöitä, esimerkiksi lähihoitajia ja sairaanhoitajia, ja heillä olisi kokemusta ikääntyneistä päihteidenkäyttäjistä. Halusimme erilaisia taustoja edustavia henkilöitä, jotta saisimme monipuolisemman kuvan henkilöstön osaamisesta. Lähetimme työntekijöille saatekirjeen (liite 3), jossa oli tarkempaa tietoa opinnäytetyöstämme sekä haastattelusta.

Toteutimme kaksi ryhmähaastattelua läntisessä kotihoidossa heinäkuussa 2010. Näillä haastatteluilla oli viikko väliä. Kahdessa ensimmäisessä haastattelussa esiintyivät samankaltaiset teemat. Haastatteluissa ilmeni myös ikääntyneiden päihteiden käytön vaihtelevan asuinalueittain. Hyvin pian haastattelujen teon jälkeen havaitsimme, että haluamme vielä yhden ryhmän haastateltavaksi eri alueelta. Näin uskoimme saavamme monipuolisemman kuvan kotihoidon työntekijöiden kokemuksista. Toisaalta halusimme nähdä, saisimmeko samansuuntaisia vastauksia myös eri alueen työntekijöiltä. Kolmas haastattelu oli kahden viikon päästä edellisestä haastattelusta.

Ensimmäisessä ryhmässä oli neljä, toisessa kolme ja kolmannessa neljä haastateltavaa. Yhteensä haastateltavia oli yksitoista. Haastattelujen kestot vaihtelivat reilusta tunnista puoleentoista tuntiin. Kaikki haastattelut tapahtuivat itäisen ja läntisen kotihoidon omissa toimitiloissa. Saimme käyttöömmme huoneen, jonne asetimme tuolit puolikaaren muotoon. Tähän ratkaisuun päädyimme siksi, että haastateltavat näkisivät toisensa. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 91) mielestä istumajärjestyksellä on merkitystä haastattelun onnistumisessa. Heidän mukaansa haastattelija ei saisi sijoittua liian kauaksi haastateltavasta, koska etäisyys vaikuttaa äänityksen

laatuun ja luottamuksellisen ilmapiirin syntymiseen. Lisäksi he korostavat sen tärkeyttä, että osapuolet pystyvät näkemään toisensa.

Emme tehneet esihaastattelua, mutta olimme arvioittaneet haastattelurunkoamme Kurjella sekä toimeksiantajillamme ennen haastatteluja. Selvitimme nauhurin käytökelpoisuutta ryhmähaastattelussa etukäteen koenauhoituksilla. Tämän lisäksi testasimme nauhurin käyttöä ryhmän kanssa ennen jokaista haastattelua. Haastatteluvien istuminen puolikaaren muodossa oli hyvä ratkaisu nauhoituksen onnistumisen takaamiseksi, koska nauhuri oli helppo sijoittaa osallistujiin päin. Jokaisessa haastattelutilanteessa pyysimme osallistujilta kirjallisen suostumuksen (liite 4) haastatteluun ja haastattelun nauhoittamiseen. Kaikki haastateltavat antoivat suostumuksensa haastattelujen nauhoittamiseen.

Aloitimme haastattelutilanteet opinnäytetyömme aiheen esittelyllä ja arkipäiväisistä asioista keskustelemalla. Ennen varsinaisen haastattelun aloittamista halusimme alkukeskustelulla rentouttaa ilmapiiriä. Ruusuvuori ja Tiittula (2005, 24–26) esittävät, että haastattelun aloittaminen ja lopettaminen ovat erityisiä vaiheita. Aluksi haastateltavat perehdytetään aiheeseen kertomalla tutkimuksesta, jotta heillä olisi selkeä kuva haastattelun tarkoituksesta. Ennen varsinaiseen haastatteluun siirtymistä on hyvä keskustella jostain arkisesta aiheesta, johon kaikkien on helppo osallistua. Tämä helpottaa varsinaiseen haastatteluun siirtymistä, koska alkukeskustelun aikana osapuolet ovat saaneet käsityksen toisistaan. Alkukeskustelu myös auttaa haastattelussa tarvittavan luottamuksen syntymisessä. Haastattelun loppupuolella haastattelijat johdattelivat keskustelua päätökseen, kun näyttää siltä, että kummallakaan osapuolella ei ole enää lisättävää. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 24–26.)

Ohjeistimme haastateltavia keskustelemaan vapaasti, sen sijaan että olisi tarvinnut vastata vuorotellen istumajärjestyksen mukaan. Pyysimme myös haastateltavia välttämään puhumista päällekkäin. Ensisijaisesti pyrimme haastattelutilanteissa keskustelunomaisuuteen; haastattelurunkoa hyödynsimme lähinnä keskustelun ohjaamiseen. Ohjailimme keskustelua tarvittaessa oikeaan suuntaan kysymällä

tarkentavia kysymyksiä. Haastattelujen lopuksi annoimme osallistujille mahdollisuuden kommentoida haastatteluaihetta ja tehdä meille kysymyksiä opinnäytetyöstä. Päätimme haastattelut kiittämällä kaikkia osallistujia.

Haastatteluryhmien tunnelmat olivat hyvin erilaisia. Yhdessä haastatteluryhmässä ilmapiiri muodostui rennoksi ja vapautuneeksi, toisessa keskustelu pysyi pintapuolisena ja jännittyneenä läpi haastattelun ja kolmannessa tunnelma oli rauhallinen. Kaikissa ryhmissä haastateltavat olivat entuudestaan tuttuja toisilleen, mikä helpotti ryhmähaastattelujen toteuttamista. Toisen kotihoidon alueen kanssa olimme tehneet enemmän ja pidempään yhteistyötä. Toisen alueen työntekijöiden kanssa haastattelun sopiminen tapahtui tiukemmalla aikataululla eikä heillä ollut yhtä pitkää haastatteluun valmistautumisaikaa. Toisen ja viimeisen haastattelun välillä ollut kaksi viikkoa vaikutti haastattelijoiden aiheeseen orientoitumiseen. Kahden viikon kesäloman jälkeen oli haastavaa löytää uudestaan työskentelyrytmi. Olisi ollut parempi, että kaikkien haastattelujen välit olisivat olleet korkeintaan viikon. Saimme kuitenkin kaikista kolmesta ryhmähaastattelusta hyvää aineistoa opinnäytetyöhömme. Saimme myös sellaista arvokasta tietoa, jota emme alun perin olleet ymmärtäneet hakea.

5.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Aloitimme litteroinnin mahdollisimman pian kunkin haastattelun jälkeen. Tämä helpotti haastattelutilanteen muistamista. Litteroimme haastattelut sanatarkasti, joten litterointi vei paljon aikaa. Litteroitaessa eli aineiston purkamisessa on kaksi vaihtoehtoa: aineisto voidaan joko purkaa kokonaan tai valikoiden (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138). Kumpikin meistä litteroi yhden kokonaisen haastattelun ja kolmannen jaoimme puoliksi. Litterointivaiheessa annoimme haastateltaville koodinimet, jotka muodostuivat haastatteluryhmän numerotunnuksesta sekä kirjaimesta. Esimerkiksi yhden ryhmän haastateltavien koodinimet olivat A2, B2, C2. Litteroitua tekstiä saimme kirjoitettuna kirjasinkoolla 12 ja rivivälillä 1,5 yhteensä 67 sivua.

Pyysimme jokaista haastateltavaa esittelemään itsensä haastattelun alussa, jotta saisimme jokaisesta ääninäytteen. Tämä helpotti henkilön tunnistamista litterointivaiheessa. Litteroidessa tunnistaminen osoittautui kuitenkin välillä vaikeaksi, varsinkin niissä tilanteissa, joissa haastateltavat puhuivat päällekkäin tai kommentoivat toistensa puhetta kesken toisen kertomuksen. Päällekkäin puhuminen oli ryhmähaastattelujen litteroinnin suurin haaste. Kaikista sanomisista ei saanut selvää ja ne merkittiin litterointiin kysymysmerkillä. Kaikkinensa aineiston litterointi oli yksi työläimmistä vaiheista opinnäytetyöprosessissa. Ryhmähaastattelujen purkaminen voi olla haasteellista ja aikaa vievää. Suurimpana ongelmana ryhmähaastattelussa pidetään keskustelujen purkamista. Usein voi olla vaikeaa päätellä kuka osallistujista on äänessä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 211.)

Analyysimenetelmänä käytimme soveltaen teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Sisällönanalyysia voidaan käyttää kaikissa laadullisen tutkimuksen perinteissä ja sillä viitataan pyrkimykseen kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Analyysin avulla tutkittavasta ilmiöstä yritetään saada kuvaus yleisessä ja tiivistetyssä muodossa. Kyseessä on tekstianalyysi, jossa etsitään tekstin merkityksiä. Teoriaohjaavassa analyysissa on teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät pohjautu suoraan teoriaan. Teoriaa voi käyttää apuna analyysin etenemisessä. Aineistosta valitaan analysoitavat yksiköt, mutta aiempi tieto suuntaa analyysia. (Eskola 2007, 162; Tuomi & Sarajärvi 2009, 91, 96, 103–104.) Analyysiyksikkömme oli ajatuskokonaisuus, eli haastateltavan kertomus käsiteltävästä aiheesta. Säilytimme alkuperäisilmaukset mukana mahdollisimman pitkään, jotta haastateltavien näkemykset eivät katoa tulkintojemme alle heti alkuvaiheessa.

Aineiston analyysi etenee aineiston kuvailusta aineiston luokitteluun, yhdistelyyn ja tulkintaan. Tavoitteena on aineiston tiivistäminen säilyttäen kuitenkin sen sisältämän informaation. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 145–151; Eskola & Suoranta 2008, 137.) Aluksi luimme aineiston läpi useita kertoja, jotta saimme kokonaiskuvan sen sisällöstä. Etsimme aineistosta tutkimuskysymykseen vastaavia kohtia, jotka käsitelivät työntekijöiden kokemuksia tai osaamista. Pyrimme aluksi aineistolähtöiseen

lähestymistapaan. Aineistolähtöisessä analyysissä aiemman tiedon tai teorian ei tulisi ohjata analyysia (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95). Huomasimme, että tällä menetelmällä aineiston jäsentäminen oli vaikeaa, koska tutkimuksen kannalta olennaista asiaa tuntui olevan paljon eikä aineistoa juuri karsiutunut.

Päädyimme lopulta hyödyntämään haastattelurungon teemoja aineiston jäsentämisessä. Valitsimme näkökulmamme aineistoon opinnäytetyömme teorian pohjalta. Teimme analyysiin avuksemme analyysikaavion (liite 5). Analyysimenetelmämme muistuttaa teoriaohjaavaa sisällönanalyysia, koska aineistolähtöisyys ja teorian vaikutus vaihtelevat analyysiprosessissamme. Alussa teoria ohjasi analysoitavan aineiston valintaa. Teemoittelu ja alaluokkien muodostaminen puolestaan tapahtuivat aineistolähtöisesti. Yläluokat ja yhdistävän luokan muodostimme teorian pohjalta. Lopuksi sidoimme saadut tulokset takaisin viitekehykseemme. Teoriaohjaavassa analyysissä aineistolähtöisyys ja valmiit mallit vuorottelevat tutkijan ajatteluprosessissa ja pyrkimyksenä on yhdistellä näitä toisiinsa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 97).

Teemat, joiden avulla aloimme jäsentää aineistoa, olivat päihdeidenkäyttäjän kohtaaminen ja tukeminen, päihdeongelmaan puuttuminen sekä aineistosta esiin nousevat kehittämistarpeet. Alleviivasimme eri teemoihin liittyvät ilmaukset eri väreillä. Tässä vaiheessa aineistosta karsiutuivat mielestämme epäolennaiset seikat. Tämän jälkeen siirsimme alkuperäisilmaukset erilliseen tiedostoon valittujen teemojen alle. Kun olimme siirtäneet ilmaukset omaan tiedostoonsa, aloimme teemoitella niitä uudelleen. Teemoittelulla tarkoitetaan aineiston pilkkomista ja ryhmittelyä erilaisiin aihepiireihin, jotka sisältävät samaa teemaa kuvaavia näkemyksiä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93).

Seuraavassa vaiheessa jätimme alkuperäisteemat huomiotta, jotta ne eivät ohjaisi analyysiamme liian kapea-alaiseksi. Siirsimme samaan ryhmään ne ilmaukset, joissa käsiteltiin samaa asiaa. Erilaisia teemoja tuli 20. Kun olimme jäsentäneet alkuperäisilmaukset uudelleen, teimme ilmausten pelkistämisen. Pelkistämistä on sekä tutkimustehtävän kannalta olennaisten asioiden poimiminen aineistosta että havaintojen yhdistely. Pelkistäminen on toisin sanoen aineiston karsimista ja tiivis-

tämistä tai pilkkomista osiin. (Alasuutari 2007, 40; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.) Taulukossa 1 on esimerkki siitä, miten pelkistimme ilmauksia.

Taulukko 1. Esimerkki pelkistämisestä.

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus
Mutta toki ammatillisuus joka tappauksessa, sen sitä pyrkii säilyttämään ihan tilanteessa ku tilanteessa, mutta tokihan se herättää ristiriitaisia tunteita, että nimenomman siitä syystä, että sitte tosiaan, ku se on sitte muiltaki asiakkailta pois...	Ammatillisuuden säilyttäminen tunteista huolimatta
Et siinä on taas se oma kohtaaminen ja käsittely, et tsemppaaminen ja semmoinen, et ne pysys sillä selvällä tiellä.	Asiakkaan kohtaaminen ja motivointi

Pelkistetyämme alkuperäisilmaukset tarkastelimme ilmausten soveltumista aiemmin luotujen 20 teeman alle. Siirsimme ilmauksia tarvittaessa muiden teemojen yhteyteen, yhdistelimme teemoja ja kokosimme niitä uusiksi teemoiksi. Yhdistelyllä tarkoitetaan pyrkimystä löytää luokkien välille säännönmukaisuutta tai samankaltaisuutta (Hirsjärvi & Hurme 2000, 149). Tässä vaiheessa teemat olivat itsemääräämisoikeus, työkeinot, työtunteet, kehitettävää päihdepalveluissa, lääkehoito, työntekijän turvallisuus, ammattitaito, ammatillisuus, kehitettävää työssä ja työntekijän tuki.

Seuraavaksi aloimme muodostaa luokkia. Luokka muodostetaan ryhmittelemällä samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset yhteen ja nimeämällä ryhmitellyt ilmaukset niitä yhdistävällä käsitteellä, jota nimitetään alaluokaksi. Yläluokat ja pääluokat muodostetaan samalla ryhmittelyperiaatteella. Lopulta päädytään yhdistävään luokkaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Alaluokkia muodostaessamme jouduimme jakamaan joitakin edellä mainituista teemoista vielä pienempiin osiin ja toisaalta yhdistelemään teemoja kokonaisuuksiksi. Aineiston luokittelun jälkeen aineisto useimmiten järjestellään uudelleen tehdyn luokittelun mukaisesti ja tarkastellaan onko luokittelu onnistunut. Luokkia täytyy pilkkoa ja yhdistellä uusiksi luokiksi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 149.) Esimerkiksi ammatillisuusteeman jaoimme kolmeen osaan: ris-

tiriita päihteidenkäyttäjän hoitamisessa, ammatillisen kohtaamisen taito ja työntekijän sopeutuminen eri tilanteisiin. Alaluokkia oli yhteensä 27. Esittelemme taulukossa 2 esimerkin alaluokan muodostamisesta.

Taulukko 2. Esimerkki alaluokan muodostamisesta

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokka
Ammatillisuuden säilyttäminen omista tunteista huolimatta Käytäntö on opettanut kohtaamaan erilaisia asiakkaita Asiakkaan kohtaaminen ja motivointi Leimaaminen riskinä Työvälineenä oma persoona	Ammatillisen kohtaamisen taito

Alaluokkien muodostamisen jälkeen teimme yläluokat yhdistämällä alaluokkia yhteen taulukko 3:n esimerkin mukaisesti. Tästä luokkien luomisprosessista käytetään nimitystä aineiston abstrahointi. Aineiston abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä valikoidaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja tämän tiedon pohjalta rakennetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahointiprosessissa edetään luokkia yhdistelemällä kohti johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 111.)

Taulukko 3. Esimerkki aineiston käsitteellistämisestä

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Asiakkaita ei voi jättää heitteille, vaikka hoitaminen ei aina ole mielekästä. Asiakkaan itsemääräämisoikeus vaikeuttaa työntekijän puuttumista päihteiden käyttöön. Ristiriita päihteidenkäyttäjän hoitamisessa.	Ammattietiikka	Ammattiosaaminen
Turvallinen lääkehoito. Ammatillisen kohtaamisen taito. Keskustelu työvälineenä. Työntekijän sopeutuminen eri tilanteisiin. Työssäoppiminen. Turhautuminen mahdollisuuksista.	Ammattitaito	

Tämän aineiston käsitteellistämisen tuloksena löysimme yhteensä kuusi yläluokkaa: ammattietiikka, ammattitaito, uudet työvälineet ja -menetelmät, työhyvinvoinnin kehittäminen, tukitoimet työntekijälle sekä moniammatillinen yhteistyö. Yläluokkia muodostettaessa otimme teorian mukaan analyysiimme. Teorian avulla loimme käsitteet yläluokille. Lopulta yhdistimme yläluokat kahdeksi pääluokaksi: ammattiosaaminen ja kehittämistarpeet kotihoidon päihdetyössä.

6 TULOKSET

Esittelemme tässä luvussa selvityksemme tuloksia. Tulokset sijoittuvat kahden pääotsikon alle, jotka ovat kahden pääluokkamme mukaisia. Nämä kaksi pääluokkaa, ammattiosaaminen ja kehittämistarpeet kotihoidon päihdetyössä, jakautuvat pienempiin osa-alueisiin. Ammattiosaaminen kertoo työntekijöiden tämän hetkisestä osaamisesta toimia ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa. Ikosen ja Julkisen (2007, 145) mukaan ydinosaaminen kotihoidossa muodostuu oman osaamisen ja työn kehittämisestä, ammattieettisistä taidoista ja vuorovaikutus- ja viestintätaidoista. Näitä ydinosaamiseen kuuluvia osioita käsittelemme ammattitaito-otsikon alla. Toisessa osassa kerromme työntekijöiden osaamisen ja kotihoidon päihdetyön kehittämistarpeista. Kuvaamme tuloksia ja teoriaa rinnakkain. Lukemisen helpottamiseksi olemme poistaneet suorista aineistositaateista turhia täytesanoja, kuten ”niinku”, ”ihan” ja ”että”.

6.1 Ammattiosaaminen

6.1.1 Käytännön osaaminen ikääntyneen päihdehoitotyössä

Ammatilliseen toimintaan eli ammatillisuuteen kuuluu ammattitaito. Ammattitaito on koulutuksen ja kokemuksen tuomaa yksilöllistä pätevyyttä toimia ammatissa ja oman alan asiantuntijuutta. (Juujärvi ym. 2007, 9.) Ammatillisuuteen kuuluu myös

työntekijän asenne. Asenne ilmenee siinä, miten työntekijä suhtautuu asiakkaisiin, työhönsä ja itseensä. (Vilén ym. 2002, 57–58; Saarelainen 2003, 202.) Kaikilla haastateltavillamme oli opintojen ja käytännön kautta saatua perusosaamista päihteiden käytön vaikutuksista ikääntyneelle ja päihdeongelman tunnistamisesta. Yksi haastateltava tosin toi esille, että koulutuksessa saatu päihdetietous on pintapuolista. Kaikki haastateltavat olivat myös kohdanneet työssään ikääntyneitä päihdeidenkäyttäjiä. Osalla haastateltavista oli jo usean vuoden ajalta kokemusta työskenteleystä päihdeidenkäyttäjien kanssa.

Haastateltavien kokemusten perusteella ikääntyneitä päihdeidenkäyttäjiä on kahdenlaisia: peitellysti käyttäviä ”tissuttelijoita” ja avoimesti juovia. Alkoholinkäyttöään salailevat ikääntyneet ovat tyypillisesti naisia. Heidän ulkoasustaan tai kodeistaan ei voi päätellä alkoholiongelman olemassaoloa. Myös Rintala (2010, 122) toteaa, että iäkkäät naiset usein piilottelevat ja häpeävät alkoholiongelmaansa. Peitellysti käyttävien kohdalla haastateltavat ovat tunnistaneet päihdeongelman oudosta käyttäytymisestä tai fyysisistä oireista. Avoimesti juovien ikääntyneiden päihdeongelma on haastateltavien mukaan selvästi havaittavissa esimerkiksi heidän epäsiististä olemuksestaan, likaisista kodeistaan, viinapulloista asunnossa ja peittelemättömästä alkoholinkäytöstä kotikäynnin aikana.

Käytännön työkokemus on tuonut haastateltaville varmuutta työskennellä päihdeidenkäyttäjän kanssa. Käytännön kautta haastateltavat ovat oppineet tällaisten asiakkaiden kohtaamista. Muutamalla haastateltavista oli paljon kokemusta ikääntyneiden päihdeidenkäyttäjien kanssa toimimisesta. He kokivat, että ovat oppineet selviytymään näiden asiakkaiden kanssa. Toisaalta he mainitsivat, että on riskinä alkaa leimata muutkin asiakkaat päihdeongelmaisiksi, kun on paljon tekemisissä päihdeidenkäyttäjien kanssa. Joidenkin alueiden työntekijöillä oli vähän ikääntyneitä päihdeidenkäyttäjiä asiakkaina, jolloin heillä oli myös vähemmän kokemusta tällaisten asiakkaiden hoitamisesta. Näiden alueiden työntekijät kokivat päihdeosaamisensa heikommaksi. Käytännön kautta kertyneestä kokemuksesta huolimatta kaikki haastateltavat arvioivat omat taitonsa ja keinonsa riittämättömiksi ikääntyneen

päihteidenkäyttäjän kanssa toimiessa. Muutama haastateltava kertoi näkemyksiään omasta osaamisestaan seuraavasti:

B1: Mun mielestä ainakin kyllä oon saanu tosi hyvin kokemusta meidän alueella, en tiiä missä ois näin rikkaasti päihdeongelmaisia päässy hoitamaan. Ja vielä sen alkoholistin, entisen tai nykyisen, kotona, että silleen ihan kehkeytyny hyvät keinot sitä kautta. Mut ku ois vielä niitä työvälineitä ja semmosia yleisiä... Näitä yhteistyötahoja ja muita keinoja.

B2: Meillä on niin vähän meidän puolella näitä tämmösiä ihmisiä ketkä juo alkoholia, ni aika vähästä on osaaminen. A2: Meijä puolella taas on niitä paljon ja kai se kokemus tuo ainaki varmuutta... Mutta kai se käytäntö on paras opettaja.

Jotkut haastateltavat mainitsivat muutamia pieniä onnistumisen kokemuksia ikään-tyneiden asiakkaidensa tukemisessa raittiimpaan elämään. Tällaisia onnistumisia olivat esimerkiksi asiakkaan saaminen syömään tai peseytymään. Levo (2008, 88) toteaa, että ikään-tyneen päihteidenkäyttäjän kanssa pienetkin edistysaskeleet ovat tärkeitä ja auttavat asiakasta ja työntekijää jaksamaan. Tällaisia edistysaskeleita ovat raittiiden päivien lisääntyminen, hygienian kohentuminen ja ruokailusta huolehtiminen. Muutama haastateltava mainitsi joidenkin asiakkaiden lopettaneen juomisen tai vähentäneen juomistaan, kun kotihoidon käynnit alkoivat. Yksi haastateltava kertoi onnistumisesta näin:

A3: Ne on tosi hyviä juttuja sitte. Huomaa että eipä tuo ennää tarviikaan. Et joku kuitenkin käy päivittäin ja kyssyy kuulumiset ja auttaa vähä...

Useimmat haastateltavat kokivat päihde- ja mielenterveysongelmat haastavimmiksi kotihoidon työssä. Myös Larmi ym. (2005, 15) toteavat, että mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoitotyö vaatii perusosaamista syvällisempää ammattitaitoa ja alakohtaista erityisosaamista. Yksi haastateltava totesi, että fyysiset vaivat ovat yksinkertaisempia hoitaa kuin ”mielen asiat” eli alkoholismi ja mielenterveysongelmat. Pari haastateltavaa kuvaili kotihoidon tilannetta siten, että kaikesta tietää vähän, mutta mistään ei tarpeeksi. Tämän lisäksi haastateltavat kokivat, että tällä hetkellä kotihoitoon ”sysätään” päihdeasiakkaat, joita ei muualla hoideta.

Haastateltavien näkemyksiin siitä, missä ikään-tyneen päihdeongelma kuuluisi hoitaa, vaikutti se, milloin päihdeongelma oli alkanut. Jos juominen oli alkanut vasta

myöhemmällä iällä, kodin nähtiin olevan oikea paikka hoitaa ikääntynyt päihteidenkäyttäjä. Useimmat haastateltavat pitivät kotia oikeana paikkana hoitaa asiakkaat, kunhan kotihoitoon saadaan lisää asiantuntemusta ja resursseja. Joidenkin haastateltavien mielestä vuosia alkoholia käyttäneiden alkoholistien ei nähty kuuluvan kotihoiton vastuulle, kuten yksi haastateltava kuvaili:

D3: Enkä minä usko, että se periaatteessa kuuluu kotihoiton piiriin tämmönen pitkäaikaa, jopa vuosikymmeniä käyttäny alkoholia, tämmönen pitkä kroonikkokäyttäjä, jolla ei oo mittään muuta paikkaa. Sitten lopulta sysätään tänne...niin minun mielestä ne kuuluu ihan sinne (päihdepuolelle) vielä edelleenki ja heijän ehtii tämmöset paikat heille. Esimerkiks onhan näitä alkoholisteille tarkotettuja hoitokoteja ja tämmösiä olemassa. Et heijän ohjata jo sieltä immeinen sinne eikä tänne (kotihoitoon). Mut nää on eri asia tietysti nää vanhukset, jotka ovat ruvenneet tässä eläkkeelle jäädessään tissuttelemaan...

Nykyisillä keinoilla ei haastateltavien mukaan pärjää haastavien päihdeasiakkaiden kanssa. Kaikki haastateltavat toivat esille, että heillä on tällä hetkellä vähän työvälineitä puuttua ikääntyneen päihteiden käyttöön. Monet kertoivat kokevansa itsensä tällä hetkellä voimattomiksi ja avuttomiksi päihdeongelmaisten kanssa. Myös Lapalainen-Lehto ym. (2008, 253) toteavat, että työntekijän kokemat avuttomuuden ja turvattomuuden tunteet ovat tavallisia päihteidenkäyttäjien kanssa toimittaessa. Haastateltavat näkivät tarpeelliseksi lisäkoulutuksen, uudet yhteistyömuodot ja työvälineet sekä lisätuen työntekijöille. Muutama haastateltava toi esille, että tällä hetkellä tärkein työväline on työntekijä itse omana persoonanaan, ”Eihä meillä oo ku vaan minä itse” (C2), kuten yksi haastateltava totesi.

6.1.2 Eettinen osaaminen päihteidenkäyttäjän kohtaamisessa

Eettinen osaaminen on olennainen osa ammattitaitoa ja ammatillisuuden selkäranka. Eettisyys kotihoitossa tarkoittaa kykyä pohtia ja tunnistaa omaan toimintaan ja työhön liittyviä moraalisia kysymyksiä. Etiikka ohjaa hoitajan tekemiä valintoja sekä auttaa arvioimaan omaa toimintaa ja sen perusteita. (Ikonen & Julkunen 2007, 156; Juujärvi ym. 2007, 10.) Työntekijän ammatillinen ja eettinen pätevyys rakentuvat analysoimalla työtilanteita, niihin liittyviä tunteita sekä taustalla vaikuttavia arvoja

(Suominen & Vuorinen 1999, 56). Haastatteluissa keskusteltiin paljon työhön liittyvistä eettisistä kysymyksistä ja ongelmista. Haastateltavat puhuivat hoidollisuuden merkityksestä, asiakkaan herättämistä tunteista sekä asiakkaan itsemääräämisoikeudesta. Teoriassa näiden teemojen katsotaan kuuluvan osaksi eettistä osaamista.

Kotihoidon eettiset periaatteet perustuvat elämän kunnioittamiseen. Näitä eettisiä periaatteita ovat oikeus hyvään hoitoon, asiakkaan ihmisarvon kunnioittaminen, tasavertainen ja oikeudenmukainen kohtelu, itsemääräämisoikeuden huomioiminen sekä työntekijän ammattitaito. (Suominen & Vuorinen 1999, 47; Ikonen & Julkunen 2007, 158–159.) Kotihoidon eettiset periaatteet tulivat ilmi haastateltavien puhuessa asiakkaiden itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta ja asiakkaiden kohtaamisesta. Asiakkaan itsemääräämisoikeus oli toistuva teema eri haastateltavien kertomuksissa. Lähes kaikki haastateltavat kertoivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden vaikeuttavan päihteiden käyttöön puuttumista. Asiakkaan itsemääräämisoikeudesta puhuttiin esimerkiksi näin:

A3: Se on haaste seki tietysti, et hyö on omassa kotonaan ja hyö saa tehdä niinku hyö halluu, että myö ei voija määrällä eikä tietenkään saahakaan. Mutta että seki että hyö toimii siellä oman kaavan mukkaan.

B1: Ja muuten sitte se itsemääräämisoikeus kotona on ja viinoja myö ei saaha kaataa pois, jos myö niitä nähhään... Sit jos eivät suostu hoitoon lähtemään, niin oikeestaan se ainut keino on antaa kotona juua niin pitkään, että tulee joku niin paha fyysinen...

Asiakkaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen ilmeni haastateltavien puheissa erilaisten todellisten esimerkkitalanteiden kautta. Esimerkiksi asiakkaan juomia ei saa hävittää, asiakasta ei voi kieltää juomasta kotonaan ja asiakasta ei voi pakottaa hoitoon. Toinen teema, jonka haastateltavat mainitsivat, oli vaitiolovelvollisuus. Vaitiolovelvollisuus estää tiedon viemisen asiakkaan ongelmasta eteenpäin, jos asiakas kieltää kertomasta asioistaan. Jos asiakas kiistää juomisen, niin työntekijöiden keinot ovat vähissä. Kaikki haastateltavat toivat esille sen, että kotona työskentely tapahtuu eri lähtökohdista kuin osastohoidossa. Yksi haastateltava totesi eroista näin:

B3: Siis sillä tavalla et osasto-olosuhteet, siellä on se auktoriteetti ja sie oot siellä pomo tavallaan, mutta kotona sie oot kyllä ihan suojaamattomana omana ittenäs ja teet täysin omalla persoonallas sitä työtä.

Eettiset ongelmat ovat ammatillisessa toiminnassa esiintyviä moraalisia ongelmia, joiden peruskysymys on, mikä on jossakin määrättyssä tilanteessa oikein tai väärin. Eettiset ongelmat ilmenevät ihmisten välisessä vuorovaikutuksessa ja toiminnassa ja niihin ei ole olemassa yhtä oikeaa ratkaisua. (Juujärvi ym. 2007, 13; Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 58.) Haastateltavat pohtivat ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien hoitamista ja sen mielekkyyttä sekä asiakkaan herättämiä ristiriitaisia tunteita. Lisäksi haastateltavien kertomuksissa ilmeni rajanvedon vaikeus sen välillä, mitä pitää tehdä ja mitä voi jättää tekemättä. Nämä esimerkit voidaan nähdä eettisinä ongelmina. Haastateltavat keskustelivat, mahdollistavatko he hoidollaan ihmisen juomisen, kun asiakkaan kaikki asiat hoidetaan hänen puolestaan ja asiakas voi vain keskittyä juomiseen. Myös työnkuva mietitytti ryhmissä, sillä siivoaminen ei varsinaisesti haastateltavien mukaan kuulu kotihoidon työntekijän tehtäviin. Joskus voi olla vaikeaa jopa päästä asiakkaan luo asunnon siivottomuuden vuoksi. Asiakasta ei kuitenkaan voi jättää hoitamatta. Seuraavassa on kahden haastateltavan kokemus tilanteesta:

A2: Joskus sitä hoitajana aina kokee, että mä oon vaan semmonen hengen ylläpitäjä, et mä pidän sen ihmisen elossa...tietyllä tavalla kotihoito joskus tukee ehkä vähä väärällä lailla sitä juomista. Siis tarkoitan, että ku lakanat vaihdetaan aina jos on ulosteissaan ja vois oikeesti vaan istua sohvalle päivät pitkät ja juoda kaljaa ja sit koti pysyy kasassa. Että tavallaan sit ku ei voi olla käymättä, koska heillä on lääkitys tai monisairaita ihmisiä, ni mä koen ainaki tosi ristiriitaisia tunteita. Ja semmosta...turhautumista ja välillä avuttomuuttaki, että mitä tässä voi tehdä.

B1: Ja sitten tavallaan se on meiän hoiettava, koska heitteille ei voi jättää. Mutta sit taas se kriteeri, että sielläki asunnossa saatto olla sammuneita kavereita kenen yli miekii oon hyppiny, et mie pääsen sen ite asiakkaan luokse, ja asiakas on yltäpäältä ripulissa kaulaa myöten ja siinä tulee semmonen mieleen, että voiko tää olla todellista tää hoito.

Haastateltavat kokivat ristiriitaisia tunteita ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoitamisessa. Heidän hoitonsa vie aikaa ja on pois muilta asiakkailta, mikä turhautti haastateltavia. Myös hoidon mielekkyyttä mietittiin haastatteluissa. Jos asiakas ei välitä omasta tilastaan, voi asiakkaan hoito tuntua turhalta, kuten yksi haastatelta-

va totesi. Toisaalta päihtynyttä täytyy kohdella kuten muitakin asiakkaita, käyttäytyä hän miten hyvänsä. Haastateltavat sanoivat keskittyvänsä hoitamiseen omista tunteista huolimatta. He kertoivat näin:

A2: Joskus ajattelee, että hoitaja vaan hoitaa sitä ihmistä, mut ei halua paapoo sitä alkoholismia. Onhan nää alkoholistit ja päihteidenkäyttäjät ihmisinä täysin yhtä arvokkaita kun muutki. Keskitytään siihe ja tehään se puoli mikä on välttämätöntä terveyden ja muun kannalta. Mut ei sitte paapota turhaan, et joka tukis sitä juomista.

A3: Toki ymmärrettään, että asiakas on hoitettava oli ne nyt sitte jokin omanlaisiansa.

Haastateltavat näkivät ikääntyneet päihteidenkäyttäjät samanarvoisiksi muiden asiakkaiden kanssa. Vaikka päihteidenkäyttäjät herättävät työntekijässä negatiivisia tunteita, näiden tunteiden ei anneta vaikuttaa työskentelyyn. Työskentelyssä keskitytään ihmiseen, ei päihdeongelmaan. Myös Laapio (2007, 56) esittää, että hyvän asiakassuhteen perusta päihteidenkäyttäjän kanssa toimittaessa perustuu ihmisen kokonaisvaltaiseen huomioimiseen sen sijaan, että keskityttäisiin vain päihdeongelmaan.

6.1.3 Taidot selvittää ikääntyneen päihteiden käyttöä

Sosiaali- ja terveysalan työntekijän ammattitaitoon kuuluu rohkeus ja taito puhua myös vaikeista asioista. Jos kukaan ei puutu päihteidenkäyttäjän ongelmiin, ongelmat suurenevät ja monimutkaistuvat. Paras keino selvittää päihteiden käyttöä on asiasta suoraan kysyminen. Suhtautumisen asiakkaan päihteiden käyttöön ei tulisi olla tuomitsevaa, joten on tarpeen kiinnittää huomiota keskustelun sävyyn. (Nykky ym. 2010, 19.) Kaikki haastateltavat olivat puhuneet päihdeongelmaisen asiakkaan kanssa hänen päihteiden käytöstään. Osa haastateltavista koki keskustelun luontevaksi osaksi hoitoa ja he puhuivat asiakkaan kanssa avoimesti asiasta. Pari haastateltavista koki aiheesta keskustelun vaikeaksi. Aiheen arkaluontoisuus ja etäinen suhde asiakkaaseen vaikeuttavat päihteiden käytöstä keskustelua. Myös asiakkaan muistiongelman nähtiin vaikeuttavan juomiseen puuttumista, koska asiakas ei välttämättä muista työntekijän kanssa aiemmin käytyä keskustelua. Ai-

heesta keskustelu nähtiin helpommaksi tutun asiakkaan kanssa. Toisaalta yhtä haastateltavaa mietitytti, suhtautuuko asiakas tutun työntekijän puheeksiottoon vakavasti:

B3: Se just, että mite vakavasti ne ottaa sen ihmisen joka siellä käy jatkuvasti... Ehkä vähän tuttavallisempi on se hoitosuhde, ku esimerkiks sairaalassa.

Kaikkien haastateltavien ensisijainen keino asiakkaan päihdeongelmaan puuttumiseksi oli keskustelu asiakkaan itsensä kanssa. Jotkut haastateltavat mainitsivat myös keskustelun omaisten kanssa yhdeksi keinoksi vaikuttaa asiakkaan päihteiden käyttöön. Muiksi keinoiksi arvioida asiakkaan alkoholinkäyttöä haastateltavat kertoivat neuvottelun muiden hoitajien kanssa ja tiimissä keskustelun. Vaikeissa tilanteissa asia vietiin esimiehen tietoon. Keskustelemisesta mainittiin esimerkiksi näin:

D3: Kyllä sitä ensin yritellään keskustella vaan ja vähän kysellä, et minkälaista. No onko se satunnaista vai onko se jatkuvaa ja muuta tämmöstä.

B2: Mä oon lähihoitaja, ni mä ilmoitan sairaanhoitajalle ja sairaanhoitaja lääkärille. Yleensä se menee näin. Ja yhdessä sitten keskustellaan tiimissä.

Kun asiakkaan päihteiden käyttö oli tullut ilmi, ensimmäisenä tarkistettiin asiakkaan lääkehoito. Kaikki haastateltavat toivat esille lääkehoidon arvioinnin päihteidenkäytäjän hoitamisessa. Yleisin mietinnän aihe haastateltavilla oli, voiko asiakkaalle antaa lääkkeitä tai onko asiakas ottanut itse lääkkeensä alkoholin kanssa. Haastateltavat kertoivat, että heidän täytyy nykytilanteessa arvioida asiakkaan humalatilaa silmämääräisesti. He pohtivat lääkehoidon toteuttamista seuraavasti:

B2: Monella kuiteski lääkitys, että voiko niitä lääkkeitä antaa ja uskaltaako tämän asiakkaan jättää kotiin... Jos jollaki on vaikka lääkkeitä kotona, et onks hää ottanu jo ne lääkkeet.

A3: Aina on mietittävä, niin ku tosta lääkkeistä mainihin, että ku se on kuitenkin niin tärkeä, et jos on jo humalassa, et miten myö niitä lääkkeitä voidaan antaa.

B1: Niin lääkärin määräämä, että silmämääräisesti arvioijaan promillen humala. Oikeesti näin lukkee Ylen lääkärilehessä...

Erityisesti pitkään alkoholia käyttäneiden iäkkäiden kohdalla humalatilán arviointi on haastateltavien mukaan vaikeaa, koska he voivat näyttää selviltä, vaikka olisivat juoneet paljon. Yleisimmin haastateltavat keskustelivat lääkehoidosta lääkärin kanssa. Lääkäri antaa ohjeistuksen lääkkeiden annosta. Monesti lääkärin kanssa mietittiin, voiko kyseisen asiakkaan lääkitystä jatkaa, jos hän juo.

6.2 Kehittämistarpeet kotihoidon päihdetyössä

6.2.1 Työvälineiden käyttöönotto ja työmenetelmien kehittäminen

Työmenetelmiä ovat vakiintuneet työtavat. Näitä työtapoja voidaan siirtää muille työntekijöille työyhteisön sisäisesti tai työyhteisöjen välillä. Myös päihteiden käytön tunnistamisen avuksi on olemassa erilaisia työvälineitä ja testejä. Esimerkiksi Ote-taan selvää -opas on kehitetty erityisesti ikääntyneiden päihteiden riskikäytön arviointiin. Näiden työvälineiden avulla työntekijä voi keskustella asiakkaan kanssa asiakkaan päihteiden käytöstä ja asiakas pystyy samalla saamaan tietoa ja tarkastelemaan omaa alkoholinkäyttöään. (STM 2006; Nykky ym. 2010, 18, 27.)

Haastattelemissamme kotihoidon tiimeissä ei ole tällä hetkellä käytössä työvälineitä, kuten kyselytestejä, päihteiden käytön selvittämiseen. Muutama haastateltavista ei tiennyt esimerkiksi AUDIT-testiä tai Otetaan selvää -opasta. Kukaan haastateltavista ei ollut käyttänyt menetelmiä työssään. Kaikki heistä kertoivat kaipaavansa uusia työvälineitä, mutta jotkut haastateltavista epäilivät kyselytestien toimivuutta ikääntyneillä. Pääsääntöisesti haastateltavat näkivät erilaiset kyselykaavakkeet ja testit hyödyllisiksi työssään. Lisäksi he kaipasivat alkometriä työvälineeksi. Alkometrin nähtiin auttavan humalatilán ja veren alkoholipitoisuuden arvioimisessa, mutta haastateltavat pohtivat, suostuisiko asiakas puhaltamaan alkometriin.

Selkeimmin puutetta löytyi ikääntyneen päihdeongelmaan puuttumisen toimintaohjeista. Tällä hetkellä Joensuussa ei ole olemassa ikääntyneiden päihdehoitopolkua, mutta asiaa on alettu selvittää (Lähtenmäki 2010). Päihdehoitopolulla tarkoitamme päihteidenkäyttäjän hoitoprosessia päihteiden käytön selvittämisestä hoitotoi-

menpiteisiin. Haastateltavat kertoivat, että kotihoidossa ei ole tällä hetkellä yhteistä ohjeistusta siitä, kuinka ikääntyneitä päihdeidenkäyttäjiä hoidetaan ja miten päihdeongelmaan puututaan. Eräs heistä näki tarpeelliseksi, että kotihoitoon tulisi toimintatavaksi kysyä kaikilta uusilta asiakkailta heidän päihdeiden käytöstään. Myös yhtenevä ohjeistus päihdeasiakkaiden hoidolle nähtiin tarpeelliseksi. Seuraavassa on yhden haastateltavan näkemys toimintaohjeiden tarpeesta:

A3: Meijä pitäs hoitaa asiakkaita kuitenkin, vaikka ollaan jokainen oma persoona. Mut asiakkaita pitäs hoitaa samalla mallilla, tietyllä tavalla, tai siis eikä mallillakaan vaan silleen, että jokkainen pyssyy niissä sovituissa asioissa. Et saatas koulutuksessa tietynlainen malli siihen, että miten kohdataan tämmönen. Ko saatas ne tietee, et mihi myö otetaan ensimmäisenä yhteys, mikä männöö sitten, mitkä tahot sitten seuraavana siirtyy sen asiakkaan kohalla hoitamaan asiaa.

Muutama haastateltava toivoi, että heillä olisi selkeä ohjeistus siitä, miten päihdeongelman kanssa lähdetään toimimaan, keneen otetaan yhteyttä, mitkä ovat toimintavaihtoehdot ja mistä saa tukea. Lisäksi he toivoivat mallia siihen, kuinka päihdeidenkäyttäjä tulisi kohdata. Haastateltavat toivoivat koulutusta sen jälkeen, kun kaupunki on tehnyt ohjeistuksen päihdetyölle.

6.2.2 Työhyvinvoinnin kehittäminen

Työhyvinvoinnilla tarkoitetaan työn mielekkyyttä ja sujuvuutta turvallisessa työympäristössä ja työyhteisössä (Työterveyslaitos 2010). Koti on työympäristönä haasteellinen. Asiakkaan hyvinvoinnin ja itsemääräämisoikeuden huomioinnin lisäksi tulee kiinnittää huomiota myös työntekijän omaan turvallisuuteen ja terveyteen. Työntekijä voi kohdata työssään asiakkaan kotona fyysistä uhkaa, sanallista uhkailua sekä seksuaalista ahdistelua, esimerkiksi vihjailua tai koskettelua. Muita kotona kohdattavia haittatekijöitä ovat muun muassa tupakansavu, tartuntatauteja aiheuttavat bakteerit ja virukset ja päihdeitä häiritsevästi käyttävät asiakkaat tai omaiset. (Hägg ym. 2007, 17; Levo 2008, 87.) Jokaisessa haastatteluryhmässä ilmeni, että työntekijät olivat joutuneet häirinnän kohteeksi kotikäynneillä ja työskentelemään epämiellyttävissä olosuhteissa.

Haastateltavat kertoivat, että asiakkaiden kodit voivat olla siivottomassa kunnossa ja asiakkaat eivät välttämättä ole huolehtineet omasta hygieniastaan. Yksi haastateltava mainitsi, että heidän asiakkaillaan voi olla hepatiitti⁴. Hän toivoi, että hepatiittirokotukset olisivat pakolliset kaikille kotihoidon työntekijöille. Kotikäynnillä asiakas on voinut olla omien eritteidensä peitossa ja hänen oksennustaan on saattanut olla ympäri asuntoa. Eräs haastateltava kuvasi tämän heikentävän työmukavuutta:

B1: Joka päivä on petivaatteet pohjiin asti täysin virtsassa ja kaikki siis. Että ihan siis jo tällöinen oma työmukavuus, ni on välillä tosi kaukana.

Lähes kaikki haastateltavat olivat kohdanneet sanallista herjausta, seksuaalista häirintää, asiakkaan aggressiivista käytöstä sekä muita juomisen tuomia lieveilmiöitä. Haastateltavien kokema seksuaalinen häirintä on sisältänyt koskettelua, ehdottelua tai asiakkaan seksuaalista käyttäytymistä itseään kohtaan. He ovat myös kohdanneet asiakkaan epäasiallista kielenkäyttöä. Asiakkaat käyttäytyvät epäasiallisemmin silloin, kun työntekijä tulee yksin kotikäynnille. Haastateltavat kertoivat, että aina täytyy varmistaa pois pääsy uhkaavasta tilanteesta. Lisäksi asiakkaan kotona olevat juopuneet kaverit ovat joissain tapauksissa vaikuttaneet asiakkaan käytökseen työntekijää kohtaan. Haastateltavat kuvailivat uhkaavia tilanteita näin:

B3: Ja sitten on tietysti kaverit, ketkä tulee alkoholin käyttäjien mukana sinne kottiin... Ja tavallaan kasvattaa sitä rohkeutta käyttäytyä naisihmisiä, hoitajia, kohtaan sitte erilailla.

D1: Auto pittää laittaa sillä tavalla, että on lähtövalmis ja avvaimet taskuun ja ovi jättää silleen, että piässäö suoraan siihen menemmään.

B1: Ja kähmintähän on se yks lieveilmiö myös näillä, mitä ilmenee. Että sen oppii, että ei selustaa käännä ikinä, selkäpuolta, eikä mene nurkaan...

Yleisimmät haastateltavien kokemat uhkaavat tilanteet liittyivät ikääntyvän alkoholiongelmaisen luona mahdollisesti oleileviin muihin henkilöihin tai ”ryyppyporukoihin”. Joidenkin asiakkaiden omaiset vaikeuttavat haastateltavien työtä tuomalla alkoholia asiakkaalle tai olemalla itse päihtyneinä varsinaisen asiakkaan kotona. Haastateltavat sanoivat, että heillä ei ole mahdollisuuksia puuttua omaisten toimiin. Heidän täytyy aina arvioida, onko turvallista mennä päihteitä käyttävän asiakkaan

⁴ Hepatiitti on viruksen aiheuttama maksatulehdus (Huovinen 2009).

luo. Haastateltavien mukaan tällä hetkellä ei ole olemassa ohjeistusta siitä, milloin he voivat jättää menemättä asiakkaan luokse. He toivoivat tähän muutosta. Yksi haastateltava kertoi kokemuksestaan näin:

C2: Ollaan jouduttu arvioimaan joskus, että voiko edes mennä asiakkaan luo oman turvallisuuden takia. Mut tää on vähä... Se lainsäädäntö ei oikein tue. Et tää on semmonen hankala asia ollu, että millon sit voi olla, että jättää menemättä.

Työntekijän turvallisuudesta huolehtiminen on työnantajan tehtävä niin asiakkaan kotona työskenneltäessä kuin toimisto-olosuhteissa. Mahdollisia toimintatapoja työturvallisuuden lisäämiseksi ovat esimerkiksi parityömalli, työnkierto tai vartijan tai poliisiin mukaan tulo asiakaskäynnille. (Larmi ym. 2005, 16; Levo 2008, 87.) Vaikeat asiakkaat ovat tuoneet muutoksia haastateltavien työjärjestelyihin, esimerkiksi kotikäynneille on menty työpareina, kun normaalisti työskennellään yksin. Tämä oli tuonut haastateltaville turvallisuutta, mutta vienyt resursseja muulta työltä. Haastateltavat sanoivat, että heidän on mentävä asiakkaan luo joka tapauksessa, olipa vastaanotto millainen hyvänsä. He kertoivat olevansa suojattomia asiakkaan käytöksen edessä. Haastateltavat kuvailivat tilannetta vaikeaksi:

A1: Niinku aatellaan tätä meiän ammattii, niin aika suojattommii siinäkki mielessä ollaan, jos asiakas haukkuu tai kähmii tai muuta. Mutta jos polliisii haukut tai kähmit, niin siehän saat sakot ja jouvut putkaan. Me ei olla tasa-arvosessa asemassa.

A3: Kyllä vässyy, tiimi vässyy ja on pakko asiakasta sitten liikuttaa useemmalla, siis koko henkilökunnalla, koska kukkaan ei pysty yksin sitten.

Muutaman haastateltavan mukaan päihdeidenkäyttäjän hoito on raskasta ja se näkyy työyhteisön ilmapiirissä ja henkilökunnan jaksamisessa. Haastateltavien vastauksista ilmeni, että päihdeidenkäyttäjän kohtaaminen vaatii työntekijältä muuntautumista; monet heistä olivat joutuneet muuttamaan omaa käytöstään ja sopeutumaan erilaisiin rooleihin. Esimerkiksi päihdeongelmaista ei voi haastateltavien sanoin ”kohdata samalla tavalla kuin hienostorouvaa keskustassa”, vaan päihdeongelmaista kohdattaessa työntekijän on otettava joskus tiukempi rooli. Yksi haastateltava mainitsi joutuneensa käyttämään voimasanoja asiakkaan kanssa toimiesaan. Haastateltava kertoi päihtyneen kohtaamisen synnyttämistä tunteista:

A3: On todella ongelma, kroonistunu alkoholisti, ni kyllähän se välillä ihan oikeesti piti siinä oven takana vettä henkkee, et hoidan sen asiallisesti ja olen hänelle ystävällinen, vaikka sieltä tulee mitä tahansa. Että on kestävä ja nieltävä hirveesti. Kyllä joutuu välillä ihan terästäytymään, että ei sille voi mittään.

Päihteidenkäyttäjiä kohdattaessa työntekijä joutuu kestämään paljon. Hoito on raskasta ja vaatii paljon resursseja. Useat haastateltavat kuvailivat olevansa voimattomia ja väsyneitä nykyisessä tilanteessa. Lappalainen-Lehto ym. (2008, 242, 253) esittävät samansuuntaisia ajatuksia; työntekijät voivat väsyä työskennellessään päihteidenkäyttäjien kanssa ja sietämään asiakkaalta monenlaista käyttäytymistä. Haastateltavat toivat esille, että kaikesta huolimatta ammatillisuus on säilytettävä. Heidän täytyy käyttäytyä ammatillisesti, vaikka asiakas käyttäytyisi asiattomasti.

6.2.3 Tukitoimet työntekijöille

Työntekijöille pitäisi tarjota tukitoimina työnohjausta, terapiaa ja täydennyskoulutusta. Varsinkin ihmisten kanssa tehtävään työhön tulisi kuulua työnohjausta, jossa on mahdollisuus purkaa kokemuksiaan ja tuntemuksiaan turvallisesti. Työnohjaus tukee työntekijän ammatillista kasvua, työssä jaksamista ja ammattitaidon ja työkyvyn ylläpitämistä sekä antaa tukea hänelle. (Levo 2008, 86–87; Paimio 2008, 324; Holmberg 2010, 135–136.) Haastateltavilla oli epäselvyyttä siitä, onko heillä tällä hetkellä työnohjausta. Tällä hetkellä vaikeista työasioista keskustellaan lähinnä työkavereiden kanssa. Osa haastateltavista toi esille ulkopuolisen tuen tarpeen, esimerkiksi psykologin tapaamisen. Näistä haastateltavista tuntui, että työasioita ei voi käsitellä tällä hetkellä tarpeeksi, joten ne jäävät painamaan mieleen. Lisäksi yhdessä haastatteluryhmässä toivottiin enemmän yhteistyötä muiden kotihoidon alueiden työntekijöiden kanssa. Tämä mahdollistaisi vertaistuen saamisen ja kokemusten jakamisen. Haastateltavat ilmaisivat toiveensa seuraavasti:

C2: Saattas olla hirveen hyvä ku meilläki ois joku psykologi, jonka luona vois käyvä. Myö voitais varata aika ja käyvä juttelemassa näistä työhön liittyvistä ihan semmoselle ulkopuoliselle. Tuota miusta tuntuu, että vois olla varmaan tarpeen joskus, et sais näitä purkaa, mitä kaikkia asioita on kertyny.

B1: Ehkä semmonen vertaistuki kotihoion alueitten, en tiiä onko muilla alueille niin paljoo niitä sitten niinku meiän alueella, mutta ihan just mielenkiinnostosta jutella ja silleen niitä kokemuksia ja keinoja ja mitenkä toiset on niistä selvinny.

Koulutuksen tavoitteena on ylläpitää ja päivittää työntekijän osaamista päihdetyön muuttuvien vaatimusten mukaisiksi. Täydennyskoulutukset ovat tarpeellisia, koska ammattikoulutuksesta ei välttämättä ole saanut riittävästi tietoa päihdehoitotyöstä tai työntekijän taidot ja asenteet kaipaavat muuten päivitystä. Täydennyskoulutusten järjestämisvelvollisuus on työnantajalla. (Levo 2008, 86–87; Paimio 2008, 324; Holmberg 2010, 135–136.) Kaikki haastateltavat toivoivat lisää koulutusta päihdetyöstä. Osa heistä oli aiemmin osallistunut päihdekoulutukseen, mutta koulutuksen ei nähty olevan riittävää. Lähes kaikkien haastateltavien mielestä koulutuksen pitäisi olla kohdennettua täsmäkoulutusta, jossa kunkin yksikön omat tarpeet olisi huomioitu. Eräs haastateltava muotoili koulutustarpeen tällä tavoin:

A2: Kai se ois semmosta täsmäkoulutusta, yksikkökohtasta, et tänne tulis joku alan ammattilainen, joka ensinnäki olis ottanu selvää minkälaisia ongelmia meillä on täällä ja tarjois meille niihi jotai työvälineitä ja menetelmiä mite me jaksettas tässä. Tommoset isot koulutuksetha, nehä ei oo mitenkään yksikkökohtaisia. Meijä ongelmat on iha erilaiset taas ku Rantakylässä.

Koulutuksen toivottiin antavan käytännönläheistä tietoa ja konkreettisia välineitä ja niiden toivottiin olevan kaikille työntekijöille, myös pitkäaikaisille sijaisille. Haastateltavat olivat sitä mieltä, että koulutuksia tulisi olla useampia ja eri aikoihin, jotta mahdollisimman moni voisi osallistua. Koulutuksissa olisi heidän mukaansa tarpeellista käsitellä sitä, miten puuttua ikääntyneen päihteiden käyttöön ja miten kohdata päihteidenkäyttäjä. Jotkut haastateltavat sanoivat, että kouluttajalla olisi hyvä olla omakohtaista tietoa ja kokemusta päihteidenkäyttäjien kanssa toimimisesta.

6.2.4 Moniammatillisen työn lisääminen

Moniammatillisella työllä tarkoitetaan eri ammattiryhmiä edustavien asiantuntijoiden yhdessä työskentelyä ja yhteistyötä. Moniammatillisuuden tavoitteena on työntekijöiden vastuun jakaminen ja asiakkaan kokonaisvaltaisempi tukeminen. Vastuun jakautuessa useammalle ihmiselle, työntekijän työssä jaksaminen lisääntyy. (Vilén ym. 2002, 343.) Haastateltavat ovat tehneet yhteistyötä asiakkaan päihdeongelman tiimoilta A-klinikan, sosiaalityöntekijöiden, edunvalvojan ja terveyskeskuksen kanssa. Pari haastateltavaa toi esiin moniammatillisten palaverien tarpeen kotihoidon päihdetyössä. Palavereissa tulisi olla mukana kaikki asiakkaan kannalta olennaiset tahot eli sosiaalityöntekijä, edunvalvoja ja kotihoidon edustaja. Jotkut haastateltavista toivoivat erityisesti sosiaalipuolen kanssa tiiviimpää yhteistyötä. Yksi haastateltava kertoi näin:

B1: Sosiaalipuolen kanssa se yhteistyö voisi olla tiiviimpää ja enemmän resursseja sinne puolelle niihin kotikäynteihin. Koska se koti kyllä avartaa sitä maailmaa varmasti jollaiselta, joka ihmisten kanssa työtä tekee. Ne näkyy siellä siinä omassa luonnossaan eikä missään toimistolla eikä muualla... Sit yhteispalavereita meidän kanssa, että siellä ollaan moniammatillisesti mukana...

Ammatillisella konsultaatiolla tarkoitetaan kokeneemalta ja asiaan perehtyneeltä työntekijältä tai työryhmältä neuvon tai ohjauksen pyytämistä johonkin vaikeasti ratkaistavaan ongelmaan (Holmberg 2010, 136). Haastatteluissa ilmeni tarvetta yhteistyölle erilaisten asiantuntijoiden kanssa, joita voisi konsultoida ongelmatilanteissa. Useimmat haastatelluista näkivät päihdeosaamisen olevan oma erikoisalansa. Esimerkiksi yhdessä ryhmässä todettiin, ettei kukaan heistä ole päihdehuollon ammattilainen. Haastateltavat puhuivat ulkopuolisen, kotikäyntejä tekevän päihdeasiantuntijan tarpeesta kotihoidon yhteistyökumppanina. Kotikäyntien tarvetta perusteltiin sillä, että ihminen käyttäytyy kotona eri tavalla kuin vastaanotolla. Lisäksi kotiolo avartavat näkemystä asiakkaan tilanteesta. Osa heistä toi esiin sen, että kotikäyntejä tekevän henkilön tulisi olla pidempiaikainen ja pysyvä. Toisaalta haastateltavat toivoivat yhteyshenkilöä, jolta saisi tietoa ja neuvoja hoitoon ohjauksesta. Yksi heistä mainitsi, että kotihoidossa tarvittaisiin myös sellaista henkilöä, joka osaisi arvioida ja tukea päihdeikäyttäjän henkistä hyvinvointia. Kyseinen

haastateltava näki, että kotihoidon työntekijöillä ei ole aikaa tai riittävää osaamista tällaiseen. Haastateltavat kuvailivat toiveitaan näin:

C2: Ois hirveen hyvä ku meillä ois kotihoidossa tämmönen päihdeasian-tuntija tai semmonen, jolle vois soittaa ja ois jotenki tässä tukena. Tekis kotikäyntejä ja vois arvioida näitä tilanteita ja just ois sellasella enemmän tietämystä.

D3: Kyllä mie luulen, että myö tarvittas ainaki semmonen yhteyshenkilö, johon me voitais ottaa yhteyttä...Jolla ois tämmöstä kokemusta ja tiettoa ja taittoa...joka periaatteessa pystys sitten vaikka katkassuun tai johonki tämmöseen ohjaamaan tämän ihmisen. Käymään keskustelemassa ihan kotona tämän ihmisen kanssa siitä, että onko sillä ihmisellä ees halu lähtee mihinkkään tämmöseen katkasuun tai johonki muuhun.

A2: Myös sen henkisen voinnin arviointi. Ois ihminen, joka osais johdatella sitä keskustelua niin, että perimmäiset syyt pulpahtais sieltä esille. Ei musta olis yhtään paha, jos kotihoidossa olis, palkattais iha tämmönen päihdehoitaja jokaiseen yksikköön, samoin mielenterveyspuolen koska ne on isoja haasteita tulevaisuudessa.

Nykyn ym. (2010, 14-15) mukaan kuntoutumisprosessissa alkoholin riippuvuuskäytön alkamisajankohdalla on vaikutusta tarjottaviin palveluihin. He katsovat, että pitkään juoneet ja varhain juomisen aloittaneet päihteidenkäyttäjät hyötyvät enemmän arjessa selviytymistä tukevasta avusta kuin esimerkiksi keskustelusta. Myös muutama haastateltava toivoi ikääntyneille päihteidenkäyttäjille kuntoutusta, jossa opeteltaisiin arkisten asioiden hallintaa ja kiinnitettäisiin huomiota ihmisen henkiseen hyvinvointiin. Monet haastateltavista olivat sitä mieltä, että lyhytaikainen katkaisu ei toimi ikääntyneillä ja tällä hetkellä ei ole palveluja, jotka tukisivat ikääntyneen raitistumista. Katkaisusta kotiutumisen jälkeen vanhuksille toivottiin tukihenkilöä. Eräs haastateltava esitti vertaistukiryhmiä ikääntyneille päihteidenkäyttäjille, jotta he havahtuisivat omaan tilanteeseensa. Seuraavassa on kahden haastateltavan ajatuksia:

A2: Miusta olis tosi hyvä, jos tämmösille pitkäaikaispäihdeiteinkäyttäjille esimerkiksi olis jotain valtion tai kunnan järjestämää pakollista kuntoutusta. Et selvästi siinä kuntoutusjaksolla kannustettais ja perehdyttäis siihe raittiin elämään ja harjoteltais iha näitä arjen asioita, lakanoitten vaihtoa...

C2: Ois se tuki sit sieltä, et ei suoraan heitetä kottiin, vaan heillä ois se tukihenkilö. Et sitte tavallaan kuntoutettas tämä yhteiskuntaan...Ja ne omaiset tietysti mukana, jos niitä on yhteistyössä tai jotenki... Et sillai tulis varmasti hyviä tuloksia.

Tällä hetkellä työntekijöillä on hyvin vähän keinoja vaikuttaa ikääntyneen päihteiden käyttöön. Suominen ja Vuorinen (1999, 47) lukevat ihmisen itsemääräämiskeuden kunnioittamisen kuuluvan kotihoidon eettisiin periaatteisiin. Kotonaan ihminen määrää itse omasta elämäntavastaan ja siihen ei työntekijällä ole mahdollisuutta puuttua. Nykyinen tilanne tiivistyy hyvin yhden haastateltavan näkemyksessä:

A3: Minkä verran myö voiaan puuttuukkaan esimerkiks.Toki keskustellaan ja muuta, mut se ku ihminen ellää kotonaan ja noin, niin kyllähän se saa elää siellä niinku se haluaa. Jos se päättää, että se juopi, niin kyllä meilleki tuli ihan tuolta ylemmältä taholta viesti, et ihminen saapi juoda itsensä hengiltä, jos se vaan niin haluaa.

Nykytutkimusten perusteella ikääntyvien alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmien uskotaan lisääntyvän, muun muassa Jyrkämä (2007b, 14-15) on todennut näin. Kaikilla haastateltavilla oli näkemys, että ikääntyneiden päihteiden käyttö on nouseva ilmiö ja ongelmat tulevat tulevaisuudessa monipuolistumaan ja vaikeutumaan. Myös Larmi ym. (2005, 15) katsovat, että kotihoidon piiriin tulee tulevaisuudessa nykyistä enemmän erityisryhmiin kuuluvia asiakkaita, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmaisia. Haastateltavat uskovat lääkkeiden väärinkäytön ja huumeiden olevan tulevaisuudessa kotihoidon haasteita.

6.3 Tulosten yhteenveto

Opinnäytetyömme keskeisimmät tulokset ovat, että haastattelemamme kotihoidon työntekijät eivät koe omaa päihdeosaamistaan tällä hetkellä riittäväksi eikä heillä ole käytössään tarpeeksi työvälineitä. Kaikilla haastateltavilla oli kuitenkin perusosaamista päihdetyöstä. Päihdeosaaminen oli hankittu käytännön työssä ja lisäkoulutusten avulla. Muita ammattitaidon osa-alueita olivat eettinen osaaminen ja päihteiden käytön selvittäminen. Eettisyys työssä ilmeni asiakkaan itsemääräämis-

oikeuden kunnioittamisena ja eettisten ongelmien pohdintana. Haastateltavat pohjivat esimerkiksi omaa työnkuvaansa ja päihdeasiakkaiden hoidon mielekkyyttä. Asiakkaiden päihteiden käyttöä selvitettiin lähinnä keskustelun avulla. Päihteiden käytöstä keskusteltiin erityisesti asiakkaan itsensä, hoitotiimin sekä lääkärin kanssa. Ongelmalliseksi asiaksi päihteidenkäyttäjän kanssa toimiessa koettiin lääkehoidon toteuttaminen. Kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat, että nykyisellä osaamisella ei pärjää haastavien päihdeasiakkaiden kanssa.

Kehittämistarpeiksi kotihoidon päihdetyössä nähtiin uusien työvälineiden saaminen ja olemassa olevien välineiden käyttöönotto, yhteisten toimintaohjeiden luominen ikääntyneiden päihdeasiakkaiden hoidolle sekä moniammatillisen yhteistyön lisääminen. Kotihoidossa ei ole tällä hetkellä työvälineitä päihdeongelman selvittämiseen eikä toimintaohjeistusta päihdeasiakkaiden hoidolle. Kotihoitoon toivottiin päihdetyön erikoisosaamista työn tueksi ja lisää yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa. Lisäksi haastateltavat kaipasivat lisää koulutusta ja tukea työhönsä. Haastateltavat olivat myös kohdanneet työssään häirintää ja uhkaavia tilanteita. Nykyinen tilanne kotihoidon päihdetyössä koettiin voimia vieväksi. Haastateltavat toivoivat saavansa uusia keinoja päihdeasiakkaiden kanssa toimimiseen.

Tuloksissamme esiintyi samanlaisia teemoja työn vaikeutumisesta, koulutuksen tarpeellisuudesta ja kehittämistarpeista päihdetyössä kuin aiemmissa opinnäytetöissä. Sekä meidän että Fagnäs ja Paanasen (2009) opinnäytetöiden tuloksissa ilmenee, että kotihoidosta puuttuu selkeä toimintaohjeistus ikääntyneiden päihteiden käyttöön puuttumisesta. Lisäksi molempien töiden tulosten mukaan kotihoidon päihdetyöhön tarvitaan lisää työvälineitä. Kuten omissa tuloksissamme, myös Hukka-Kräkin ja Mikkosen (2007) opinnäytetyön tuloksissa työntekijöiden työrutiinit olivat vaikeutuneet, he olivat kohdanneet seksuaalista häirintää ja päihdeasiakkaat olivat vieneet aikaa muilta asiakkailta. Yhteistä oli myös tarve yhdyshenkilölle, joka auttaisi päihdetyössä. Kaikkien kolmen työn tuloksissa päihdeasiakkaiden kanssa työskentely koettiin raskaaksi. Samoin yhteistä oli selkeä koulutuksen tarve ikääntyneiden päihteiden käytöstä ja siihen puuttumisesta vanhuspalveluissa työskenteleville.

7 POHDINTA

7.1 Johtopäätökset

Verrattaessa haastateltavien osaamista päihdetyön koulutuksen minimisisältöön voidaan sanoa, että kotihoidon työntekijöillä on perusosaamista päihdetyöstä. He hallitsevat minimisisällön mukaiset perustiedot päihteistä ja niiden käyttöön liittyvistä haitoista. He osaavat suhtautua ammatillisesti päihteidenkäyttäjään sekä tunnistaa ja kohdata päihteiden ongelmakäyttäjän. Haastatellut työntekijät tuntevat työssään tarvittavaa lainsäädäntöä ja ovat tietoisia Joensuun päihdepalveluista. He ovat tehneet yhteistyötä esimerkiksi katkaisua toteuttavien tahojen ja A-klinikan kanssa. Haastateltavat ovat tukeneet asiakkaita ja ohjanneet heitä tarvittaessa päihdepalvelujen pariin. Toisin sanoen katsomme minimiosaamisvaatimusten täyttyvän haastateltavilla pääosin. Näyttää siltä, että käytännön työssä ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kanssa kyseinen miniosaamisvaatimusten mukainen perusosaaminen ei riitä Joensuun kotihoidon ikääntyneiden päihdeasiakkaiden kanssa. Ikääntyneet päihdeasiakkaat vaativat työntekijältä erityisosaamista. Työntekijällä pitäisi olla hallussa erilaisia työskentelyvälineitä, syvällisempää tietoa ja taitoa puuttua ongelmaan sekä aikaa paneutua asiaan.

Joensuun kotihoidossa tarvitaan päihdehoitopolku, jossa jaetaan selkeät vastuualueet henkilöstölle, selkeytetään yhteistyötahojen roolit ja esitellään ikääntyneiden päihdehoidon etenemismalli. Tällä hetkellä Joensuun kotihoidosta puuttuu tällainen toimintaohjeistus. Lisäksi kotihoidossa olisi hyvä olla yhtenäiset periaatteet ikääntyneiden päihdeongelmaisten hoidolle ja selkeyttää työntekijöiden työnkuvaa päihdeasiakkaan kotona. Hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisen yhteydessä tulisi kirjata suunnitelmaan myös asiakkaan päihdehoito. Jo olemassa oleva suunnitelma on tarpeellista saattaa ajan tasalle päihdeongelman noustessa esiin. Uusilta asiakkailta on hyvä kartoittaa alkoholinkäyttö jo siinä vaiheessa, kun asiakas tulee kotihoidon palvelun piiriin.

Ehdotamme, että kotihoitoon laaditaan ohjeistus siitä, milloin uhkaavasti käyttäytyvän asiakkaan luo voi jättää menemättä. Lainsäädännössä ei ole selkeää pykälää, joka ohjeistasi, kuinka kyseisissä tilanteissa menetellään. Rikoslaisissa (L39/1889 21 luvun 14 §) kuitenkin on määritelmä heitteillepanolle, johon työntekijä voi syyllistyä, mikäli hän jättää menemättä asiakkaan luo ilman ylempää ohjeistusta. Työntekijä ei siis voi itsenäisesti päättää kotikäynnin perumisesta, vaan tällaiset päätökset kuuluvat esimiehen vastuulle. Erityisasiantuntija Varsan (2010) mukaan asiakasta ei saa jättää ilman hänelle luvattuja palveluja. Jos työntekijä kokee olonsa turvattomaksi, asiasta on hyvä keskustella esimiehen kanssa. Asiakkaan kanssa tulee sopia selvästi siitä, mikä on sopivaa käytöstä työntekijää kohtaan ja asiakkaan tulee sitoutua tähän asianmukaiseen käyttäytymiseen. Asiakkaalle täytyy kertoa seurauksista, jos hän ei noudata sovittuja sopimuksia. Työntekijän turvallisuudesta huolehtiminen on työnantajan velvollisuus. Tilanteessa tulee aina tehdä riskikartoitus, jossa arvioidaan riskit ja niiden todennäköisyys. Toiseksi voidaan tehdä suoja-toimenpidesopimus tai vastaava sopimus, johon kirjataan toimenpiteet, jotka ovat sallittuja työntekijöille. Näillä kaikilla eri toiminnoilla asia pyritään ratkaisemaan yhdessä kaikkia osapuolia tyydyttävällä tavalla. (Varsa 2010.)

Kotihoidon päihdetyöhön tarvitaan työntekijöiden tueksi päihdeasiantuntija. Tähän on olemassa kaksi vaihtoehtoa: työntekijä on kotihoidon ulkopuolinen yhteyshenkilö tai kotihoidon sisällä toimiva oma päihdehoitaja. Esimerkiksi Salon A-klinikkatoimella on työmuoto, Rolle-työ, jossa A-klinikan työntekijä toimii myös kotihoidon tukena päihdeasioissa. Työntekijä tekee esimerkiksi tarvittaessa kotikäynnejä ja arvioi ikääntyneen päihdeidenkäyttäjän tilannetta. Häntä voi myös konsultoida kotihoidossa eteen tulevissa ongelmatilanteissa. (Putkonen 2010.) Toinen esimerkki on Vantaalla Kotihoito-sateenvarjo-projektissa kehitetty päihdevastaavan hoitajan toimenkuva kotihoitoon. Kyseessä ei kuitenkaan ollut uusi virka, vaan tointa kehitettiin osana muuta työtä. Päihdevastaavan hoitajan toimeen kuuluvat kotikäynnit, muiden työntekijöiden neuvominen päihdeasioissa ja hoitoon ohjaamisessa, avokatkaisun toteuttaminen, materiaalien pitäminen ajan tasalla sekä ryhmien ohjaaminen päihdeasiakkaille. (Peräkoski, Riihimäki, Vuorilehto, & Kuosmanen 2009, 5–7.)

Joensuun kotihoidossa on suositeltavaa ottaa käyttöön työvälineitä päihteiden käytön arviointiin, esimerkiksi kyselytestejä. Kotihoidon työntekijöiden tueksi on myös valmistumassa tämän vuoden lopulla uusi työväline alkoholinkäytön arviointiin yli 65-vuotiailla. Tavoitteena on jalkauttaa työväline eri toimijoiden keskuuteen. (Kejonen 2010.) Katsomme, että tukitoimia työntekijöille tulee olla enemmän. Kotihoidon kaikille pitkäaikaisille työntekijöille on hyvä järjestää asianmukainen ja käytännönläheinen täydennyskoulutus ikääntyneiden päihteiden käytöstä ja tarjota työnohjausta. Joensuun kotihoidossa ei näyttäisi olevan riittävästi työnohjausta, vaikka sitä olisi hyvä olla ihmissuhdetyötä tekeville. Työnohjaajan on hyvä olla ulkopuolinen henkilö, jotta työntekijät voivat käsitellä asioita totuudenmukaisesti ja saavat ammattitaitoista ohjausta.

Johtopäätöksemme on, että nykyisessä tilanteessa kotihoidon työntekijöiden on haasteellista auttaa ikääntyntä päihdeongelmaista. Ensinnäkin ikääntyneille suunnattuja päihdepalveluja on vähän tarjolla. Toiseksi Joensuun kotihoidon toimintakäytännöt ikääntyneiden päihteidenkäyttäjien kohdalla ovat vielä kehitteillä. Voidaan esittää myös kysymys, kuuluvatko jo nuorella iällä alkoholisoituneet ”kroonikkokäyttäjät” kotihoidon vastuulle vai edelleen päihdehuollon piiriin. Voidaan pohdita pitäisikö vuosia juoneille ikääntyneille päihdeongelmaisille olla heidän hoitoonsa erikoistunut hoitokoti, sen sijaan että heidät siirretään vastuutaholta toiselle ikääntymisen seurauksena. Monesti nähdään, että ikääntynyt olisi parasta hoitaa mahdollisimman lähellä omaa elinympäristöään, jolloin koti on usein järkevä paikka hoitaa päihdeongelmaista ikääntyntä. Katsomme, että koti ei kuitenkaan ole automaattisesti paras paikka kaikille. Jos ikääntyneet päihteidenkäyttäjät hoidetaan myös jatkossa kotihoidossa, tarvitaan työhön lisää resursseja, työvälineitä ja tukitoimenpiteitä.

Uskomme, että kotihoidon työssä kohdattavat haasteet ovat yhteisiä myös muille ihmissuhdetyötä tekeville. Niin terveydenhuollon kuin sosiaalialan työntekijät voivat työssään kohdata itseensä kohdistuvaa henkistä ja fyysistä uhkaa. Tällaisia uhkia voivat olla seksuaalinen häirintä, asiakkaan aggressiivinen käytös tai sanallinen loukkaaminen. Nämä haasteet ovat selkeimmin nähtävissä asiakkaan kotona ta-

pahtuvassa työskentelyssä, jossa työntekijä on suojaamaton. Kotona työntekijällä ei ole mahdollisuuksia rajoittaa asiakkaan käytöstä samalla tavalla kuin esimerkiksi laitosoloissa. Suomalaisessa yhteiskunnassa päihteiden käyttö on yleistä. On hyvin todennäköistä, että jokainen sosiaali- ja terveysalan työntekijä on päihteidenkäyttäjien kanssa tekemisissä jossain vaiheessa työuraansa. Tämän vuoksi tarvitaan hyvää päihdekoulutusta eri aloilla jo peruskoulutuksessa. Katsomme, että päihdetyön koulutuksen minimisisältö on askel oikeaan suuntaan.

7.2 Tavoitteiden toteutuminen ja menetelmän arviointi

Tutkimustehtävämme oli alun perin selvittää kotihoidon työntekijöiden osaamisen lisäksi heidän kokemuksiaan ikääntyneistä päihteidenkäyttäjistä asiakkaina. Jo alkuvaiheessa totesimme kuitenkin, että kokemusten tutkiminen ei ollut tarkoituksen mukaista tutkimustehtävämme kannalta. Osaamisen ja kehittämistarpeiden selvittäminen kotihoidon päihdetyössä olivat jo yksistään laajoja aiheita ja näin ollen riittäviä opinnäytetyömme selvityskohteiksi. Onnistuimme saavuttamaan työllemme asettamamme tavoitteet: saimme vastaukset tutkimustehtäviimme ja toimeksiantajamme (liite 6) olivat tyytyväisiä selvitykseemme. Onnistuneeseen lopputulokseen päädyimme, koska olimme valmiita joustamaan alkuperäisistä suunnitelmistamme ja muuttamaan niitä tarvittaessa. Tarkastelimme myös omaa toimintaamme kriittisesti koko prosessin ajan. Yksi onnistumisen avain ja työn onnistumisen edellytys oli laaja perehtyminen teoriakirjallisuuteen ja ajankohtaiseen kehittämistyöhön. Koemme, että selvityksemme tuottaa tietoa, josta on hyötyä käytännön työelämässä.

Ajatuksenamme oli alusta alkaen tehdä aineistonkeruu ryhmähaastatteluina ja koimme sen toimivaksi menetelmäksi. Kyseistä menetelmää on käytetty melko vähän sosiaalialan opinnäytetöissä. Lisäksi kotihoidon työntekijöiden kanssa 11 yksilöhaastattelun tekeminen olisi ollut aikataulullisesti haasteellista, koska haastattelut tapahtuivat heidän työajallaan. Ryhmätapaamisten sopiminen sen sijaan onnistui vaivattomasti. Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 63) mukaan ryhmähaastattelun avulla voidaan saada paljon tietoa usealta vastaajalta yhdellä haastattelulla. Sen lisäksi,

että ryhmähaastattelu on tehokas tiedonkeruumenetelmä, se myös mahdollisti haastateltavien keskinäisen kokemusten jakamisen ja ajatusten vaihdon. Ryhmäläiset rohkaisivat toisiaan jakamaan kokemuksia.

7.3 Opinnäytetyöprosessin luotettavuus ja eettisyys

Laadullisessa tutkimuksessa arviointi perustuu pitkälti koko tutkimusprosessin luotettavuuteen (Eskola & Suoranta 2008, 210). Opinnäytetyöprosessissamme olemme dokumentoineet mahdollisimman tarkasti jokaisen vaiheen alkuideasta toteutukseen ja loppuraporttiin. Tämä auttaa meitä seuraamaan, mitä olemme eri vaiheissa tehneet ja ajatelleet sekä arvioimaan prosessiamme. Pyrimme opinnäytetyössämme avaamaan lukijoille tätä prosessia mahdollisimman tarkasti. Tavoitteenamme on ollut välttää sitä, että omat ennakkokäsityksemme ohjaavat liikaa työmme suuntaa. Prosessin muistiin kirjaaminen, omien valintojen pohtiminen ja perustelu sekä mahdollisuuksien mukaan ulkopuolisen näkemyksen kysyminen tulkinnoistamme lisäävät työmme objektiivisuutta. Tarkoitamme objektiivisuudella Eskolan ja Suorannan (2008, 17) mukaisesti sitä, että tutkija pyrkii tunnistamaan omat ennako-oletuksensa ja arvostuksensa eikä sekoita omia uskomuksiaan tutkimuskohteeseen.

Haastattelijan omat ennako-oletukset ja stereotypiat voivat ilmetä kysymysten asettelussa myös silloin, kun haastattelu on kohtalaisen avoin. Tämä näkyy teemojen valinnassa sekä tarkentavien kysymysten suuntaamisessa. Kysymykset on suunniteltava siten, että ne säilyttävät työyhteisön itsekunnioituksen ja mahdollisuuden määritellä itse oma tilanteensa. (Moilanen 1995, 37–39.) Mietimme ennen kysymysten laadintaa ja haastattelujen toteutusta, mitkä ovat ennako-oletuksiamme, jotta ne eivät ohjaisi liikaa ajatuksiamme. Ennako-oletuksemme oli, että kotihoidossa on ikääntyneitä päihdeidenkäyttäjiä, ikääntyneille ei ole juuri omia päihdepalveluja ja kotihoidon päihdetyössä on kehittämistarpeita. Yritimme välttää näiden ennako-oletusten ilmenemistä haastattelukysymyksissä. Tämän vuoksi pyysimme haastattelukysymyksistämme myös ulkopuolisten henkilöiden

mielipiteitä. Pyrimme haastattelutilanteissa olemaan mahdollisimman objektiivisia eli emme tuoneet esille omia näkemyksiämme aiheesta. Vältimme johdattelevia kysymyksiä ja kommentteja. Tarkoituksenamme oli, että keskustelu etenee mahdollisimman luontevasti haastateltavien välillä ja me vain ohjailemme keskustelua tarvittaessa.

Pohdimme ennen haastattelujen toteuttamista, miten toimimme, jos ryhmässä on keskustelua dominoivia henkilöitä. Tiesimme, että ryhmähaastattelun haittoina ovat ryhmän kontrolloiva vaikutus ja ihmisten jättäytyminen pois haastatteluista. Ryhmässä voi olla keskustelua dominoivia henkilöitä, jotka pyrkivät ohjailemaan keskustelun kulkua. Ryhmä voi myös estää sen kannalta haitallisten asioiden esille tulon. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 63; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 211.) Tällaisia dominoivia henkilöitä ei kuitenkaan ollut missään ryhmässä. Kukaan ei kontrolloinut keskustelua liiaksi. Tämän johdosta haastateltavilla oli mahdollisuus tuoda näkemyksiään esiin tasapuolisesti. Haastattelueryhmissä osallistujat olivat toistensa työkavereita, mikä mahdollisti rehellisemmän keskustelun aiheesta. Toisaalta riskinä ryhmähaastatteluissa on, että hiljaisemmat henkilöt jäävät puheliaampien varjoon. Yritimme vaikuttaa tähän suuntaamalla kysymyksiä hiljaisemmille henkilöille. Kaikki sopimamme haastattelut toteutuivat suunnitellusti. Kukaan haastateltavista ei jättäytynyt pois haastattelusta.

Kolmannessa haastattelussa alkoivat toistua aiempien haastattelujen teemat. Totesimme tässä vaiheessa aineistomme määrän olevan riittävä. Hirsjärvi ym. (2009, 182) puhuvat saturaatiosta, jolla viitataan laadullisen aineiston keruussa aineiston riittävyyteen. Saturaatio saavutetaan silloin, kun haastattelut eivät enää tuota tutkimustehtävän kannalta uutta tietoa. Koimme, että neljäs ryhmähaastattelu ei olisi enää tuonut merkittävästi lisää tietoa. Jo kahdessa ensimmäisessä haastattelussa toistuivat samat teemat. Testasimme kuitenkin vielä kolmannella haastattelulla, esiintyvätkö samat teemat myös kyseisessä haastattelussa.

Opinnäytetyömme luotettavuutta edistää se, että meitä oli kaksi havainnoimassa ja haastattelemassa sekä analysoimassa aineistoa. Kaksi haastattelijaa luo objektiiv-

semman kuvan haastattelutilanteesta, kun tulkitsijoita on myös kaksi. Käyttämällä useampaa havainnoitsijaa koetetaan varmistaa tutkimuksen objektiivisuus sekä parantaa tutkimuskohteen kuvausta. (Eskola & Suoranta 2008, 214.) Haastattelutilanteen seuraamista ja rakentamista helpotti kaksi haastattelijaa. Toisen esittäessä kysymyksiä toinen teki muistiinpanoja ja havainnoi haastattelutilannetta. Analyysivaiheessa kirjasimme jokaisen vaiheen tarkasti ylös ja säilytimme eri vaiheissa tuotetut tekstit. Teimme alkuvaiheessa analyysia kumpikin erikseen. Tuolloin poimimme alkuperäisaineistosta tutkimukseemme liittyviä ilmauksia. Tämä monipuolisti analyysiin valikoitua aineistoa, koska kaksi havainnoijaa näkee laajemmin. Kaikki muut analyysivaiheet teimme yhdessä.

Myöhemmin analyysin edetessä toisen tulkitsijan merkitys korostui, sillä toiselta pystyi tarkistamaan oman tulkintansa oikeellisuuden. Kaksi analysoijaa tarkoittaa kahta erilaista tulkintaa. Tämä vaikutti siihen, että kyseessä ei ollut vain yhden ihmisen oma subjektiivinen tulkinta aineistosta. Analyysivaiheessa palasimme välillä takaisin alkuperäisaineistoon; näin varmistimme, että olimme tulkinneet asian oikein. Johtopäätöksiä tehdessämme pyrimme välttämään liian laajoja yleistyksiä. Teimme joitakin oletuksia koskien koko Joensuun kotihoitoa, koska oletamme, että kolme haastatteluryhmää edustaa melko hyvin tämän hetkistä tilannetta päihdeosaamisen suhteen kotihoidossa. Täytyy muistaa, että kyseessä on kuitenkin vain meidän tulkintamme.

Vahvuus ja heikkous tässä opinnäytetyössä on kokemattomuutemme käytännön kotihoitotyöstä. Toisaalta tämä mahdollistaa objektiivisemmän suhtautumisen aiheeseen, koska meillä ei ole tunnesidettä kotihoitoon eikä aiempi tieto ohjannut liikaa ajatuksiamme. Toisaalta emme voi päästä sisälle kotihoidon työhön niin hyvin kuin ihminen, jolla on kyseisestä työstä kokemusta. Uskallamme kuitenkin tarkastella aihetta ennakkoluulottomammin ja kriittisemmin. Meillä on koko prosessin ajan ollut tukenamme opinnäytetyömme aihealueen asiantuntijoita, kuten toimeksiantajamme ja kotihoidon vastaavat ohjaajat. Heiltä olemme saaneet arvokkaita neuvoja ja kehittämisehdotuksia. Asiantuntijoilta kysytyt neuvot ja näkemykset lisäävät työmme luotettavuutta.

Eskolan ja Suorannan (2008, 52, 56–57) mukaan eettiset kysymykset tutkimusprosessissa liittyvät muun muassa tutkimusluvan hankintaan niin viranomaisilta kuin tutkimukseen osallistuvilta, luvan kysymiseen nauhoitettaessa sekä tutkimukseen osallistujien anonymiteetin turvaamiseen. Heidän mukaansa anonymiteetin turvaamisella tarkoitetaan, että tutkimukseen osallistuvien henkilöllisyys ei paljastu. Huomioimme työssämme tutkimusluvut ja haastateltavien anonymiteetin säilymistä. Ennen opinnäytetyön haastattelujen tekoa haimme Joensuun kaupungilta tutkimusluvan opinnäytetyöhömme. Jokaiselta haastateltavalta pyysimme kirjallisen suostumuksen ennen haastattelua ja kysyimme luvan haastattelujen nauhoittamiseen ja aineiston käyttöön opinnäytetyössämme.

Haastatteluihin osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Ennen haastateltavien valintaa olimme tiedottaneet kotihoidon työntekijöille opinnäytetyömme tarkoituksesta. Jokaisen haastattelun alussa kerroimme vielä tarkemmin, mitä olemme selvittämässä ja mihin saamiemme tietoja käytetään. Otimme huomioon jokaisessa opinnäytetyön työvaiheessa haastateltavien anonymiteetin. Tulokset pyrimme esittämään niin, että niistä ei voi tunnistaa yksittäisiä haastateltavia. Ainoastaan opinnäytetyön tekijät ovat lukeneet alkuperäisaineiston. Ulkopuolisia näkökulmia olemme pyytäneet vasta opinnäytetyömme lähes valmiisiin tuloksiin ja johtopäätöksiimme.

7.4 Jatkotutkimusehdotukset ja kehittämisideat

Suomessa ikääntyneiden päihdeiden käyttöä ei ole tutkittu runsaasti, joten tilaa uusille tutkimuksille löytyy. Emme voineet ottaa näillä resursseilla omaan selvitykseen mukaan Joensuun seutukuntien kotihoitoa. Olisi kuitenkin mielenkiintoista saada tietää, miten näiden kotihoidon alueiden henkilöstö kokee oman päihdeosaamisensa ikääntyneiden parissa. Tällöin voisi vertailla eroavatko henkilöstön kokemukset ja kehittämis ehdotukset toisistaan Joensuun kaupungissa ja seutukunnissa. Toisaalta olisi arvokasta tutkia myös sitä, miten vastavalmistuneet sosi- ja terveysalan opiskelijat kokevat päihdeosaamisensa. Tätä tietoa voisi peilata

päihdetyön koulutuksen minimisisältöihin. Joensuun kaupungissa ei ole tällä hetkellä olemassa päihdehoitopolkua. Toiminnallisena opinnäytetyönä voisi kehittää Joensuuhun oman päihdehoitopolkumallin. Esimerkiksi Hokka-Kräkin ja Mikkonen (2007) ovat tehneet opinnäytetyössään Heinäveden kunnalle päihdehoitopolun.

Kotihoidon työntekijöiden näkökulman lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää, miten ikääntyneiden päihteiden käyttö näkyy vanhusten asumispalveluissa esimerkiksi ryhmäkodeissa. Näiden lisäksi voitaisiin selvittää ikääntyneiden kanssa työskentelevien uskomuksia ja asenteita ikääntyneiden päihteiden käytöstä. Jalkautuvan päihdetyön kehittäminen ja ikääntyneille suunnattujen päihdepalvelujen luominen vaatisivat suurempia panostuksia kuin mihin opinnäytetöissä pystytään. Näitä palveluja olisi kuitenkin tärkeää kehittää. Erilaisten ikääntyneille suunnattujen työmuotojen ja palvelujen kehittäminen tarvitsisivat taustalle projektin tai muun vastaavan työryhmän.

7.5 Oppimisprosessi

Opinnäytetyöprosessimme on ollut opettavainen matka uudelle mantereelle. Ensimmäinen oli haasteellista lähteä selvittämään sosiaalialan opiskelijana aihetta, joka on perinteisesti mielletty terveydenhuollon alueeksi. Toiseksi myös opinnäytetyön tekeminen ja tutkimusmenetelmien hyödyntäminen olivat molemmille uusi aluevaltaus. Missään vaiheessa opinnäytetyöprosessi ei tuntunut ylitsepääsemättömältä. Mielenkiintoinen aihe kantoi meitä eteenpäin loppuun saakka. Kiinnostuksemme aihetta kohtaan pikemminkin lisääntyi prosessin edetessä: mitä enemmän opimme, sitä enemmän tahdoimme tietää lisää. Aihe tuntui ajankohtaiselta ja tärkeältä myös työelämän näkökulmasta, mikä edesauttoi työmme toteuttamista. Kun näimme miten tärkeäksi kaikki yhteistyötahomme kokivat opinnäytetyömme, se lisäsi omaa motivaatiotamme.

Olemme tehneet prosessimme aikana yhteistyötä monien erilaisten tahojen kanssa. Yhteistyössä kotihoidon henkilöstön kanssa saimme uusia näkökulmia ja lisäksi tutustuimme erilaiseen toimintakulttuuriin. Opimme myös hyödyntämään erilaisten

asiantuntijoiden tietoa prosessin eri vaiheissa. Olemme konsultoineet lakiasiantuntijoita, päihdetyöntekijöitä, kotihoidon henkilöstöä ja toimeksiantajiamme. Uskomme, että yhteistyö eri toimijoiden kanssa laajensi näkemyksiämme ja avasi ”sosiaalisesti suuntautunutta” maailmankuvaamme, joka on muodostunut sosiaalialan opintojen myötä. Näemme, että olisi kuitenkin hyvä saada sosiaalialan näkökulmaa kotihoidon työhön tiiviimmän yhteistyön kautta. Sosiaalialan työntekijät voisivat tuoda esille erilaista, kokonaisvaltaisempaa näkökulmaa kotihoidon asiakastyöhön. Eri alojen ammattilaisten vahvuuksien hyödyntäminen työssä voisi parantaa asiakkaiden hyvinvointia. Sekä sosiaali- että terveysalalla tarvittaisiin enemmän rohkeutta ja ennakkoluulottomuutta toimia myös itselle vieraampien toimijoiden kanssa.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme heränneet pohtimaan ikääntyneiden päihdeidenkäyttäjien asemaa yhteiskunnassa. Tuntuu, että he ovat tällä hetkellä unohdettu ryhmä niin palveluissa kuin koko yhteiskunnassa. Olemme pohtineet myös omassa koulutuksessa saatua päihdeosaamista. Voimme samaistua haastateltaviemme kokemukseen omasta päihdeosaamisestaan: se ei ole riittävää. Meillä ei ole koulutuksen tuomia taitoja päihdeongelmaisen kohtaamiseen ja tukemiseen sekä päihdeongelman arviointiin. Olemme kuitenkin opinnäytetyöprosessimme aikana omaksuneet paljon tietoa päihdetyöstä ja kotihoidosta. Tämän työn tekeminen on vaatinut itsenäistä työskentelyä ja omien valintojen perustelua ja puntarointia. Matkan varrella olemme myös oppineet kriittisyyttä sekä omaa että muiden työtä kohtaan. Matka on ollut pitkä ja vaiherikas seikkailu, mutta onneksi päämäärä on pitänyt meidät oikealla tiellä. Yhdessä suunnistaen olemme päässeet perille.

LÄHTEET

Julkaistut lähteet

- Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. Duodecim.
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo97348&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero. 26.5.2010.
- Aalto, M. 2010. Alkoholin ongelmakäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholi riippuvuus. Helsinki: Duodecim, 7–16.
- Aira, M. 2007. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet – riskialtis yhdistelmä. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sini-nauhaliitto, 35–42.
- Alasuutari, P. 2007. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.
- Aluehallintovirasto. 2010. Toiminta ja tehtävät – Itä-Suomi.
<http://www.avi.fi/fi/virastot/itasuomenavi/Toimintajatehtavat/Sivut/default.aspx>. 5.10.2010
- Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus, 159–183.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Fagernäs, M. & Paanane, K. 2009. ”Väkisin ei voi auttaa eikä heitteillekään jättää” – Ikääntyneiden alkoholiongelmat kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta.
https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6952/Fagernas_Maija_ ja_Paananen_Karoliina.pdf?sequence=1. 11.10.2010.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Alanko, A. 2007. Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö – haaste vanhustenhuollolle, tilastontekijöille ja suvaitsevaisuudelle. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sini-nauhaliitto, 7–9.
- Havio, M., Mattila, R., Sinnemäki, T. & Syysmeri, L. 1994. Päihteenkäyttäjä hoitotyön haasteena. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Havio, M., Inkinen, M & Partanen, A. 2008. (toim.) Päihdehoitotyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

- Hokka-Kräkin, M. & Mikkonen, T. 2007. Ikäihmisten alkoholi-ongelma – haaste vanhuspalveluille? Heinäveden päihdehoitopolku malli. http://www.tippavaara.info/data/liitteet/opinnaytetyo_ikaihminen_alkoholi_ongelma-haaste_vanhuspalveluille-1.pdf. 11.10.2010.
- Holbert, K.R. & Tueth, M.J. 2004. Alcohol abuse and dependence. A clinical update on alcoholism in the older population. *Geriatrics* 9/2004, 38–40.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Huovinen, P. 2009. Maksatulehdus, hepatiitti. *Duodecim Terveyskirjasto*. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00451&p_haku=hepatiitti. 5.10.2010.
- Hägg, T., Rantio, M., Suikki, P., Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Ikonen, E.-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.
- Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Organisaatioesittely. <http://isonetti.net/organisaatioesittely.html>. 4.10.2010.
- Joensuun kaupunki. 2002. Joensuun kaupungin vanhuspolitiikan strategia- ja palvelurakenteen kehittämissuunnitelma 2002–2006.
- Joensuun kaupunki 2010. Väestö. <http://www.jns.fi/dman/Document.phx?documentId=id17310130919520&cmd=download>. 28.10.2010.
- Joensuun seudun Päihdepalvelustrategia 2012. Joensuun seudun Päihdepalvelujen kehittämissuunnitelma 2008-2009. [http://pkky-dw.pkky.fi/Kunnari/DynWebKonlah.nsf/3e12a7fcbc9e6736c22569d90040f1cd/2e98468e54b5919ec22576f2003f75fd/\\$FILE/Joensuun%20seudun%20P%C3%A4ihdestrategia_2010_02_22.doc](http://pkky-dw.pkky.fi/Kunnari/DynWebKonlah.nsf/3e12a7fcbc9e6736c22569d90040f1cd/2e98468e54b5919ec22576f2003f75fd/$FILE/Joensuun%20seudun%20P%C3%A4ihdestrategia_2010_02_22.doc). 31.5.2010.
- Juhela, P. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi – puuttumattomuuden ongelma. *Kansanterveys* 3/2007, 17–18.
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Jyrkämä, J. 2007a. Vanheneminen ja vanhuus. Teoksessa Sankari, A. & Jyrkämä, J. (toim.) *Lapsuudesta vanhuuteen*. Iän sosiologiaa. Tampere: Vastapaino, 267–314.
- Jyrkämä, J. 2007b. Ikääntymisen ja alkoholinkäytön muuttuvat näkymät – pohdintoja ja kysymyksiä. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) *Ikääntyminen ja alkoholi*. Helsinki: Sininauhaliitto, 11–20.
- Jyrkämä, J. & Haapamäki, L. 2008. Åldrande och alkohol. Nordisk forskning och diskussion. Helsinki: Nordiskt center för alkohol- och drogforskning.
- Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus, 70–85.
- Koskinen, S., Aalto, L., Hakonen, S. & Päivärinta, E. 1998. *Vanhustyö*. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto.
- L39/1889. Rikoslaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>. 26.11.2010.
- L41/1986. Päihdehuoltolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>. 28.5.2010.

- Laapio, M-L. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki. Sininauhaliitto, 45–58.
- Laitalainen, E., Helakorpi, S. & uutela, A. 2008. Eläkeikäisen väestön terveystyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Health Behaviour and Health among Finnish Elderly, Spring 2007, with trends 1993–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 14/2008.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet: ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit
- Larmi, A., Tokola, E. & Välikkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Lemetyinen, L. 2008. Tuhlaajapoika ja -tyttö päihdepalveluissa. Jalkautuva päihdetyö osana asiakaslähtöistä päihdetyötä.
http://www.lasinenlapsuus.fi/julkaisuja/verkkokolumnit/helmikuu_lemetyinen.7.10.2010.
- Levo, T. (toim.) 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi 2007. Liika on aina liikaa vuosina 2005–08.
http://www.tippavaara.info/hanke_pahkinankuoressa/liika_on_ainaa_vuosina_2005-08/. 25.5.2010.
- Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi. Liika on aina liikaa vuosina 2009–11.
http://www.tippavaara.info/hanke_pahkinankuoressa/liika_on_ainaa_vuosina_2009-11/. 25.5.2010.
- Lindroos, L. 2009. Miten alkoholia kannattaa käyttää.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/224-miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa.2.6.2010>.
- Moilanen, L. 1995. Ryhmähaastattelu työyhteisössä – tiedon keruun ja vaikuttamisen väline. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. Mistä kirjassa on kyse? 2010. Teoksessa Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisien alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: THL, 6-12.
- Mäkinen, E., Niinistö, L., Salminen, P. & Karjalainen, P. 1997. Kotihoito. Helsinki: WSOY.
- Nurmi-Lüthje, I. 2008. Ikä, alkoholi ja tapaturmat.
<http://www.pelastustoimi.fi/artikkelit/2774.2.6.2010>.
- Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kehittämiskeskus Tyynelä ja Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa/ Kirjapaja.
- O'Connell, H., Chin, A-V., Cunningham, C. & Lawlor, B. 2003. Alcohol use disorders in elderly people -redefining an age old problem in old age. British Medical Journal. September 20/2003 (7416), 664–667.
- Opetusministeriö. 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmän muistioita ja selvityksiä 2007:17.

- <http://www.minedu.fi/opencms/opencms/handle404?exporturi=/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2007/liitteet/tr17.pdf&lang=fi>. 24.5.2010.
- Paimio, S. 2008. Työnohjaus hoitotyön voimavarana. Teoksessa Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E. (toim.) Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdehoitotyötä. Helsinki: Sairaanhoidajaliitto, 323–340.
- Peräkoski, H., Riihimäki, K., Vuorilehto, M. & Kuosmanen, L. 2009. Kotihoidon mielenterveys- ja päihdetyön kehittäminen. Kotihoito-sateenvarjo-projektin loppuraportti.
http://www.vantaa.fi/i_liitetiedosto.asp?path=1;220;4725;4802;34468;98719. 8.10.2010
- Rintala, J. 2010. Iäkkäiden alkoholinkäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kii-anmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 119–124.
- Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Tutkimushaastattelu ja vuorovaikutus. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 22–56.
- Saarelainen, R. 2003. Ammatillinen ja persoonallinen kasvu – ammatillisuuden perusta. Teoksessa Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. Mielenterveys- ja päihdetyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 202–205.
- Stakes. 2007. Ehkäisy ja hoito. Laadukkaan päihdetyön kokonaisuus.
<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/NR/rdonlyres/A23A9F80-CF02-431B-BF71-D344695E5198/0/Kunta310807.pdf>. 19.10.2010.
- STM. 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet.
http://www.stm.fi/julkaisut/esitteita-sarja/nayta/_julkaisu/1059655. 5.10.2010.
- STM. 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus.
http://www.google.fi/url?sa=t&source=web&cd=2&ved=0CB4QFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.kunnat.net%2Fattachment.asp%3Fpath%3D1%3B29%3B353%3B11124%3B10316%3B134616&ei=_ibATLvdJsHKswbljvGVCA&usg=AFQjCNGDs5RI97sJ2XTty8otEjtzKnCNlg. 21.10.2010.
- STM. 2009a. Päihdetyö ehkäisee ja korjaa.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdeetyo_ja_palvelut. 19.10.2010.
- STM. 2009b. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset päihde- ja mielenterveystyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 3.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1233819605898/passthru.pdf>. 8.10.2010.
- Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiö
- Sulander, T. 2007. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sini-nauhaliitto, 23–32.
- Suominen, K. & Vuorinen, M. 1999. Kotihoidon arki ja etiikka. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Päihdehoito. <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/paihdehoito/index.htm>. 31.5.2010.

- Tilastokeskus. 2009. Väestöennuste 2009–2060.
http://www.stat.fi/til/vaenn/2009/vaenn_2009_2009-09-30_tie_001_fi.html. 5.10.2010.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Työterveyslaitos. 2010. Työhyvinvointi.
<http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/Sivut/default.aspx>. 12.10.2010.
- Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: WSOY.
- Viljanen, M. 2010. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Tiimi 1/2010, 16–17.
- Vilkko, A., Sulander, T., Laitalainen, E. & Finne-Soveri, H. 2010. Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Mäkelä, P., Mustonen, H. & Tigerstedt, C. (toim.) Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Helsinki: THL, 142–153.
- Vuori-Kemilä, A. 2003. Yhteistyöhön ja moniäänisyyteen mielenterveys- ja päihdetyössä. Teoksessa Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. Mielenterveys- ja päihdetyö: Yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY, 90–92.

Julkaisemattomat lähteet

- Hakkarainen, O. Itäisen kotihoidon aluevastaava. Joensuun kaupunki. Henkilökohtainen tiedonanto 28.9.2010.
- Kejonen, A. Aluekoordinaattori. Itä-Suomen aluehallintovirasto. Henkilökohtainen tiedonanto 4.10.2010.
- Kurki, S. Läntisen kotihoidon aluevastaava. Joensuun kaupunki. Suullinen haastattelu 21.6.2010.
- Lähteenmäki, K. Kotihoidon päällikkö. Joensuun kaupunki. Henkilökohtainen tiedonanto 2.9.2010.
- Putkonen, L. Rolle-työntekijä (sosiaaliterapeutti). Salon A-klinikkatoimi. Henkilökohtainen tiedonanto 5.10.2010.
- Varsa, M. Erityisasiantuntija. Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry. Henkilökohtainen tiedonanto 11.10.2010.

HAASTATTELURUNKO

TEEMA 1: IKÄÄNTYNYT PÄIHTEIDENKÄYTTÄJÄ KOTIHOIDOSSA

Perustiedot

Pohjakoulutus

Työkokemus kotihoiossa (vuosissa)

Oletteko kohdanneet ikääntyneitä päihdeidenkäyttäjiä asiakkaina?

Kuinka paljon ikääntyneitä päihdeidenkäyttäjiä on asiakkaina oman arvionne mukaan? Kuinka paljon arvioisitte olevan ongelmakäyttäjiä?

TEEMA 2: KOTIHOITOHENKILÖSTÖN OSAAMINEN

Kohtaaminen

Miten asiakkaan päihtymys vaikuttaa työskentelyyn?

Miten suhtaudutte ikääntyneen päihdeongelmaan?

Tunnistaminen ja tukeminen

Miten päihdeongelma tulee ilmi?

Mitä teette, kun asiakkaan päihdeongelma tulee ilmi tai asiasta on epäily?

Millaisia työskentelyvälineitä tiedätte päihdeongelmaisen kanssa työskentelyyn?

Mitä käytätte itse? (esim. AUDIT-testi) Ovatko ne toimivia?

Mistä saatte tukea kohdatessanne vaikeita tilanteita? Koetteko tarvitsevanne tukea?

Puuttuminen

Minne otatte yhteyttä? Kenen kanssa teette yhteistyötä?

Millaisena näet oman osuutesi kotihoiossa asiakkaiden päihdetyössä?

Missä ikääntyneiden päihdeongelmat pitäisi hoitaa?

Millaisia kokemuksia teillä on hoitoon ohjaamisesta? (Minne?)

Mitä haasteita on päihdeongelmaan puuttumisessa?

TEEMA 3: KEHITTÄMISTARPEET

Koulutus ja työ

Millaisena koette oman osaamisenne ikääntyneiden päihdeidenkäytöstä?

Oletteko saaneet koulutusta ikääntyneiden päihdeongelmiin liittyen? Minkälaista?

Mistä?

Mitä kehitettävää koulutuksessa tai työssä olisi? Millaisia työvälineitä/ tukea kaipaisitte?

Millaista tietoa kaipaisitte ikääntyneiden päihdeidenkäytöstä?

Sosiaali- ja terveystoimi
Vanhuspalvelut
Torikatu 18A4. krs
80100 JOENSUU
Puh. 013-2677111 (vaihde)

ANOMUS SOSIAALI- JA TERVEYSTOIMESSA / VANHUSPALVELUJEN TEHTÄVÄALUEELLA SUORITETTAVAN TUTKIMUKSEN TEKEMISTÄ VARTEN

Tutkimussuunnitelma anomuksen liitteenä

Tutkimuksen nimi ja tarkoitus:

Työnimenä on Kotihoitohenkilöstön päihdeosaaminen ikääntyneiden parissa. Tarkoituksena on saada tietoa kotihoitohenkilöstön valmiuksista kohdata ja tukea ikääntynyttä päihteidenkäyttäjää.

Selvitys tutkimusaineistosta:

Ryhmähaastattelujen avulla kerätty haastatteluaineisto Joensuun kaupungin kotihoidon työntekijöiltä. Ryhmässä olisi noin 3-5 henkeä ja tarkoituksenamme olisi haastatella muutamaa tällaista ryhmää. Haastateltavat valikoituvat myöhemmin.

Tutkimuksen alkamisaika ja kesto:

Haastattelut olisi tarkoitus toteuttaa kesä-elokuun välisenä aikana. Opinnäytetyön tulisi olla valmiina kokonaisuudessaan lokakuun loppuun mennessä.

Tutkimuksen suorittaja:

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun sosiaalialan opiskelijat Anna-Maria Karp-panen ja Hanna- Mari Nieminen.

Yhteyshenkilö kotihoidon ja vanhuspalvelujen tehtäväalueella:

Kotihoidon aluevastaava, mahdollisesti Sari Kurki sekä Kaija Lähteenmäki

Päätös: Lupa myönnetään seuraavin ehdoin:

1. Tutkimuksessa noudatetaan mitä salassapidosta on laissa säädetty.
2. Tutkimusraportti tulee toimittaa sosiaali- ja terveysvirastoon vanhuspalvelujen tehtäväalueen johtajalle.

Joensuu .7 /6 / 2010

Vanhuspalvelujen johtaja Kati Poutanen

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelman opinnäytetyö

SAATEKIRJE

Olemme sosionomiopiskelijoita Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta ja teemme opinnäytetyötämme Joensuun kaupungin kotihoidon työntekijöiden päihdeosaamisesta ikääntyneiden asiakkaiden parissa. Tarkoituksenamme on selvittää kotihoidon työntekijöiden kokemuksia ikääntyneistä päihteenkäyttäjistä kotihoidon asiakkaina ja työntekijöiden osaamista työskennellä päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa.

Keräämme opinnäytetyön aineiston ryhmähaastattelujen avulla Joensuun läntisen ja itäisen kotihoidon työntekijöiltä. Teemme ryhmähaastattelun kolmelle eri ryhmälle. Yhden ryhmän koko on noin 3-4 henkeä. Ryhmähaastattelu on keskustelunomainen tilanne opinnäytetyön tekijöiden antamista aiheista. Haastattelu kestää vähintään tunnin, korkeintaan kaksi, ja siihen osallistuminen on vapaaehtoista. Nauhoitamme haastattelut myöhemmin tehtävää aineiston analyysia varten. Käsittelemme haastattelussa saamamme tiedot nimettöminä ja luottamuksellisesti. Opinnäytetyöstämme ei voida tunnistaa ketään yksittäistä henkilöä eikä hänen vastauksiaan. Haastatteluaineistoa käsittelevät ainoastaan opinnäytetyön tekijät. Hävitämme nauhoitetut aineistot opinnäytetyön valmistuttua.

Vastaamme mielellämme, mikäli Teillä on kysyttävää opinnäytetyöstämme tai haluatte lisätietoja haastatteluun liittyen.

Kiitos yhteistyöstänne!

*Ystävällisin terveisin sosionomiopiskelijat
Hanna-Mari Nieminen ja Anna-Maria Karppanen*

Yhteystiedot: hanna-mari.nieminen@edu.pkamk.fi, puh. xxx
anna-maria.karppanen@edu.pkamk.fi puh. xxx

Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu
Sosiaali-alan koulutusohjelma
Opiskelijat Anna-Maria Karppanen ja Hanna-Mari Nieminen

SUOSTUMUS RYHMÄHAASTATTELUUN

Suostun ryhmähaastateltavaksi sosionomiopiskelijoiden Anna-Maria Karppasen ja Hanna-Mari Niemisen opinnäytetyöhön. Työn tarkoituksena on selvittää Joensuun kaupungin läntisen ja itäisen kotihoidon työntekijöiden kokemuksia ikääntyneistä päihdeikästä kotihoidon asiakkaina ja työntekijöiden osaamista työskennellä päihdeongelmaisen ikääntyneen asiakkaan kanssa. Haastattelujen avulla on tarkoitus saada tietoa kotihoidon työntekijöiden tämänhetkisestä päihdeosaamisesta ja työntekijöiden toiveista päihdeosaamisen kehittämiseen liittyen.

Nauhoitamme ryhmähaastattelut myöhemmin tehtävää aineiston analyysia varten ja käsittelemme haastattelutiedot luottamuksellisesti ja nimettöminä. Opinnäytetyöstämme ei voida tunnistaa yksittäisiä osallistujia. Ryhmähaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

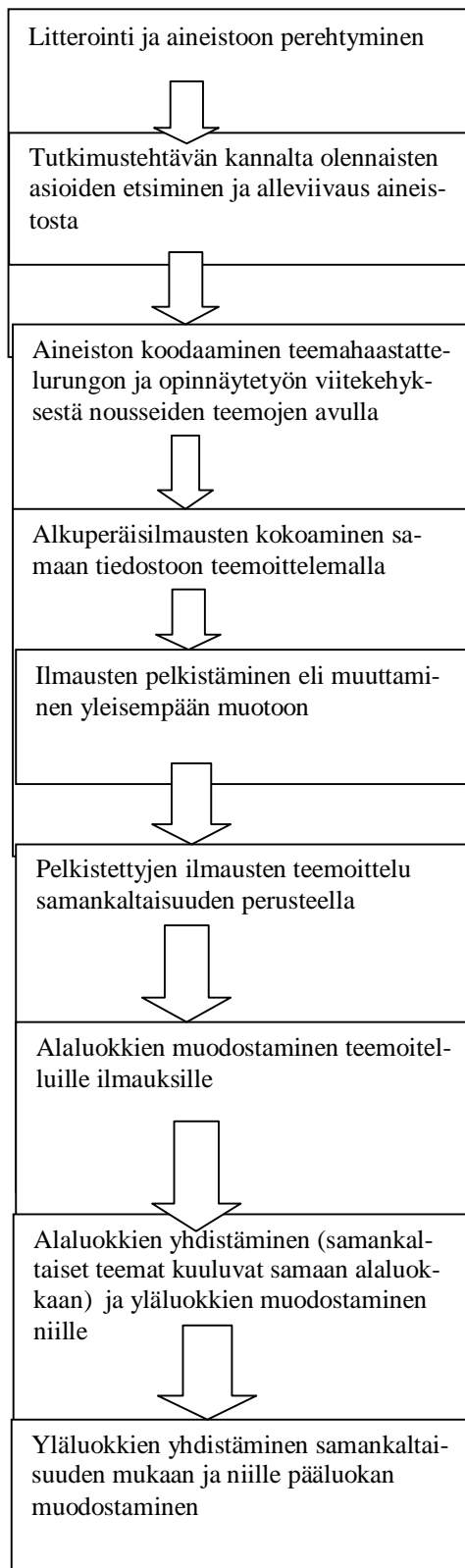
Osallistun ryhmähaastatteluun sekä annan luvan haastattelun nauhoittamiseen ja haastatteluaineiston käyttöön opinnäytetyössä.

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimenselvennys

Kiitos osallistumisestasi!

ANALYYSIKAAVIO



-Mitä kokemuksia
-Millaista osaamista
→ Epäonnistui

-teoriaohjaava sisällönanalyysi soveltaen
-Teorianäytetyön viitekehys
-Teemat: kohtaaminen, puuttuminen, tukeminen ja kehittämistarpeet
-Ilmausten alleviivaaminen eri väreillä

Pelkistetyt ilmaukset

Ilmaukset, joissa puhutaan alkometristä, testeistä kuuluvat saman teeman alle, vastavasti ilmaukset liittyen ahdisteluun, häirintään ja asiakkaan aggressiiviseen käytökseen kuuluvat samaan ryhmään

YLÄLUOKAT: ammattietiikka, ammattitaito, uudet työvälineet ja -menetelmät, päihteidenkäyttäjän tuomat haasteet kotihoidon työhön, tukitoimet työntekijälle sekä moniammatillinen yhteistyö.

PÄÄLUOKAT: KEHITTÄMISTARPEET JA AMMATTIOSAAMINEN



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA:

Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus/ Itä-Suomen aluehallintovirasto

YHTEYSTIEDOT: Torikatu 30 B 22, 80100 Joensuu/Torikatu 36, 80101 Joensuu

SÄHKÖPOSTIOSOITE: arja.jamsen@jns.fi/ anne.kejonen@avi.fi

OPISKELIJA(t): Hanna-Mari Nieminen ja Anna-Maria Karppanen

Yhteystiedot _____

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Kartoittaa kotihoidon työntekijöiden tietoja ja valmiuksia hoitaa ikääntyneitä päihteidenkäyttäjiä päihteidenkäyttäjiä kotihoidossa sekä mitä kehittämistarpeita työssä ja osaamisessa on.

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

Toimeksiantaja

Toimeksiantaja saa hyödyntää valmista opinnäytetyötä haluamallaan tavalla.

Tekijänoikeus säilyy opinnäytetyön tekijöillä.

Opiskelija(t)

Opinnäytetyö valmistuu lokakuun 2010 loppuun mennessä.

Opiskelijat toimittavat valmiin opinnäytetyön toimeksiantajille.

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Kukkonen Tuula ja Nuutinen Teija

Päiväys ja allekirjoitukset

Toimeksiantajan edustajat

Opiskelijat