

The Diak logo is located in the top right corner of the page. It consists of the word "Diak" in a bold, pink, sans-serif font. The background of the page features a large, abstract graphic of overlapping pink and white curved shapes.

Taina Pyy
Ismo Rautainen
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto
Sairaanhoitaja (AMK)
Opinnäytetyö, 2021

IKÄÄNTYNEEN PÄIHDEONGELMAISEN TUNNISTAMINEN JA KOHTAAMINEN SOMAATTISESSA SAIRAANHOIDOSSA

TIIVISTELMÄ

Taina Pyy & Ismo Rautiainen

Ikääntyneen päihdeongelmaisen tunnistaminen ja kohtaaminen somaattisessa sairaanhoidossa

42 sivua, 1 liite

Kevät 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulututkinto

Sairaanhoitaja (AMK)

Suomen väestö ikääntyy nopeasti. Nuorempana päihteitä käyttäneet jatkavat monesti samaa elämäntapaa jäätyään eläkkeelle. Yleisin ikääntyneiden käyttämä päihde on alkoholi, mutta myös lääkkeiden väärinkäyttöä ja sekakäyttöä esiintyy. Päihdeongelman synnyn taustalla on monesti yksinäisyyttä ja tarkoituksettomuuden tunnetta. Ikääntyvä elimistö kestää päihteitä nuorempaa huonommin ja siksi käytön seuraukset voivat olla vakavia. Terveystieteiden ammattilaiset eivät tunnista ikäihmisten päihdeongelmia tarpeeksi hyvin eivätkä ota asiaa puheeksi potilaiden kanssa tarpeeksi usein.

Päihdeongelmiin liittyy vahva stigma ja monenlaisia ennakkoluuloja, minkä vuoksi niistä kärsivät potilaat saavat terveydenhuollossa huonompaa hoitoa ja kohtelua kuin muut potilaat. Pahimmillaan toiminta täyttää syrjinnän tunnusmerkit. Ongelma korostuu mielenterveys- ja päihdepalvelujen ulkopuolella. Tilanne on ristiriidassa hoitotyön eettisten periaatteiden ja toimintaa säätelevien lakien kanssa.

Opinnäytetyönä toteutettiin Vantaan sairaalan kanssa ohjeistus ikääntyneiden päihdeongelmaisten tunnistamiseen ja kohtaamiseen. Ohjeistuksen tarkoitus on muuttaa työntekijöiden asenteita ammatillisemmiksi päihdepotilaita kohtaan ja antaa heille käytännön työn tueksi selkeitä periaatteita, joilla tunnistaminen ja kohtaaminen parhaiten toteutuvat.

Ohjeistuksen taustaksi haettiin näyttöön perustuvaa tietoa sekä koti- että ulkomaisesta kirjallisuudesta, verkkosivustoilta ja tieteellisistä julkaisusarjoista. Työhön valikoituvasta materiaalista ja ohjeistuksen sisällöstä keskusteltiin säännöllisesti sairaalan yhteyshenkilön kanssa. Lopputuloksena on 12 kohtaa sisältävä kortti.

Asiasanat: asenteet, ikääntyminen, kohtaaminen, päihdeongelma, tunnistaminen

ABSTRACT

Taina Pyy & Ismo Rautiainen

Elderly substance users' recognition and encountering in somatic nursing

42 pages, 1 appendix

Spring 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor of Health Care

Nursing

The Finnish population is ageing rapidly. Those who have used substances when young often continue when they retire. Alcohol is the most common substance used by the elderly, but drug misuse and mixed use also occur. Substance use problem can often be traced to feelings of loneliness and purposelessness. The ageing body does not tolerate substances as well as young and that makes the consequences of use severe. Health care professionals do not recognize elderly patients' substance use problems well enough and they pass bringing up the issue with them.

Strong stigma and prejudices are associated with substance use problems, which means that patients suffering from them get lower quality care and treatment than other patients in health care. At its worst this fulfills characteristics of discrimination. The problem is emphasized outside mental health and substance use care. The whole situation conflicts the ethical principles of nursing and legislation concerning health care.

In this thesis we produced instructions with Vantaa Hospital on how to recognize and meet elderly who use psychoactive substances. The objective of instruction is to change employees' attitudes towards more professional mindset and provide them with clear principles to support their everyday work with recognition and encountering.

The instruction composes of evidence-based information searched from both Finnish and international literature, reliable web sites and scientific publications. The material selected to thesis and the contents of the instruction was regularly discussed with the Vantaa Hospital staff. The outcome is a card with 12 parts.

Keywords: ageing, attitudes, encountering, recognition, substance use problem

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	4
2 PÄIHTEET JA IKÄÄNTYMINEN	5
2.1 Päihteiden käyttö Suomessa.....	5
2.2 Ikääntyminen ja sen määrittely.....	7
2.3 Ikääntyneiden alkoholinkäyttö ja sen taustatekijöitä.....	8
2.4 Alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyneillä	11
2.5 Sekakäyttö ja ikääntyneet	14
2.6 Lääkkeiden väärinkäyttö ja laittomat huumeet	15
3 ASEENTEET JA PÄIHTEIDEN KÄYTÖN TUNNISTAMINEN	16
3.1 Asenteet ja ennakkoluulot päihteiden käyttäjiä kohtaan hoitotyössä...	16
3.2 Päihteiden käytön tunnistaminen	18
3.3 Ikääntyneen alkoholinkäytön tunnistaminen ja sen epäkohtia.....	20
4 KOHTAAMISEN PERIAATTEET JA TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT.....	21
4.1 Päihteiden käyttäjän kohtaaminen	21
4.2 Lyhytneuvonta.....	22
4.3 Muutokseen motivointi ja muutoksen vaiheet.....	23
4.4 Motivoiva toimintatapa	26
4.5 Ikäeettinen päihdetyö	27
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	28
6 TAUSTA JA YHTEISTYÖKUMPPANI.....	29
7 OHJEISTUKSEN TEKEMISEN PROSESSI.....	30
8 POHDINTA	32
8.1 Eettisyys ja luotettavuus.....	32
8.2 Opinnäytetyö ja sairaanhoitajan ammatillinen kasvu	33
8.3 Kehitysnäkymiä tulevaisuuteen ja työn laajempi merkitys.....	36
LÄHTEET.....	37

LIITE 1. Ohjeistus	43
--------------------------	----

1 JOHDANTO

Vuonna 2019 Suomessa oli 1 231 274 yli 65-vuotiasta. Heidän määränsä ennustetaan kasvavan 1 462 251:een vuoteen 2030 mennessä. (Tilastokeskus. Tuotteet ja palvelut. Suomi lukuina. Väestö.) Eläkeikäiset ovat sekä suhteellisesti että määrällisesti kasvava ikäryhmä, joka on edeltäjiään terveempi, aktiivisempi ja näkyvämpi. Samaan aikaan heillä on myös hoidon ja huolenpidon tarpeita. (Mäkelä, Pentala-Nikulainen, Tigerstedt & Vilkkö 2018, 178.)

Eläkeikäisistä on tullut merkittävä alkoholinkäyttäjien ryhmä mitattuna niin juovien osuudella väestöstä, juomisen tiheydellä kuin tyypillisillä ja maksimaalisilla annosmäärilläkin. Tämä kehitys on kulkenut käsi kädessä kasvavien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen kanssa. (Mäkelä ym. 2018, 186.)

Ikääntyneet eivät itse välttämättä ymmärrä päihdeongelmaansa. Terveystieteiden ammattihenkilöt eivät tartu päihdeongelmiin niin kuin pitäisi, (Kelo, Launiemi, Takaluoma & Tiittanen. 2015, 141–142), vaikka he voisivat omaisten ohella olla avainasemassa haittojen ennaltaehkäisyssä. Päihdeongelmaisten tunnistamisessa ja kohtaamisessa mielenterveys- ja päihdepalvelujen ulkopuolella on useita muitakin ongelmia (Chidlaw & Peckover 2007). Heitä kohdellaan usein huonosti heihin liitettyjen stereotyyppien ja ennakkoluulojen takia (Corrigan ym. 2018).

Opinnäytetyössä kehitetään päihdepotilaiden tunnistamista ja kohtaamista somaattisessa sairaanhoidossa yhdessä Vantaan sairaalan kanssa. Kerättävän näyttöön perustuvan tiedon pohjalta laaditaan päivittäistä osastotyötä tukeva ohjeistus.

2 PÄIHTEET JA IKÄÄNTYMINEN

2.1 Päihteiden käyttö Suomessa

Puhuttaessa päihteiden ongelmakäytöstä tarkoitetaan keskushermostoon vaikuttavien aineiden, kuten alkoholin, huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäyttöä. Päihteiden ongelmakäyttö voi olla keino selviytyä elämän ongelmista kuten mielenterveysongelmista tai olla itsenäinen riippuvuusongelma. (Mielenterveystalo. Aikuiset. Tietoa mielenterveydestä. Tietoa oireista. Päihdeongelmat.)

Suomessa arvioidaan olevan noin puoli miljoonaa suurkulutuksen riskirajat ylittävää alkoholin käyttäjää (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Päihdehoito. Päihdeongelmien tunnistaminen ja hoito). Suurkulutuksen rajana pidetään terveillä työikäisillä miehillä 24 annosta viikossa tai yli seitsemän annosta kerralla ja vastaavasti naisilla 16 annosta viikossa tai yli viisi annosta kerralla. Yli 65-vuotiaiden riskirajana pidetään seitsemää annosta viikossa (Päihdelinkki. Tietoiskut. Alkoholi. Juomisen riskirajat).

Taulukko 1. Alkoholin käytön riskirajat annoksina

	Kerrallaan	Viikossa
Miehet	7	24
Naiset	5	16
Yli 65-vuotiaat	3	7
Yli 75-vuotiaat	Ei määritelty	Ei määritelty

Alkoholi on osallisena lukuisten väestötasolla merkittävien sairauksien synnyssä ja pahenemisessa (Holmberg, Inkinen, Kurki, Partanen & Salo-Chydenius 2018, 68–69). Alkoholin kohtuu- ja riskikäytön rajat vaihtelevat maasta toiseen. Uusimman tiedon mukaan myös kohtuukäyttöä vähäisempi juominen on huomattavan haitallista ja riskirajoja tulisi tämän perusteella laskea. (Wood ym. 2018.)

Alkoholin käyttöä ovat aina säädelleet sekä valtio että kulttuuri, mikä heijastuu myös ikääntyneiden alkoholin käyttöön. Suomalaisten alkoholin käytön merkitys on muuttunut. Aikaisemmin oli vähemmän tilanteita nauttia alkoholia ja juojatkin olivat työkäisiä miehiä. Lisääntyneet alkoholin käyttötilanteet ja vähentynyt paheksunta alkoholia kohtaan ovat tehneet alkoholista myös naisten ja ikääntyvienkin nauttiman juoman. Suomalainen juomatapa on yhä viikonloppupainotteinen ja humalahakuinen. (Aira, Heino, Koivula, Levo & Viljanen 2008, 18–19.)

Alkoholin kokonaiskulutus on Suomessa 3,5-kertaistunut 1960-luvun alusta. Huippulukema 12,7 litraa puhdasta etanolia jokaista 15 vuotta täyttäneeltä kohti vuodessa tilastoitiin vuosina 2005 ja 2007. Sen jälkeen kulutus on ollut hitaassa laskussa. (Karlsson 2018, 25.) Vuonna 2019 kulutus oli laskenut tasolle 10,4 l/hlö/a (Jääskeläinen & Virtanen 2020, 20.)

Alkoholin kulutus Suomessa oli vuonna 2018 eurooppalaista keskitasoa. Pohjoismaisessa vertailussa jaamme kärkisijan Tanskan kanssa. Merkille pantavaa on, että Euroopan maat eroavat toisistaan enemmän juomisen tavan kuin määrien suhteen. Suomessa ja muissa Pohjois-Euroopan maissa alkoholia nautitaan harvemmin kuin esimerkiksi Etelä-Euroopassa, mutta kerralla juodut määrät ovat sitäkin suurempia. Niin sanotuissa viinimaissa kuten Italiassa ja Kreikassa kertamäärät jäävät keskimäärin noin kolmeen annokseen, kun taas Pohjoismaissa suurimmat raportoidut määrät olivat keskimäärin kahdeksasta kymmeneen annoksen luokkaa. (Karlsson, 2018, 20.)

Suomalaisten huumeiden käyttöä ja huumeasenteita on seurattu vuodesta 1992 asti pääosin neljän vuoden välein toistetulla 15–69-vuotiaille suunnatulla postikyselyllä. Sen perusteella vuonna 2018 miehistä 5 % ja naisista 2 % oli käyttänyt jotain laitonta huumetta. Yleisesti voidaan sanoa, että huumeiden käyttö on yleistynyt koko seurantajakson aikana. Kasvutrendi on jatkunut myös vuosina 2014–2018. On hyvin todennäköistä, että myös huumeiden haitat ja huumeita käyttävien palvelutarpeet kasvavat. (Karjalainen, Hakkarainen & Salasuo 2019.)

2.2 Ikääntyminen ja sen määrittely

Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista ikääntyneillä tarkoitetaan vanhuuseläkettä oikeuttavassa iässä olevia eli yli 65-vuotiaita. Iäkkäällä laissa tarkoitetaan ihmistä, jonka toimintakyky on heikentynyt alkaneiden, lisääntyvien tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen takia, sekä korkeasta iästä johtuvan rappeutuman vuoksi. (L 980/2012.)

Ikääntymisen prosessi ja elämäntalvvelu vaihtelevat yksilöllisesti. Ikääntyminen ei ole aina samanlainen jatkumo eivätkä ihmiset henkilökohtaisesti koe sitä samanaishana. Iän ja elämäntalvvelun määrittelyä on selvennetty erittelemällä kronologinen, ruumiillinen ja sosiaalinen ikä. Kronologinen ikä on ikä mitattuna vuosissa. Ruumiilliseen ikään liittyvät toimintakyky, kunto, ulkonäkö ja fyysinen kehitys. Sosiaaliseseen ikään liittyvät näkemykset siitä, minkälaista käyttäytymistä ja toimijuutta tietyn ikäiseltä odotetaan. (Haarni & Hautamäki 2008, 19–20.)

Yhteiskunnallisissa keskusteluissa on kuvattu ikääntyneitä vaivaisiksi, tuottamattomiksi, holhoamista ja hoitoa tarvitseviksi ihmisiksi, jotka ovat enimmäkseen palveluiden kuluttajia. Tulevaisuuden ikääntyneet ovat yhä aktiivisempia, minkä vuoksi vanhuutta ei tulisi pitää yksiselitteisen ongelmallisena. Toimintakyvyn rajoitteista huolimatta ikääntyneillä on voimavaroja yhteiskunnassa toimimiseen. Ikääntyneisiin asennoitumisessa tulisi huomioida ikääntymisen olevan arvokas ja kiinnostava elämäntalvvelu. (Kelo ym. 2015, 279.)

Vanhuus määriteltiin ennen vanhuuseläkeiän mukaan, mutta eläkkeelle jäämisen ja varsinaisen vanhuuden väliin on tullut uusi elämäntalvvelu, niin sanottu kolmas ikä. Kolmanteen ikään kuuluva ei välttämättä omaksu vanhuksen roolia ja korvaa sen uudenaishilla vanhuuden ilmentymillä, joihin saattavat kuulua nautinnonhakuisuus ja riskien ottaminen. Ikääntyvillä on paremmat mahdollisuudet nautintohakuiseen elämään, koska tulot ovat keskimääräisesti kasvaneet, eläkkeellä ollaan pidempään, toimintakyky ja terveys ovat parempia sekä ikääntyvillä on aikaisempiin sukupolviin verrattuna enemmän varallisuutta ja henkistä pääomaa. (Aira ym. 2008, 9.)

Ikääntymisen fysiologisilla muutoksilla on tiettyjä yleispiirteitä. Ikääntymisen muutokset koskevat kaikkia, eivätkä ne ole esisijaisesti ulkoisten tekijöiden aiheuttamia. Ne ovat kroonisia ja palautumattomia ja niihin kuuluvat toimintakyvyn heikentyminen ja haavoittuvuuden lisääntyminen. Vanheneminen näkyy solu- ja kudostasolla, elimistön vesi- ja kivennäispitoisuuksissa ja elektrolyyttivarastoissa. Tärkeää on, ettei vanhenemisoireita pidettäisi sairauksina, vaikka toisinaan oireiden erottaminen sairauksista on vaikeaa. Vanhenemisoireiden sairauksina pitämisen vaaroina ovat sekä yli diagnostiikka että tutkimuksiin ja hoitoon liittyvät epätoivotut seuraukset, joita ovat esimerkiksi tarpeettomat toimenpiteet, lääkehoidon haittavaikutukset sekä sairaalahoitoon liittyvät komplikaatiot ja sairaalainfektiot. Oireiden pitäminen sairauksina voi johtaa ikääntyneen itsenäisyyden menettämiseen, ylihoitamiseen ja elämän laadun huononemiseen. Kuitenkin hyvin nopeasti ilmenevät muutokset saattavat tarkoittaa sairautta. (Tilvis, Pitkälä, Strandberg, Sulkava & Viitanen 2016.)

2.3 Ikääntyneiden alkoholinkäyttö ja sen taustatekijöitä

Ajankohtaisuuteensa ja kansanterveydelliseen merkitykseensä nähden ikääntyvien alkoholinkäyttöä on tutkittu vähän. Alkoholinkäytön yleisyyttä, tiheyttä ja runsautta tutkittaessa on vanhimmat ikäluokat perinteisesti rajattu tutkimusten ulkopuolelle. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Juomatapatutkimukseen otettiin mukaan yli 69-vuotiaat vasta vuonna 2008. (Mäkelä ym. 2018, 178–179.)

Alkoholinkäyttäjien osuus 65–84-vuotiaista naisista oli 38 % vuonna 1993 ja vuonna 2016 se ylsi jo 62 %:iin. Vuonna 2013 heistä 24 % käytti alkoholia vähintään kerran viikossa. Vuoden 2015 tietojen mukaan iäkkäät naiset juovat useimmiten noin kaksi annosta kerralla. (Mäkelä, ym. 2018, 179–181.)

Samanikäisillä miehillä alkoholia käyttävien osuus kasvoi vuosina 1993–2016 noin 68 %:sta vajaalla kymmenellä prosenttiyksiköllä. Vuonna 2013 miehistä 42 % käytti alkoholia vähintään kerran viikossa. Vanhimmista tutkituista 80–84-vuotiaista miehistä enemmistö tyytyi noin kahteen annokseen kerralla, mutta

nuorimmat eli 65–69-vuotiaista peräti 52 % joi kerralla vähintään kolme annosta. 65–69-vuotiaille oli tyypillistä myös runsas kertajuominen eli yli kuuden annoksen juominen kerralla. Heistä lähes joka kolmas joi näin paljon vähintään kerran kuukaudessa. (Mäkelä ym. 2018, 179–182.) Miessukupuoli on useissa tutkimuksissa osoitettu vanhemman iän alkoholisoitumisen tärkeäksi riskitekijäksi (Chapman Harrison, Kostadinov, Roche & Skinner 2020; Gallo, Steier & Wang 2014).

Eläkeikäisten juominen ei liity niinkään seurusteluun tai juhlimiseen vaan enemmänkin arkiseen, kodin piirissä tapahtuvaan toimintaan. Juominen jakautuu usein tasaisesti arkipäivien ja viikonlopun välillä. Miehet juovat tyypillisesti kotonaan, kun taas naiset käyvät sen lisäksi anniskelupaikoissa. Kumppanin kanssa juominen on yleistä, mutta etenkin miehet juovat usein myös ilman mitään seuraa. (Mäkelä ym. 2018, 184–186.) Yleisesti ottaen 65–69-vuotiaat miehet ja naiset muistuttavat juomiseltaan nuorempia ikäluokkia, kun taas 80–84-vuotiaat ovat jo maltillisempia käyttäjiä (Mäkelä ym. 2018, 187).

Ikääntyvien ihmisten ongelmana voi olla yksinäisyys, mihin liittyy yksin olemista sekä kielteisiä kokemuksia, kuten ahdistusta ja pelkoa. Altistavia tekijöitä yksinäisyydelle ovat esimerkiksi toimintakyvyn heikkeneminen, sairaudet, seuran puute, eläminen yksin, oman ikäisten kuoleminen ja merkityksellisten roolien poistuminen. Yksinäisyys saattaa heikentää hyvinvoinnin ja terveyden kokemista ja altistaa erilaisille somaattisille vaivoille. Yksinäisyydellä on suuri merkitys iäkkäiden psykososiaalisten ongelmien taustalla. Yksinäisyys saattaa olla päihde- ja mielenterveysongelmien taustalla ja niiden ylläpitäjänä. (Aira ym. 2008, 55–56.)

Alkoholiin turvautuminen eläkkeellä johtuu yleensä siitä, etteivät ihmiset tunne itseään enää tarpeellisiksi tai hyödyllisiksi, ei niinkään tekemisen puutteesta. Työn varaan rakentunut identiteetti häviää yhtäkkiä ja elämä tuntuu tarkoituksettomalta. Eläköityminen tuo myös vapauden työelämän rutiineista, mikä mahdollistaa juomisen lisääntymisen. (Andersen, Emiliussen & Nielsen 2017.)

Ikääntyneistä päihteidenkäyttäjistä kaksi kolmasosaa on suurimman osan elämästään käyttänyt alkoholia. Noin kolmanneksella runsaampi alkoholinkäyttö on alkanut eläkkeelle jäädessä. (Sininauhaliitto. Ikääntyneiden päihdetyö. Tietoa.)

Juominen lisääntyy eläkkeelle jäämisen jälkeen erityisen paljon heillä, joilla se on ollut jo valmiiksi säännöllistä, mutta on myös heitä, jotka aloittavat vasta eläkkeellä (Gallo, Steier & Wang 2014).

Pieni osa ikääntyneistä nauttii alkoholia maltillisesti, mutta ongelman muodostavat samanaikaisesti käytettävät lääkkeet ja niiden yhteisvaikutukset alkoholin kanssa. Myös itse alkoholia voidaan käyttää lääkinnällisessä tarkoituksessa sydän- ja verisuonisairauksiin, unihäiriöihin, ruoansulatusvaivoihin sekä vilustumiseen. Tyypillisimpiä juomisen syitä ovat kuitenkin elämän tarkoituksettomuus, ahdistus, yksinäisyys, masennus, tapa kuluttaa aikaa ja se että muutkin ympärillä juovat. (Sininauhaliitto. Ikääntyneiden päihdetyö. Tietoa.)

Eläkkeelle jääminen on suuri elämäntapahtuma, joka muuttaa helposti terveyskäyttäytymistä. Tämän ymmärtäminen ja huomioiminen on hedelmällinen lähtökohta haittoja ehkäisevälle työlle. (Gallo, Steier & Wang 2014.) Perusterveydenhuollolla ja ikäihmisten omaisilla on parhaat mahdollisuudet muuttaa tilannetta käytännössä. Siksi nimenomaan heidän tietoisuuteensa ja asenteisiinsa kannattaa vaikuttaa. (Chapman ym. 2020.)

Ympäröivällä kulttuurilla ja asenteilla on suuri merkitys myös ikäihmisten juomiselle. Tanskalaisessa tutkimuksessa haastatellut vanhukset kertoivat alkoholin olevan läsnä ihmisten tapaamisissa niin tiukasti, että sen voi sanoa olevan sosiaalisen elämän symboli. Juominen sosiaalisissa tilanteissa on normi, josta poikkeamista joutuu selittämään ja puolustamaan. Jopa ennen paheksutusta yksin kotona juomisesta on tullut sosiaalisesti hyväksyttävää ja sille on jopa annettu nimi *hygge*, johon liittyy merkityksiä ansaitusta rentoutumisesta, kodikkuudesta ja hyvästä mielestä. (Andersen, Emiliussen & Nielsen 2017.) Hyvin samankaltaisia kertomuksia nähdään australialaisten ikäihmisten haastatteluaineistossa. Myös siellä alkoholiin kerrotaan kytkeytyvän lähes kaikkiin ihmisten tapaamisiin. (Chapman ym. 2020.)

Toisen maailmansodan jälkeen syntyneet *suuret ikäluokat* ovat eläneet suvaitsevammassa alkoholikulttuurissa kuin vanhemmat sukupolvet, joten eläkkeelle jäädessään heillä on arkisempi ja nautintohakuisempi suhde alkoholiin. (Aira ym.

2008, 18–19.) Tiedetään, että tällä niin sanotulla *märällä sukupolvella* juominen on säilynyt ikääntyessä samalla korkealla tasolla kuin mitä se oli nuoruudessa, osalla jopa lisääntynyt (Enlund ym. 2009).

Alkoholiongelma kehittyy usein hitaasti ja salakavalasti ja voi mennä kauan ennen kuin ihmiset haluavat tunnustaa itselleen – saatikka toisille – mistä on kysymys (Andersen, Emiliussen & Nielsen 2017). Haastattelututkimuksissa ikäihmiset kertovat alkoholin ja uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käytön olevan yleistä heidän ikäluokassaan. He kertovat, että tuttavapiirissä on useita runsaastikin alkoholia ja lääkkeitä käyttäviä, mutta samalla korostavat, etteivät itse kuulu samaan kategoriaan. (Engedal, Helvik, Johanessen & Sørлие 2016.) On myös tavallista, että runsaastikin juovat luokittelevat itsensä sosiaalisiksi alkoholin käyttäjiksi ja näin etäännyttävät itseään paheksutusta alkoholistin stereotyypistä (Chapman ym. 2020).

2.4 Alkoholinkäytön vaikutukset ikääntyneillä

Alkoholi kulkeutuu koko elimistöön verenkierron välityksellä ja lamauttaa aivojen toimintaa. Tätä kutsutaan humalatilaksi. Humalatilassa käyttäytyminen, toimintakyky ja mielentila muuttuvat. Humalluttava vaikutus alkaa muutamassa minuutissa alkoholin nauttimisesta ja siihen vaikuttavat alkoholipitoisuus ja samalla syöty ruoka. Nousuhumalan mielihyväväikutus johtuu toiminnan lisääntymisestä keskushermoston dopamiinivälitteisissä hermoradoissa. Humalan lisääntyessä liikkeiden koordinointi, tasapaino ja asioiden muistiin painaminen heikkenevät nopeasti. Alkoholi imeytyy pieninä määrinä suuontelossa, noin neljäsosalta mahalaukussa ja pääasiassa ohutsuolen alkuosassa. Alkoholin vaikutukset ovat yksilöllisiä ja niihin vaikuttavat sukupuoli, ikä, terveydentila, sairaudet ja ympäristö. Alkoholi poistuu pääasiassa maksan käsittelemänä, mutta pieni osa poistuu hengityksen, hien ja virtsan mukana. (Holmberg ym. 2018, 66–67.)

Vuosina 2000–2016 alkoholiin liittyvien kuolemien painopiste on siirtynyt akuuteista syistä kroonisten suuntaan. Ennen tyypillisimpiä alkoholikuolemien syitä

olivat päihtymykseen liittyvät tapaturmat, väkivalta ja myrkytykset, nykyään korostuvat pitkäaikaiseen käyttöön liittyvät maksasairaudet. (Karlsson 2018, 23.)

Vanheneminen tuo mukanaan fysiologisia muutoksia, joiden takia ikäihmiset ovat herkempiä alkoholille kuin nuoremmat. Ikääntyvän elimistön vesipitoisuus pienenee ja rasvan osuus kasvaa, jolloin joidenkin lääkkeiden ja päihteiden jakaantuvuus pienenee ja pitoisuudet elimistössä kasvavat. Ikääntyessä maksan ja munuaisten toiminta heikkenee, jolloin lääkkeiden ja haitallisten aineiden poistuminen elimistöstä hidastuu. Näiden muutosten takia lääkkeiden haitta- ja yhteisvaikutukset lisääntyvät (Päihdelinkki. Tietoiskut. Tietopankki. Päihteidenkäytön erityisryhmiä, Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö.)

Ikääntyneillä päihteiden käyttö ilmenee suurentuneena kaatumis- ja tapaturma-vaarana (Holmberg ym. 2015, 260). Ongelmana on, ettei päihdehaittoja ja ikääntymisen muutoksia välttämättä osata erottaa toisistaan (Holmberg ym. 2018, 382). Alttius kaatumiselle ja verenpaineen laskulle seisoessa lisääntyvät ikääntyessä, kun motoriikka ja tasapainoaisti heikentyvät. Päihteet korostavat tätä ilmiötä. (Päihdelinkki. Tietoiskut. Tietopankki. Päihteidenkäytön erityisryhmiä, Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö.)

Yli 65-vuotiaalla on matalammat riskikäytön rajat verrattuna työikäisiin, korkeintaan 3 annosta kerrallaan tai 7 annosta viikossa. Erikseen ei ole määritelty riskirajoja yli 75-vuotiaille, mutta koska alkoholin sietokyky vähenee iän myötä, ne ovat matalammat. (Simojoki & Strandberg 2017, 2523.) Riskiraja ei ole sama asia kuin turvaraja, koska osalle ikääntyneistä jo yksikin annos voi tuoda haittavaikutuksia (Kelo ym. 2015, 136). Ikääntynyt ei välttämättä itse tiedä, mikä on alkoholinkäytön riskiraja, eikä silloin tiedä käyttävänsä liikaa. Hän saattaa myös kaunistella käyttämiään määriä, koska häpeää ja pelkää kohtaavansa paheksuntaa ja syyllistämistä. (Kelo ym. 2015, 141.)

Australian iäkästä väestöstä tutkittaessa saatiin selville, että alle puolet yli riskirajojen juovista vanhuksista ymmärsi juomisensa olevan liiallista (Chapman ym. 2020). Ikääntyneiden terveystietämyksessä on osoitettu olevan muitakin puutteita. Vain noin puolet heistä on samaa mieltä siitä, että alkoholi on riski sydän-

ja verisuoniterveydelle. Myös yhteys masennukseen, syöpäsairauksiin ja unihäiriöihin tunnetaan yhtä huonosti tai jopa huonommin. (Markkula, Mäkelä & Warpenius 2018, 228.)

Alkoholin riskikäytöllä on merkittävä yhteys kognitiivisten toimintojen heikentymiseen ja muistisairauksiin (Simojoki & Strandberg 2017, 2523). Silti on olemassa tutkimuksia, joiden mukaan vähäisestä kohtuulliseen vaihteleva alkoholinkäyttö suojaa dementialta paremmin kuin täysi pidättäytyminen. Tulokset aiheuttivat suurta hämmennystä, sillä alkoholi on tunnetusti erityisen haitallista aivoille. Alettiin epäillä, että tulokset olivat tutkimusasetelman vääristämiä eivätkä siksi olleet luotettavia. (Bergem ym. 2016.) Tutkimusten heikkoudeksi pääteltiin se, ettei tutkimushetkellä raittiilta ihmisiltä kysytty raittiuden taustoista. Osoittautui, että raittiiden kohtuukäyttäjää huonompi terveys johtui käänteiskausaliteetista. Tutkimushetkellä sairaat raittiit olivat lopettaneet juomisen saatuaan vakavia terveyshaittoja tai he olivat jo ennestään muusta syystä sairaita eivätkä siksi juoneet. Toisin sanoen - he eivät olleet kohtuukäyttäjää sairaampia raittiutensa takia vaan he olivat päätyneet raittiiksi sairauksiensa takia. (Bergem ym. 2016.)

Sittemmin tutkimusasetelmat opittiin suunnittelemaan niin, että niissä eroteltiin ikänsä raittiina eläneet heistä, jotka ovat juoneet ennen mutta lopettaneet myöhemmin. Havaittiin että koko elämänsä raittiina eläneet ovat keskimäärin terveempiä kuin kohtuukäyttäjät. Kohtuukäyttö ei siis suojaa miltään terveyshaitoilta vaan päinvastoin. (Choi ym. 2016.) Myöhemmät pitkät ja yksityiskohtaiset seurantatutkimukset vahvistavat sen, ettei alkoholista ole terveyshyötyjä vaan pelkästään haittoja. Niiden mukaan ikääntyneille ei pitäisi suositella edes kohtuukäyttöä. (Pitkälä ym. 2018.)

Vastaamatta jättäminen eli kato on alkoholitutkimuksen suurimpia haasteita. Norjalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että alkoholikysymyksiin vastaamatta jättäneillä ihmisillä oli suurin riski dementialle ja muille terveysongelmille. Todennäköisesti vastaamatta jättäminen oli merkki niin suuresta alkoholinkulutuksesta, ettei sitä kehdattu kertoa edes anonymisti. (Bergem ym. 2016.)

2.5 Sekakäyttö ja ikääntyneet

Päihteiden sekakäytöllä tarkoitetaan kahden tai useamman aineen käyttöä yhtä aikaa tai pienen ajan sisällä. Tarkoituksena on päihtymyksen pitkittäminen, voimistaminen tai hyvin vahva päihtymystila. Sekakäytöllä voidaan myös normalisoida psyykkistä ja fyysistä oloa, parantaa suorituskykyä tai esimerkiksi hoitaa kipua. (Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Huumeet ja muut päihdyttävät aineet. Päihteiden sekakäyttö.) Sekakäyttö aiheuttaa muistimenetyksiä, käyttöhäiriöitä, aggressiivisuutta ja sekavuutta. Yleisimmin käytetään alkoholia ja lääkkeitä sekaisin. (Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Lääkkeet. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö.) Sekakäyttö aiheuttaa sisäelinten kuormitusta, joka saattaa johtaa pysyviin vaurioihin (Päihdelinkki. Tietoiskut. Tietopankki. Päihteidenkäytön erityisryhmiä. Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö).

Sekakäyttöön liittyy vahvoja mielikuvia ja stereotypioita. Usein sen ajatellaan olevan kaoottista toimintaa, jossa eri päihteitä yhdistellään hallitsemattomasti eikä käyttäjällä ole mitään elämänhallintaa jäljellä. Tutkimusten mukaan tämä ei ole koko kuva sekakäytöstä vaan todellisuus on monimuotoisempi. (Hakkarainen, Karjalainen & Tigerstedt 2018, 90.)

Tahattomassa sekakäytössä käytetään alkoholia ennen kuin esimerkiksi uni- ja rauhoittavat lääkkeet ovat ehtineet poistua elimistöstä eli se ei tarkoita aina aineiden samanaikaista nauttimista. Sen sijaan *tahallisessa* sekakäytössä lääkkeillä pyritään saavuttamaan päihtymystila tai voimistamaan sitä. (Päihdelinkki. Tietoiskut. Tietopankki. Päihteidenkäytön erityisryhmiä. Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö.) Ikääntyneillä sekakäyttö on lähes aina tahatonta ja johtuu yleensä siitä, etteivät he tiedä alkoholin ja tiettyjen lääkkeiden huonosta yhteensopivuudesta (Kelo ym. 2015, 139–140).

Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat olla arvaamattomia ja vaarallisia. Alkoholi saattaa voimistaa tai heikentää lääkkeen vaikutusta. (Sininauhaliitto. Ikääntyneiden päihdetyö. Tietoa.) Lääkeaineita, joiden kanssa ei tulisi käyttää alkoholia ovat unilääkkeet (midatsolaami, tsolpideemi), opioidit ja keskushermostoon vaikuttavat kipulääkkeet, parasetamoli, jotkin antibiootit (nitrofurantoiini,

metronidatsolitidinidatsoli), trisykliset masennuslääkkeet (amitriptyliini, doksepiini, trimipramiini, klomipramiini) ja matkapahoinvointilääkkeet (skopolamiini, meklotsiini). Lääkeaineryhmiä, joiden kanssa tulee olla varovainen alkoholia käytettäessä ovat verenohennuslääke (varfariini), diabeteslääkkeet (glibenklamidi), sydän- ja verenpainelääkkeet, tulehduskipulääkkeet (ibuprofeeni, ketoprofeeni, aspiriini), närästyslääkkeet (ranitidiini, simetidiini) ja lihasrelaksantit (titsanidiini, orfenadriini). (Kelo ym. 2015, 140–141.)

2.6 Lääkkeiden väärinkäyttö ja laittomat huumeet

Lääkkeiden väärinkäytöllä tarkoitetaan lääkkeiden käyttöä ilman lääkärin määräästä, suurempana annoksena tai toiseen tarkoitukseen kuin se on määrätty. Useimmiten väärinkäytettyjä lääkkeitä ovat unilääkkeet, rauhoittavat lääkkeet ja vahvat kipulääkkeet. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus ja kehittäminen. Tutkimukset ja hankkeet. Päihdetutkimus. Tutkimustuloksia. Lääkkeiden väärinkäyttö.) Rauhoittavien lääkkeiden käyttö väsyttää, altistaa tapaturmille sekä aiheuttaa havaintohäiriöitä, muistivaikeuksia ja sekavuutta. Osa unilääkkeistä aiheuttaa suurella annoksella päiväväsymystä, keskittymisvaikeuksia sekä heikentää hienomotoriikkaa ja muistia. Väärinkäytettyinä psyykelääkkeet voivat aiheuttaa muistihäiriöitä, kontrolloimatonta käytöstä ja tapaturmia tai altistaa myrkytys-tilalle. (Terveyskylä. Aivokylä. Aivot ja toimintakyky. Aivojen tiedonkäsittelyyn vaikuttavia asioita. Lääkkeet.)

Yleisimpiä syitä väärinkäyttöön ovat viihde-/päihdekäyttö ja itselääkintä, kuten esimerkiksi kivunhoito, unettomuuden hoito tai arjen kestämiseksi olon parantaminen. Lääkkeitä väärin käyttävissä on enemmän verrattuna lääkkeitä väärin käyttämättömiin naisia, naimattomia, eronneita, työttömiä ja eläkeläisiä. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus ja kehittäminen. Tutkimukset ja hankkeet. Päihdetutkimus. Tutkimustuloksia. Lääkkeiden väärinkäyttö.)

Huumeiden käyttöä tutkittaessa ”vanha” käyttäjä tarkoittaa eri asiaa kuin alkoholin kohdalla. Ikäraja on häilyvä eikä mitään standardia ole sovittu, mutta useimmiten vanhoilla tarkoitetaan yli 40-, joskus jopa yli 35-vuotiaita. He ovat lähes aina

aloittaneet käyttönsä nuorina. (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2010.) Huumeiden käyttö altistaa erilaisille sairauksille, kuten tulehdussairauksille, maksasairauksille, tuki- ja liikuntaelinten vammoille ja erilaisille traumoille. Pitkään huumeita käyttänyt saattaa olla jo 40-vuotiaana toimintakykynsä perusteella ikääntynyt. (Ikääntyneiden päihdetyö. Tietoa. Huumeet.)

Yli 65-vuotiaiden eurooppalaisten huumeiden käyttöä on tutkittu huomattavasti vähemmän kuin nuorempien ikäryhmien (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2010). Ikääntyneitä huumeiden käyttäjiä tulee olemaan tulevaisuudessa enemmän, kun nykyisin huumeita käyttävät nuoret ja keski-ikäiset vanhenevat (Ikääntyneiden päihdetyö. Tietoa. Huumeet).

3 ASEENTEET JA PÄIHTEIDEN KÄYTÖN TUNNISTAMINEN

3.1 Asenteet ja ennakkoluulot päihteiden käyttäjiä kohtaan hoitotyössä

Päihdeikäyttöön liitetään lukuisia negatiivisia uskomuksia ja stereotypioita. Heidän kaikkien ajatellaan olevan vaarallisia, arvaamattomia, rikollisia, valehtelijoita ja kyvyttömiä huolehtimaan itsestään ja hygieniastaan. Päihdeongelmaa saatetaan myös pitää moraalisenä ongelmana, rajattomuutena tai syntinä. Hyvin yleisiä ovat myös mielikuvat heikkoudesta, kyvyttömyydestä muutokseen sekä toivottomuudesta ja jopa arvottomuudesta. Heissä ei nähdä mitään potentiaalia ja heidän ajatellaan syyttävän muita ongelmastaan tai kieltävän koko ongelman olemassaolon. (Corrigan ym. 2018.)

Ennakkoluulot ovat uskomuksista kumpuavia tunnereaktioita. Ne voivat olla julkeita ja suoria, kuten pelko, vihamielisyys ja inho. Hienovaraisempia ennakkoluuloja ovat välinpitämättömyys, sääli, hämmennys, avuttomuus ja häpeä. (Corrigan ym. 2018.)

Negatiiviset uskomukset ja tunteet johtavat syrjivään käyttäytymiseen. Mahdollisuuksien rajoittaminen on tyypillistä syrjintää. Päihdeongelmaisen on vaikea saada asuntoa ja työpaikkaa ja jo työelämässä olevat voidaan irtisanoa kevyin perustein tai estää heidän etenemisensä. Ongelmiin ei tarjota tukea eikä apua. Pahimmillaan syrjintä ilmenee ihmisarvon kieltämisenä. Päihdeongelmaisia vältellään kaikin keinoin, avunpyyntöihin ei reagoida ja heidät suljetaan pois sosiaalisesta piiristä. (Corrigan ym. 2018.)

Stigma eli häpeäleima heikentää päihteidenkäyttäjien mahdollisuuksia hyviin ihmissuhteisiin, työllistymiseen ja työpaikassa pysymiseen sekä asianmukaisen hoidon saamiseen terveydenhuollossa. (Corrigan ym. 2018.) On valitettavan tavallista, ettei ammatillinen kohtaaminen toteudu ja päihdeongelmaiset saavat huonompaa hoitoa kuin muut potilaat. Päihdeongelmaiseen perusterveydenhuollossa lyötävän leiman sanotaan pahimmillaan vetävän vertoja HIV-positiivisten aikoinaan saamalle kohtelulle. (Chidlaw & Peckover 2007.)

Laajalti Euroopan tasolla on osoitettu, etteivät perusterveydenhuollon ammattilaiset arvosta päihdeongelmaisten kanssa työskentelyä verrattuna muista kroonisista sairauksista kärsiviin potilaisiin. Huumeidenkäyttäjiä pidetään erityisen vastenmielisenä ryhmänä. (Baldacchino ym. 2011.) Silti myös sosiaalisesti hyväksytympi alkoholinkäyttö haastaa henkilökunnan ammatillista suhtautumista. Erikoisaloja vertailtaessa on havaittu että mielenterveys- ja päihdetyön henkilökunnalla on suurempi itseluottamus ja positiivisempi asenne alkoholia käyttäviin potilaisiin kuin muilla ja he ovat työhönsä tyytyväisimpiä. Tilanne on huonompi somaattisilla aloilla ja heikoin akuuttihoidossa. (Edgar, Iqbal, McCambridge, Shorter & Young 2015.)

Hoitajien kokemuksia ja asenteita tutkittaessa on havaittu, että päihteiden käyttäjiä pidetään työn riskitekijöinä ja heitä pelätään. Tämä estää potilaan tilanteen kokonaisvaltaisen ymmärtämisen eikä häntä nähdä avun tarvitsijana. Hoito muuttuu tehtäväorientoituneeksi suorittamiseksi ja siihen käytetään mahdollisimman vähän aikaa. Empatia ja vuorovaikutus jäävät vähäisiksi. (Chidlaw & Peckover 2007.)

Hoitajilla ei omasta mielestään ole tarpeeksi ymmärrystä eikä koulutusta päihdeongelmaisten hoitoon. Päihteidenkäyttäjien täyttymättömät hoidolliset tarpeet saatetaan tiedostaa, mutta niistä ei oteta vastuuta vedoten omaan riittämättömään asiantuntemukseen. Ajatellaan ja toivotaan että tarpeisiin vastaavat mielenterveys- ja päihdetyön erityisammattilaiset. (Chidlaw & Peckover 2007.) Hoitohenkilökunta saattaa uskoa alkoholiongelman seulonnan, mini-intervention ja hoitoonohjauksen vaikuttavuuteen, mutta ongelma on, etteivät he pidä sitä omaan työhönsä kuuluvana (Ali, Dong, Mabood, Newton, Wild & Zhou 2012).

Sairaanhoitajien eettisissä ohjeissa sanotaan, että sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu edistää potilaan yksilöllistä hyvää oloa sekä kohdata potilas arvokkaana ihmisenä. Toiminnan tulee myös olla oikeudenmukaista eli jokaista potilasta hoidetaan yhtä hyvin ja kunkin yksilöllisen hoidontarpeen mukaan riippumatta tämän terveysongelmasta, kulttuurista, uskonnosta, äidinkielestä, iästä, sukupuolesta, rodusta, ihon väristä, poliittisesta mielipiteestä tai yhteiskunnallisesta asemasta. (Sairaanhoitajat. Ammatti ja osaaminen. Ohjeita ja työkaluja. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Eettiset ohjeet suomeksi.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista sanoo, että potilaan tulisi saada laadultaan hyvää terveyden- ja sairaudenhoitoa. Potilasta tulee kohdella niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata (L 785/1992). Päihdehuoltolaki velvoittaa tarjoamaan päihdehuollon palveluja henkilölle, jolla on ongelmia päihteiden käytössä. Tukea tulisi antaa avun, tuen ja hoidon tarpeen perusteella (L 41/1986.)

3.2 Päihteiden käytön tunnistaminen

Tärkeitä keinoja päihteistä johtuvien haittojen ja sairauksien vähentämiseksi ovat päihteisiin liittyvien ongelmien varhainen tunnistaminen ja hoito. Mahdollisimman varhain tunnistettu päihdeongelma tarkoittaa sitä, että päihteiden käyttäjällä on vielä voimavaroja muuttaa käyttöönsä, niin ettei siitä seuraa ongelmia tai ne voidaan vielä ratkaista helposti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholit, tupakka ja riippuvuudet. Päihdehoito. Päihdeongelmien tunnistaminen ja hoito.)

Riskikäytön tunnistamiseksi osana hoitotyötä erityisesti perusterveydenhuollossa 18–64-vuotiailta pitäisi kysyä päihteiden käytöstä (Holmberg ym. 2018, 247).

Alkoholin ongelmakäyttö tulisi havaita varhain, ettei siitä ehtisi tulla fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia haittoja. Useimmiten fyysiset tai psyykkiset syyt saavat hakeutumaan terveydenhuoltoon, jolloin on luonnollista kysyä myös päihteiden käytöstä. Avuksi voidaan ottaa AUDIT-testi. (Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus 2015.) AUDIT-testin on kehittänyt Maailman terveysjärjestö tunnistamaan alkoholinkäytön suurkulutuksen. Testin tarkoituksena on tuoda ilmi mahdolliset juomisen riskit ja haitat kymmenellä kysymyksellä. (Päihdelinkki. Testi ja laskurit. Alkoholi.) Ikääntyneellä yli 5 pistettä on syy lisäselvityksiin (Si-mojoki & Strandberg 2017, 2526).

AUDIT-testistä on kehitetty kolmen kysymyksen seulontatesti AUDIT-C, jonka avulla kartoitetaan käytön tiheyttä, käytetyn alkoholin määrää ja humalajuomista. Jos AUDIT-C-testistä ilmenee riskijuomista, olisi hyvä tehdä AUDIT-testi. AUDIT-C-testi toimii hyvin tukemaan puheeksiottoa. SADD-testiä voidaan käyttää testaamaan alkoholiriippuvuutta. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittaria voidaan käyttää apuna puheeksiotossa, arvioinnissa ja neuvonnassa. (Pajala 2016, 113.)

Riskikäyttöä voidaan havaita myös potilaan oireista. Riskikäytön merkkejä saatavat olla erilaiset vatsavaivat, rytmihäiriöt, kohonnut verenpaine, levottomuus, hikoilu, tapaturmat ja ihon ja hampaiden huono kunto. Huomiota tulisi erityisesti kiinnittää masennukseen, ahdistukseen, uupumukseen ja unihäiriöihin. Alkoholin riskikulutuksen voi tunnistaa myös laboratorioarvoista. (Holmberg ym. 2018, 248.) Laboratoriokokeisiin kuuluvat veren ja hengitysilman alkoholipitoisuus, GT (seerumin glutamyyli transferaasi), MCV (punasolujen keskitilavuus) ja CDT (seerumin niukkahiilihydraattinen transferriini). Laboratoriokokeet eivät yksinään korvaa potilaalle tehtävää haastattelua vaan ovat niiden lisänä ja tukena. (Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus 2015.)

Huumeongelman esiin tuomisen ongelmana on se, että huumeiden käyttö on rangaistavaa, jolloin potilas ei uskalla mainita siitä. Huumeiden käyttöä tulisi selvittää, jos potilas on päihtynyt ilman alkoholia, hänellä on veriteitse tarttuva infektio,

pistojälkiä, vieroitusoireita, pienet tai laajentuneet mustuaiset tai aggressiivisuutta tai psykoosioireita ilman aikaisempaa psykiatrista oireilua. Potilaan saattavat tuoda hoitoon infektiot, tapaturmat, vatsavaivat, mielialaoireet, verenkierto-ongelmat tai vieroitus- tai myrkytysoireet. (Huumeongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2018.)

3.3 Ikääntyneen alkoholinkäytön tunnistaminen ja sen epäkohtia

Ikääntyneiden alkoholin riskikäytöstä havaitaan vain 5–10 %. Ikääntyneen kanssa alkoholinkäyttö tulee harvoin puheeksi, eivätkä he yleensä itse tuo alkoholinkäyttöään ilmi. (Kelo ym. 2015, 141.) Usein omaisilta saatu tieto alkoholikäytöstä auttaa tunnistamaan ongelman. Epäilyksen saattavat herättää myös useat lääkärikäynnit tai sairaalahoitajaksot, jolloin huomataan oireiden syynä olevan alkoholi. (Aalto, Alho, Kiianmaa & Lindroos 2015, 156.)

Alkoholinkäytön havaitsemista estää työntekijän hienotunteisuus ja puuttumattomuutta perustellaan iäkkään itsemääräämisoikeuden kunnioittamisella (Kelo ym. 2015, 142). Itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen ja heitteillejätön raja on toisinaan hyvin pieni. Ikääntyvän päihdeongelmaan puuttumattomuutta ja hänen tarvitsemansa hoidon vaille jättämistä ei voi perustella itsemääräämisoikeudella. (Aira ym. 2008, 12.)

Myös työntekijän epävarmuus ja tiedonpuute saattavat vaikuttaa havaitsemiseen. Työntekijä ei tiedä ikääntyneen alkoholinkäytön riskirajoista, eikä sitä milloin alkoholinkäyttöön tulisi puuttua. Kohtaaminen saatetaan kokea vaikeaksi ja henkisesti kuormittavaksi, joten jätetään puuttumatta tilanteeseen. Myös vääristynyt ja negatiivinen asenne vaikeuttaa avun antamista. Usein toimintaa perustellaan myös kiireellä ja tilanteiden yllättävyydellä. (Kelo ym. 2015, 142.)

Ikääntyneen arvioinnissa testien tekeminen ei ole suositeltavin tapa, vaan parhaiten toimii aktiivinen puheeksiotto (Kelo ym. 2015, 141). Alkoholin käytöstä tulisi kysyä rutiininomaisesti kaikilta, jotta asiasta häviäisi arkaluonteisuus (Aira & Haarni, 2010). Myöhäisellä iällä alkoholisoituneet näyttävät ulospäin

toimintakykyisemmiltä kuin ne, joilla on ollut päihdeongelma jo pidempään (Andersen, Emiliussen & Nielsen 2017).

Tyypillisesti alkoholia runsaammin käyttävä eläkeläinen on kotihoidon keskimääräistä asiakasta nuorempi, mutta ennenaikaisesti vanhentunut. Hänellä on ongelmia päivittäisistä toiminnoissa selviytymisessä, suurempi vaara kaatuilla ja usein psykiatrinen sairaus. Yleensä hän on eronnut mies, joka saattaa vähävaraisuuden vuoksi tinkiä välttämättömistä tarpeistaan, vastustaa apua ja olla aggressiivinen sanallisesti. (Finne-Soveri, Jokinen, Noro, Sohlman & Vilkkonen 2013, 74.)

Osana kaatumisvaaran arviointia tulisi aina arvioida potilaan alkoholin käyttöä, vaikka ei epäiltäisikään liikakäyttöä. Hyvänä työvälineenä voidaan käyttää AUDIT-C-lomaketta. Testi olisi hyvä tehdä kaikille osana kaatumisvaaran arviointia, jolloin se ei leimaisi, eikä testin tekemistä tarvitsisi perustella. Alkoholin osuutta kaatumiseen tulisi kysyä ikääntynyttä syyllistämättä. Joissain kunnissa rutiininomaisesti puhallutetaan kaikki tapaturmaklinikalle saapuvat potilaat, jolloin toimenpiteellä ei epäillä eikä syyllistetä ketään erityisesti. Suositeltavaa olisi, että käytäntö leviäisi laajemminkin käyttöön. (Pajala 2016, 47.)

4 KOHTAAMISEN PERIAATTEET JA TOIMIVAT KÄYTÄNNÖT

4.1 Päihteiden käyttäjän kohtaaminen

Potilaat pitävät päihteiden käytön puheeksiottoa useimmiten positiivisena kokemuksena (Koivunen, Harju, Hakala, Hänti & Välimäki 2014, 281). Edellytyksenä päihteistä keskusteltaessa on kuitenkin, että potilasta kuunnellaan (Behm, Hänninen, Kankkunen & Pietilä 2016, 315). Luottamuksellinen hoitosuhde vaatii potilasta kunnioittavan asenteen ja hänen huomioimisensa kokonaisvaltaisesti. Asennoitumisen on oltava neutraalia, positiivista, vastaanottavaa, hyväksyvää ja ymmärtävää. Vuorovaikutuksessa on huomioitava myös kielenkäyttö, on

esimerkiksi vältettävä sellaisia sanoja kuten alkoholisti, juoppo ja päihderiippuvainen. (Holmberg ym. 2018, 164–165.)

Sanattomaan viestintään on myös hyvä kiinnittää huomiota (Behm ym. 2016, 315). Sanattomaan viestintään kuuluvat ilmeet, eleet, asennot, liikkuminen, äänenpainot ja -sävyt, jotka tukevat puhetta ja kuuntelemista. (Laine, Ruishalme, Salervo, Sivén & Välimäki 2010, 235) Suurin osa vuorovaikutuksesta on sanattonta ja se alkaa jo ennen keskustelua (Niemelä, Suua & Väisänen 2009, 28).

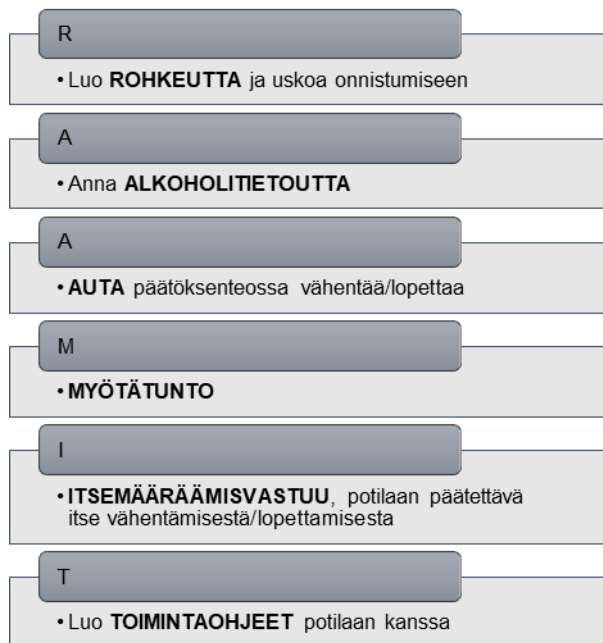
Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ilmenee siten, että työntekijä suhtautuu potilaaseen tasavertaisena ja että potilas saa itse tehdä valintoja puheeksiottotilanteissa (Behm ym. 2016, 316).

4.2 Lyhytneuvonta

Alkoholiongelman varhaisessa vaiheessa voidaan käyttää lyhytneuvontaa, jonka tarkoituksena on ongelman tunnistaminen. Lyhytneuvonnasta käytetään myös nimitystä mini-interventio. Tärkeintä lyhytneuvonnassa on motivointi ja potilaan tukeminen kuuntelemalla ja rakentavasti kommentoimalla. (Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2015.) Lyhytneuvonnan tulee olla luontevasti osa muuta hoitoa. Potilalle on hyvä myös antaa kirjallista materiaalia, koska lyhytneuvonta ei kestä kauan. (Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus 2015.)

Lyhytneuvonta ei riitä, jos potilaalla täyttyvät päihderiippuvuuden tunnusmerkit (Holopainen 2013, 137). Päihderiippuvuus tarkoittaa, että päihteen hankkiminen ja käyttö on keskeinen asia henkilön elämässä. Vaikutuksen saamiseksi tarvitaan aikaisempaan verrattuna suurempi annos ja lopettaminen saattaa aiheuttaa vieroitusoireita. Päihteiden käyttöä jatketaan, vaikka se selkeästi aiheuttaa haittaa terveydelle tai elämälle. (Mielenterveystalo.fi. Tietoa mielenterveydestä. Tietoa diagnooseista. F10–19 Päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt.)

Lyhytneuvonnan muistissäännön lyhenne on RAAMIT (Kuvio 1), joka tulee sanoista rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämismvastuu ja toimintaohjeet (Holmberg ym. 2018, 249).



Kuvio 1. Lyhytneuvonnan muistisääntö RAAMIT (Holmberg ym. 2018, 249).

Potilaalle luodaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen. Hänelle annetaan alkoholitietoutta ottaen huomioon hänen terveydentilaansa. Häntä autetaan päätöksessä alkoholinkäytön vähentämisessä tai lopettamisessa. Pidetään huolta, että hänen hoitonsa on myötätuntoista. Potilaalla on itsemääräämismvastuu, joten hänen on itse päätettävä juomisen vähentämisestä. Potilaan kanssa luodaan toimintaohjeita juomisen vähentämiseksi. (Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus 2015.)

4.3 Muutokseen motivointi ja muutoksen vaiheet

Potilaan motivointi muutokseen on prosessi, johon kuuluvat yhteistyön luominen, fokusointi, herättely ja muutoksen suunnittelu (Kuvio 2). Yhteistyösuhde vaatii sen, että potilas tulee kohdatuksi ja aidosti kuunnelluksi. Toisessa vaiheessa pohditaan potilaan kanssa työskentelyn suunta ja tarkoitus. Tässä vaiheessa on

hyvä edetä potilaan tahtiin. Potilaan kanssa toiminta tulisi olla lujan ystävällistä ja johdonmukaista. Muutoksen suunnan selvittyä alkaa kolmas vaihe, johon kuuluu herättely. Heräävä muutoshalu muutetaan toiminnaksi, jolloin potilaan havainnot toiminnan muuttumisesta vahvistavat omanarvontuntoa. Potilas löytää merkityksellisiä asioita, joiden takia hän haluaa muuttua. Tämän jälkeen potilas on valmis neljänteen vaiheeseen eli muutoksen suunnitteluun. (Holmberg ym. 2018, 134–136.)



Kuvio 2. Muutoksen prosessin vaiheet

Kun potilas on valmis muutokseen, muutosta voidaan kuvata transteoreettisen vaihemallin mukaan. Muutosvaihemalli kuvaa muutosta prosessina, jonka eri vaiheet ovat tunnistettavissa. Muutosvaiheiden tunnistaminen auttaa ymmärtämään potilaan ristiriitoja ja epävarmuutta muutosprosessissa, jolloin työntekijä voi kohdistaa tukensa kuhunkin vaiheeseen sopivaksi (Kuvio 3). DiClementen ja Prochaskan kehittämän muutosmallin vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, päätös, toiminta, vakiinnuttaminen ja lipsahdus tai retkahdus. (Holmberg ym. 2018, 136.)

Esiharkintavaiheessa oleva ihminen ei tunnista ongelmaansa eikä edes tunnista avun tarvetta, vaikka läheiset kokevat toiminnan häiritseväksi. Esiharkintavaihe saattaa kestää vuosia. (Holmberg ym. 2018, 137.) Työntekijän tehtävänä on saada potilas huomioimaan alkoholikäyttönsä, seuraukset ja lisätä potilaan tietoisuutta tilanteesta. Potilaan tulisi itse vastata juomisensa seurauksista. (Päihdelinkki. Tietopankki. Työntueksi. Motivointi muutokseen.)

Harkintavaiheessa ihminen alkaa pohtimaan haittoja ja hyötyjä ja sitä onko hänellä mahdollisuuksia muutokseen (Holmberg ym. 2018, 138). Työntekijän pitäisi nostaa esiin keskustelussa tulleet ristiriidat ja tutkia vaihtoehtoja potilaan kanssa (Päihdelinkki. Tietopankki. Työntueksi. Motivointi muutokseen). Avuksi voidaan ottaa edut ja haitat -taulukko (Holmberg ym. 2018, 138.) Tuetaan potilaan itsetuottamusta, tietoisuutta voimavaroistaan ja mahdollisuutta muutokseen (Päihdelinkki. Tietopankki. Työntueksi. Motivointi muutokseen).

Päätös vaiheessa on havaittu etujen olleen muutoksen kannalla. Tässä vaiheessa on tarpeen konkreettinen suunnitelma, jossa on määritelty tavoitteet, toimintatavat, mahdolliset esteet ja riskit ja muutoksessa auttavat ja tukevat asiat. (Holmberg ym. 2018, 138–139.)

Toimintavaiheessa potilas alkaa toimimaan suunnitelmansa mukaan. Tässä vaiheessa potilas tarvitsee runsaasti tukea. Potilaan kanssa voidaan pohtia, mikä auttaa pärjäämään ilman päihteitä tai vähentämään niitä, mikä auttaa, tukee ja antaa iloa elämään. Tässä vaiheessa on tärkeää vertaisten tai kokemusasiantuntijoiden tuki. (Holmberg ym. 2018, 139.)

Vakiinnuttamisvaiheessa potilas on ottanut uudet toimintatapansa ja selviytymiskeinonsa käyttöön (Holmberg ym. 2018, 139). Potilas tunnistaa käyttäytymisensä juomisen laukaisevia tekijöitä (Päihdelinkki. Tietopankki. Työntueksi. Motivointi muutokseen). Hän tarvitsee edelleen runsaasti tukea siihen, että hän pysyy olemaan päihteettömänä, ja hänen kanssaan käydään läpi myönteisiä ja ongelmallisia asioita, joita päihteetön elämä tuo. Tärkeää on käsitellä potilaan kanssa muutoksen tuomia tunteita. (Holmberg ym. 2018, 139.) Tässä vaiheessa olisi hyvä tehdä retkahduksen estosuunnitelma (Päihdelinkki. Tietopankki. Työntueksi. Motivointi muutokseen).

Lipsahdus, retkahdus ja paluu entiseen saattavat kuulua myös näihin vaiheisiin. Lipsahdus ja retkahdus molemmat ovat potilaalle pettymyksiä, mutta tärkeintä olisi pitää niitä oppimistilanteina, jolloin mietitään, miten siihen päädyttiin ja miten tulevaisuudessa tehdään eri tavalla. Tässä vaiheessa on hyvä käydä läpi uudestaan edut ja haitat -taulukkoa. (Holmberg ym. 2018, 139–140.) Työntekijän olisi

hyvä osoittaa myötätuntoa (Päihdelinkki. Tietopankki. Työntueksi. Motivointi muutokseen).



Kuvio 3. Muutosvaiheet

4.4 Motivoiva toimintatapa

Suomessa motivoivan toimintatavan nimeksi on vakiintunut motivoiva haastattelu, vaikka toimintatapaa kuvaa paremmin termi motivoiva toimintatapa. Motivointitapaa voidaan käyttää monessa hoitotyön neuvonta- ja ohjaustilanteissa, esimerkiksi sairauden itsehoidossa, tupakoinnin lopetuksessa ja alkoholin käytön vähentämisessä. Motivoiva toimintatapa perustuu ajattelu-, asennoitumis- ja vuorovaikutusmalliin, joka korostaa voimavaroja, kiinnostuksia, arvoja, merkityksiä, ongelmia ja toimijuutta. (Holmberg ym. 2018, 140–141.)

Keskeisiä periaatteita motivoivassa toimintatavassa ovat dialoginen vuorovaikutusmalli, ristiriidan voimistaminen ja muutosvalmiuden esiin nostaminen, vastarinnan hyväksyminen ja väittelemisen välttäminen sekä pystyvyyden

vahvistaminen ja välineiden antaminen. Toimintapa perustuu potilaan ja työntekijän kumppanuuteen ja luottamukseen. Tavoitteena on saada muutos elämäntavoissa. Motivoivan toimintavan tarkoituksena on vahvistaa muutosmotivaatiota ja toimia itsereflektion keinona. (Holmberg ym. 2018, 141–142.)

Avaintaitoina motivoivassa toimintatavassa ovat muutospuheen tukeminen ja vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastava kuuntelu, yhteenvetojen ja tiivistelmien tekeminen ja myönteinen palaute toiminnasta. Muutospuheen tukemisessa ja vahvistamisessa poimitaan puheesta tilanteen haittoja ja tuodaan esille muutoksen etuja. Käytetään avoimia kysymyksiä, joihin ei voi vastata pelkästään kieltävästi tai myöntävästi. Heijastavalla kuuntelulla on tarkoitus auttaa tunnistamaan ja sanallistaa ajatuksia, tunteita ja toimintaa. Heijastava kuuntelu vähentää vastakkain asettelua ja tuo ilmi myötätuntoa. Yhteenvetojen tekemisellä ja tiivistämisellä on tarkoitus koota ja tiivistää puhuttua. Potilas myös saa tunteen, että häntä on kuunneltu tosissaan ja samalla potilas myös voi korjata väärinkäsityksiä. Myönteinen palaute toiminnasta vahvistaa potilaan omanarvontunnetta ja pystyvyyttä. (Holmberg ym. 2018, 142–145.)

4.5 Ikäeettinen päihdetyö

Ikääntyneen päihdetyössä ei voi käyttää samanlaisia keinoja kuin nuoremmilla. Tulevaisuuden kuvaa ei voi rakentaa perhe- ja työelämän varaan. Ikääntyneen päihdetyössä tulisi huomioida ikäkauteen liittyviä päihdemoraalisia kysymyksiä, jolloin puhutaan ikäeettisestä päihdetyöstä. (Laapio 2009, 67.) Ikäeettinen päihdetyö pohjautuu ihmisarvon kunnioittamiseen, luottamukseen, ikääntyneen autonomiaan, fyysiseen ja psyykkiseen koskemattomuuteen, empatiaan, suvaitsevaisuuteen, tasa-arvoon ja oikeudenmukaisuuteen (Laapio 2009, 75). Päihdetyön taustalla on voimavaralähtöisyys ja potilasta voimaannuttava toiminta (Aira ym. 2008, 15). Ikääntynytkin ihminen on oman elämänsä haltija, joka osaa, kykenee, tahtoo, tuntee, voi ja täytyy, vaikka osa hänen toimijuudestaan saattaa hiipua ja muuttua (Holmberg ym. 2018, 387).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Päihdeongelmaisia asiakkaita tavataan lähes kaikissa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöissä (Holmberg, Inkinen, Kurki, Partanen & Salo-Chydenius 2018, 197). Sosiaali- ja terveysalan koulutuksessa mielenterveys- ja päihdetyön opetus on vaihtelevaa, eikä välttämättä anna riittäviä perusvalmiuksia edes puheeksiottamiseen. Päihdetyön opetus ammattikorkeakouluissa on hyvin eritasoista, jolloin siirryttäessä työelämään voi tulla yllätyksenä, että eritasoiset päihdeongelmat tulevat usein vastaan hoitotyössä. (Holmberg ym. 2018, 496).

Päihtyneen potilaan hoitamiseen koulutusta on vähän tai ei lainkaan. Koulutuksella voidaan vaikuttaa asenteisiin ja lisätä osaamista esimerkiksi lyhytneuvonnasta ja motivoivasta haastattelusta. Koulutus myös lisää tietoa päihteisiin liittyvistä terveysongelmista ja hoidosta. Yhteisiä käytäntöjä ja näyttöön perustuvaa tietoa alkoholin puheeksiottoon kaivataan. (Hakala 2020, 50.) Työmme keskeisin tarkoitus on työntekijöiden asenteisiin vaikuttaminen.

Perehdymme opinnäytetyössämme yli 65-vuotiaiden päihdeongelmaisten oikeaoppiseen ja eettisesti kestävään tunnistamiseen ja kohtaamiseen somaattisessa sairaanhoidossa ja luomme tältä pohjalta kirjallista materiaalia kenen tahansa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen käyttöön, ottaen huomioon erityisesti ne työntekijät, joiden päihdetyön osaaminen ja kokemus on rajallista. Vaikka pääpaino on ikääntyneissä, voi ohjetta soveltaa myös nuorempien potilaiden kanssa.

Teemme ohjeistuksen näyttöön perustuvan tiedon pohjalta ja tarjoamme siten koko moniammatilliselle tiimille mahdollisuuden kehittää ammattitaitoaan ja tätä kautta hoitaa päihdeongelmaisia nykyistä paremmin. Ohjeistuksen tavoite on, että päihdeongelmainenkin potilas kohdataan yksilönä ja hän saa yhtä hyvää hoitoa kuin muutkin potilaat. Tarkoitus on, että lukija pysähtyy pohtimaan omaa päihdetietämystään ja asenteitaan ja tilanteen tullessa palaa uudelleen ohjeistukseen ja soveltaa sen kohtia potilastyössä. Parhaimmillaan ohjeistus saa työntekijän puhumaan päihdeongelmaisista kunnioittavammin myös hoitotilanteiden ulkopuolisissa keskusteluissa esimerkiksi työkavereiden kanssa ja hän saa rohkeutta

myös muiden työn epäkohtiin puuttumiseen. Opinnäytetyön tekeminen on myös mahdollisuus syventää omaa päihdeosaamistamme ja saada siitä asiantunte-
musta työelämää varten.

6 TAUSTA JA YHTEISTYÖKUMPPANI

Vantaan sairaala on osa vanhus- ja vammaispalvelujen palvelualueetta ja se vastaa kaikesta perusterveydenhuollon sairaalatoiminnasta Vantaalla. Vantaan sairaalaan kuuluvat Seutulassa sijaitseva Katriinan sairaala ja HUS Peijaksen sairaalan yhteydessä toimiva geriatrinen akuuttiyksikkö (AKOS1 ja AKOS2). Katriinan sairaalaan tullaan hoitoon aina lääkärin läheteellä: suurin osa potilaista tulee jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta, mutta joitakin myös suoraan kotoa tai muusta hoitopaikasta. Geriatriseen akuuttiyksikköön potilaita otetaan vastaan viikon jokaisena päivänä ympäri vuorokauden. Potilaat tulevat pääasiassa Peijaksen yhteispäivystyksestä. Tavoitteena on mahdollisimman lyhyt sairaalahoito sekä kuntoutuminen ja kotiutuminen takaisin aiempaan asuinpaikkaan. Sairaala ei hoideta pitkäaikaispotilaita. (Tarja Mietola-Koivisto, henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2021.)

Vantaan kotisairaala toimii geriatrisen akuuttiyksikön yhteydessä. Kotisairaala hoidetaan sairaalahoitoa tarvitsevia potilaita kotona, suurimpina potilasryhminä suonensisäistä antibioottihoitoa tarvitsevat potilaat sekä palliatiivisessa/saattohoidossa olevat potilaat. Katriinan sairaalassa sijaitsevassa Geriatrisella vastaanotolla tutkitaan pääsääntöisesti yli 75-vuotiaita muistisairaita potilaita. Sairaalassa tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan vantaalaisia potilaita ja sellaisia ulkokuntalaisia potilaita, jotka ovat valinneet Vantaan tuottamaan terveysterveystalonsa. (Tarja Mietola-Koivisto, henkilökohtainen tiedonanto 15.2.2021.)

7 OHJEISTUKSEN TEKEMISEN PROSESSI

Esitimme yhteistyökumppanille kiinnostuksemme tehdä työ päihteidenkäyttäjien tunnistamisesta ja kohtaamisesta. Sairaalan toiveesta rajasimme työn ikäihmisiin ja alkoholinkäyttöön, koska ikäihmiset ovat heidän keskeinen potilasryhmänsä ja alkoholi on yleisimmin käytetty päihde. Myös sekakäyttöä toivottiin käsiteltäväksi sen yleisyyden takia. Huumeet päätimme ottaa mukaan suppeammalla tasolla.

Opinnäytetyön teoreettinen osa rakennettiin kirjallisuuskatsauksen periaatteella. Tietoa haettiin sekä kotimaisista että ulkomaisista englanninkielisistä tieteellisistä sarjoista. Käytimme tietokantoja *EBSCO Academic Search Premier*, *Cinahl* ja *Medic*. Rajasimme hakutulokset viimeisimmän kymmenen vuoden ajalle (vuodesta 2019 taaksepäin), mutta otimme valikoiden mukaan myös muutamia sitä vanhempia julkaisuja niiden erityisen kiinnostavuuden takia. Käytimme myös vuosina 2020–2021 julkaistuja tieteellisiä artikkeleita ja internetsivustoja, koska työn tekeminen painottui tuohon ajankohtaan ja silloin julkaistiin paljon hyödyllistä materiaalia. Lisäksi käytimme soveltuvin osin suomenkielisiä sosiaali- ja terveysalan oppi- ja tietokirjoja sekä Päihdelinkki.fi-sivustoa, Sininauhaliiton sivuja, Käypä hoito- suosituksia, Sairaanhoidtajaliiton eettisiä ohjeita, HUS:n Terveyskytän materiaaleja, Finlex.fi-sivustoa sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen aineistoja.

Työn keskeisin tarkoitus oli työntekijöiden asenteisiin vaikuttaminen, joten tiedonhaun hakusanat valikoituivat sen mukaan. Niitä olivat *drug addiction*, *alcohol addiction*, *substance use/misuse/abuse*, *nurses' attitudes/prejudices*, *stigma*, *discrimination* sekä näiden erilaiset yhdistelmät. Alkuvaiheen jälkeen rajasimme aiheen koskemaan ikääntyneitä ja alkoholia ja käytettäviin hakusanoihin tulivat mukaan *aging*, *alcoholism*, *old/elderly people* sekä *retirement/retired*.

Taulukko 2. Tiedonhaku tieteellisistä sarjoista.

Hakutietokannat	EBSCO Academic Search Premier, Cinahl, Medic
Hakusanat	<i>alcohol/drug addiction, substance use/misuse/abuse, nurses' attitudes/prejudices, stigma, discrimination, aging, alcoholism, old/elderly people, retirement/retired</i>
Käytettyjä julkaisuja (N)	21
Poissulkukriteerit	Vanhempi kuin vuodelta 2009, aiheen vierestä

Työhön valikoituvasta materiaalista keskusteltiin säännöllisesti sairaalan yhteyshenkilöiden kanssa. Lopputuloksena kirjoitettiin ohjeistus, joka sisältää tiiviissä muodossa 12 keskeisintä ohjetta liittyen päihdeongelmaisten ikäihmisten tunnistamiseen ja kohtaamiseen (Liite 1). Ohjeistus tehtiin PowerPoint-muotoon, jolloin se on helppo tulostaa kaikille halukkaille ja sitä on helppo tarvittaessa muokata ja päivittää. Esittelimme työmme ja keskeiset oppimamme asiat sairaalan keski-
viikkokoulutuksessa 31. maaliskuuta 2021, minkä jälkeen ohjeistus viimeisteltiin ja luovutettiin sairaalan yhteyshenkilölle.

Ikääntyneen päihdeongelmaisen tunnistaminen ja kohtaaminen on moniulotteinen ja abstrakti ilmiö, jota terveydenhuollon ammattilaiset eivät välttämättä ole pysähtyneet miettimään. Ja vaikka heidät koulutuksessa aktivoitaisiinkin pohtimaan sitä, eivät pohdinnan tulokset välttämättä juurru osaksi päivittäistä hoitotyötä. Uskomme, että konkreettinen, mukana kulkeva ja esillä pidettävä ohjeistus auttaa ajatuksen välittämisessä toiminnaksi.

Ohjeistuksen ensimmäinen puolisko johdattelee lukijan aiheeseen antamalla tälle tietoa ikäihmisten päihdeongelmista ja niiden tunnistamisen tärkeydestä. Toinen osa koostuu varsinaisista ohjeista, jotka on jaoteltu tunnistamisen ja kohtaamisen otsikoiden alle. Vaikka tunnistaminen ja kohtaaminen eivät itse työssä useinkaan ole erillisiä tapahtumia, on ne lukijan hahmottamisen helpottamiseksi perusteltua esittää erillisinä kategorioina. Tällöin ohjeistus on myös loogisesti linjassa koko opinnäytetyön otsikon kanssa.

Ohjeistuksen kieli on selkeää yleiskieltä. Ammattitermejä on mukana siinä määrin mitä arvioimme terveydenhuollon opiskelijoiden ja ammattilaisten ymmärtävän, ei yhtään enempää. Suosimme suomen kieltä tieteellisten ilmaisujen sijaan. Lau-serakenteet muotoiltiin mahdollisuuksien mukaan lyhyiksi ja napakoiksi ja henkilökohtaisuuden lisäämiseksi ohjeet kirjoitettiin käskymuodossa eli imperatiivissa.

Maltillinen pituus mahdollistaa sen, että lukija näkee kaiken olennaisen lyhyellä silmäyksellä. Lukijalle vaikeimpien tai vieraimpien kohtien kertaus käy näin nopeasti ja kätevästi esimerkiksi juuri ennen kuin hän menee ottamaan uutta potilasta vastaan tai ennen kuin hän kohtaa tämän ensimmäisen kerran työvuorossaan. Mikään ei silti estä ohjeen käyttämistä myös rauhallisemmissa tilanteissa. Ohjeistus tulostetaan kaksipuolisena korttina, jonka koko on 12 cm x 15 cm. Sellaisena se mahtuu useimpien työvaatteiden taskuun.

8 POHDINTA

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Aluksi pohdimme haastattelevamme Vantaan sairaalan työntekijöitä saadaksemme heiltä ajatuksia asioista, joita he kaipasivat aloittaessaan työpaikassa liit-tyen ikääntyneen päihdepotilaan kohtaamiseen. Päädyimme yhteistyökumppa-nin toiveesta hankkimaan ohjeistusta varten tietoa tietoa kirjallisuuskatsauksen periaatteella, jolloin emme tarvinneet tutkimuslupaa vaan tutkimusilmoitus riitti. Tämä osoittautui hyväksi ratkaisuksi myös siksi koska opinnäytetyöprosessin ai-kana alkanut Covid-19-pandemia olisi hankaloittanut haastattelujen toteutumista huomattavasti. Kehittämispainotteista opinnäytetyötä tehdessämme meidän ei tarvinnut huomioida tietosuojalakeja, koska emme käsitelleet henkilötietoja.

Olemme kirjoittaneet opinnäytetyömme hyvän tieteellisen käytännön mukaan merkitsemällä lähdeviitteet kirjoittamaamme tekstiin. Valikoimme materiaalit

luotettavista tietolähteistä. Kaikki käyttämämme tieteelliset artikkelit ovat käyneet läpi vertaisarvioinnin. Lisäksi raporttiin valittavista tutkimuksista ja ohjeistuksen lopullisista sisällöistä keskusteltiin aina sairaalan yhteyshenkilön kanssa, mikä omalta osaltaan varmistaa työn luotettavuutta ja sitä kautta sovellettavuutta käytännön potilastyöhön.

Kirjallisuushakujen ehdot olivat varsin löyhästi määritellyt. Haku rajattiin tarkoituksella 10 vuotta taaksepäin, koska sitä tiukemmalla rajauksella emme uskoneet löytävämme tarpeeksi tutkimuksia. Toisaalta emme käyttäneet kaikkia löytämiämme kriteerit täyttäviä tutkimuksia, koska monesti tarvittavien sisältöjen kirjoittamiseen ja perusteluun riitti vähempikin. Kun tietystä aiheesta oli saatu aikaan halutunlainen kokonaisuus, ei ollut syytä käydä läpi kaikkia, usein keskenään hyvin samankaltaisia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus toimi siis raporttiosan laatimisen menetelmänä eikä niinkään työn varsinaisena formaattina, minkä vuoksi sen toteutus oli huomattavasti vapaampi kuin tutkimuspainotteisissa opinnäytetöissä.

Rajasimme tutkimuslähteitä sillä perusteella, että niihin pääsy on maksutonta. Maassamme on maksuton korkeakouluopetus ja mielestämme on eettisesti oikein käyttää materiaalia, johon jokaisella on mahdollisuus varallisuudesta riippumatta päästä. Käytimme kuitenkin tietokantoja, joihin meillä oli koulun puolesta pääsy.

8.2 Opinnäytetyö ja sairaanhoitajan ammatillinen kasvu

Sairaanhoitajan kompetensseihin kuuluu yhdeksän osaamisen aluetta, joita ovat asiakaslähtöisyys, hoitotyön eettisyys ja ammatillisuus, johtaminen ja yrittäjäyys, kliininen hoitotyö, näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko, ohjaus- ja opetusosaaminen, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö sekä sosiaali- ja terveystalvelujen laatu ja turvallisuus (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015, 35). Opinnäytetyötä tarkasteltaessa huomasimme oppineemme jotain uutta useista osaamisalueista.

Havaitsimme asiakaslähtöisyyden olevan suuressa merkityksessä päihdehoitotyössä. Muutoshalun on löydettävä potilaasta itsestään ja sairaanhoitajan tehtävänä on tukea ja saada potilas ymmärtämään omat voimavaransa. Sairaanhoitajan tulee myös huomioida potilaan tausta ja sen merkitys päihdehoitotyössä.

Eettisyys ja ammatillisuus näkyvät hoitotyössä itsemääräämisoikeuden kunnioittamisena. Se saattaa olla vaikeaa ikääntyneiden kanssa työskennellessä, kun esimerkiksi muistisairaudet muuttavat potilaiden käyttäytymistä. Rajanveto itsemääräämisen kunnioittamiselle ja heitteillejätön välille on vaikeaa. Täytyy muistaa, että ammatillisuutta on myös kyky myöntää, ettei osaa. Tärkeintä on kuitenkin halu oppia uutta ja pitää ammattitaitoa yllä. Sairaanhoitajan omat asenteet eivät myöskään saa vaikuttaa hoitotyön laatuun.

Johtaminen ja yrittäjäyys näkyvät siinä, että sairaanhoitaja pystyy kriittisesti reflektoimaan osaamistaan. Sairaanhoitajan täytyy osata johtaa itseään ja priorisoida tehtäviään, joka saattaa olla vaikeaa somaattisella osastolla, jolla täytyy tehdä esimerkiksi perustyöhön varsinaisesti kuulumatonta päihdetyötä. Toisaalta esimerkiksi ikääntyneen päihdeongelman hoitaminen saattaa auttaa vaivoihin, joista potilas kärsii. Potilaan hoidon koordinoinnin osaamisella pystytään potilas saamaan oikeanlaisen avun piiriin.

Kliinisen hoitotyön osaaminen näkyy osaamisena käyttää päihdetyön ja varhaisen puuttumisen menetelmiä. Opinnäytetyöllämme halusimme vahvistaa myös omaa osaamistamme niiden käytössä. Kliinisen hoitotyön eri osa-alueiden osaamisen tärkeys korostuu etenkin ikääntyneen potilaan hoitotyössä.

Näyttöön perustuva toiminta ja päätöksenteko liittyvät ammatillisten tilanteiden ongelmien ja ristiriitojen ratkaisemiseen, joka auttaa esimerkiksi yhteisten käytäntöjen ylläpitämisessä. Saimme opinnäytetyön avulla harjoitusta tiedon hakeemisesta yleisimmistä tietokannoista. Hyödynsimme siis näyttöön perustuvaa tietoa ohjeistuksemme tekemisessä. Otimme huomioon myös kriittisyyden lähteisämme. Opinnäytetyössämme käsiteltyjä näyttöön perustuvia käytäntöjä olemme päässeet kokeilemaan harjoitteluissamme mielenterveys- ja päihdepuolella.

Ohjaus ja opetusosaaminen sisältää potilaan ohjaamisen, joka korostuu päihdetyön menetelmien käytössä. Sairaanhoidajalla täytyy myös olla tietopohja hallussa, jotta hän pystyy toteuttamaan psykoedukaatiota.

Terveiden ja hyvinvoinnin edistämiseen kuuluu riskitekijöiden varhainen ja muutostarpeen tunnistaminen, jonka tärkeys ilmenee hyvin opinnäytetyössämme. Halusimme työssämme tuoda lyhytneuvonnan avulla esille varhaisen puuttumisen keinoja muutoksessa tukemiseen.

Somaattisten osastojen työntekijöillä on hyvin erilaisia taustoja ja kokemuksia. Koulutusten painotukset vaihtelevat. Yksi on saattanut tehdä valinnaisia opintoja päihdetyöstä, toinen taas on saattanut suorittaa vain perusopinnot. Joillekin päihdetyöhön liittyviä asioita on tullut harjoitteluissa vastaan runsaastikin, joillain vähemmän. Osalla on kokemusta lähipiirin päihdeongelmista ja osalle se on hyvin kaukainen asia.

Työyhteisöissä tulisi myös osata jakaa työntekijän osaamista ja hyödyntää sitä työyhteisön voimavarana. Asiaa voisi ajatella samalla tavalla kuin esimerkiksi opiskelijan ohjaamista. Työntekijä jakaa osaamista opiskelijalleen, joka on mahdollisesti joskus hänen työkaverinsa, jolloin hän myös hyötyy tämän osaamisesta.

Tiedetään, että hoitajien asenteet päihdeongelmaisia kohtaan ovat sitä ammatillisempia mitä vanhempia he ovat, mitä enemmän heillä on työkokemusta ja mitä enemmän heidän tutkintoonsa on kuulunut päihdetyön opetusta. Kuitenkin merkittävimmäksi tekijäksi on osoitettu se, ovatko hoitajat saaneet päihdetyöhön liittyvää koulutusta työnsä yhteydessä. (Chang & Yang, 2013.) Tämä voidaan nähdä lohdullisena asiana – työntekijän ei ole koskaan liian myöhäistä kehittää itseään ja ammattitaitoaan.

Opinnäytetyöllämme halusimme kehittää omaa osaamistamme päihdepotilaan tunnistamiseen ja kohtaamiseen. Tärkeää meille on myös kehittää muiden osaamista, jolloin parannamme päihdeongelmaisen asemaa. Toisella meistä on kokemusta ikääntyneiden hoitamisesta lähihoitajana, jolloin keskittyminen

ikäntyneisiin tuntui luontevalta. Ikääntyneet ovat myös jääneet vähemmälle huomiolle päihdeongelmista puhuttaessa, kenties siksi koska heitä ei olla kuntouttamassa työelämään.

8.3 Kehitysnäkymiä tulevaisuuteen ja työn laajempi merkitys

Ikääntyneiden päihteidenkäyttö on vähän tutkittu asia, jonka saimme huomata etsiessämme tietoa opinnäytetyöhömme. Olimme kiinnostuneita myös ikääntyneiden huumeiden käytöstä, mutta suurempana ongelmana heillä tuntui olevan alkoholinkäyttö. Halusimme kuitenkin ottaa huumeidenkäytön mukaan pienenä sivujuonteena, koska sen ennustetaan olevan kasvava ongelma tulevaisuudessa.

Opinnäytetyömme rajoituessa tunnistamiseen ja kohtaamiseen jätimme pois sellaisia asioita kuin esimerkiksi päihdepotilaan somaattinen hoitaminen ja jatkokuntoutus. Ehdotuksena kehitystyölle jatkossa olisivat ikääntyneen päihdepotilaan hyvä somaattinen hoito sekä ikääntyneen päihdepotilaan jatkokuntoutusmahdollisuudet ja niihin ohjaaminen.

Päihdeongelmaisten syrjintä ja kohtelu samanlaisena joukkona on ristiriidassa ammatillisten periaatteiden kanssa. Päihdeongelmainenkin on ihminen siinä missä kuka tahansa ja ansaitsee ammatillisen ja kunnioittavan kohtaamisen. Omat havaintomme yksioikoisen negatiivisista asenteista, yleisesti yhä yksilökeskeisemmäksi muuttuva kulttuurimme, aiheesta tehtyjen tieteellisten julkaisujen runsaus sekä lukuisat mediassa esillä olleet syrjintätapaukset osoittavat ongelman olevan todellinen ja muutosta vaativa. Ei ole hyvä antaa kulttuurin kehittyä suuntaan, jossa päihdeongelmainen ei uskalla hakea hoitoa vaivoihinsa syrjinnän tai huonon kohtelun pelossa. Sairauksien hoitamatta jättäminen tulee kalliiksi ja on inhimillisesti kestäväntöntä.

LÄHTEET

- Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) (2015). *Alkoholiriippuvuus* (3. uud.p.) Helsinki: Duodecim.
- Ali, S., Dong, K.A., Mabood, N., Newton, A.S., Wild, T.C. & Zhou, H. (2012). Attitudes and Beliefs towards Patients with Hazardous Alcohol Use: A Systematic Review. *ISRN Emergency Medicine*, Volume 2012, Article ID 837380.
- Andersen, K., Emiliussen, J. & Nielsen, A.S. (2017). Why do some older adults start drinking excessively late in life? Results from an Interpretative Phenomenological Study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 31, 974–983.
- Aira, M. & Haarni, I. (2010) läkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen ”Niitten kuuluu kysyä myös siitä viinasta, jos on aihetta”. *Suomen lääkärilehti* 7/2010, 579–585
- Aira, M., Heino, T., Koivula, R., Levo, T. & Viljanen, M. (2008). *Ikääntyvän ääntä kuunnellen – taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin*. Helsinki: Sininauhaliitto
- Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus (4.11.2015). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Baldacchino, A., Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Okruhlica, L., Slezakova, S., Torrens, M. & Vajd, R. (2011). Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. *Addiction* 106, 1114–1125.
- Behm, M., Hänninen, V., Kankkunen, P. & Pietilä, A. (2016) Potilas yhteistyökumppanina päihteiden käytön puheeksiottolanteissa päivystysvastaanotoilla - työntekijöiden näkökulma eettisten periaatteiden toteutumiseen. *Hoitotiede* 28(4), 312–321
- Bergem, A.L.M., Bjertness, E., Ormstad, H., Rosness, T.A. & Strand, B.H. (2016). Alcohol consumption in the elderly and risk of dementia related death – a Norwegian prospective study with a 17-year follow-up. *International Journal of Neuroscience* 126(2), 135–144.

- Chang, Y.-P. & Yang, M.-S. (2013). Nurses' attitudes toward clients with substance use problems. *Perspectives in Psychiatric Care* 49, 94-102.
- Chapman, J., Harrison, N., Kostadinov, V., Roche, A. & Skinner, N. (2020). Older Australians' perceptions of alcohol-related harms and low-risk alcohol guidelines. *Drug and Alcohol Review* 39, 44–54.
- Chidlaw, R.G. & Peckover, S. (2007). Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health and Social Care in the Community* 15(3), 238–245.
- Choi, B.Y., Choi, N.G., Di Nitto, D.M. & Marti, C.N. (2016). Sociodemographic Characteristics and Health Status of Lifetime Abstainers, Ex-Drinkers, Bingers, and Nonbingers Among Baby Boomers and Older Adults. *Substance Use & Misuse* 51(5), 637–648.
- Condon, T.P., Dowling, G.J. & Weiss, S.R.B. (2008). Drugs of Abuse and the Aging Brain. *Neuropsychopharmacology* 33, 209–218.
- Corrigan, P.W., Dubke, R., Lara, J., Nieweglowski, K., Sayer, J., Sheehan, L., Tooley, A., Tyas, T. & Washington, L. (2018). Exploring the public stigma of substance use disorder through community-based participatory research. *Addiction Research and Theory*, 26(4), 323–329.
- Edgar, L., Iqbal, N., McCambridge, O., Shorter G.W. & Young, C. (2015). Health care professionals' attitudes across different hospital departments regarding alcohol-related presentations. *Drug and Alcohol Review*, 34, 487–494.
- Engedal, K., Helvik, A-S., Johanessen, A. & Sørli, V.M. (2016). Older peoples' narratives of use and misuse of alcohol and psychotropic drugs. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 30, 586–593.
- Enlund, H., Ilomäki, J., Kauhanen, J., Korhonen, M.J., Lavikainen, P. & Lipton, R. (2009). Changes in alcohol consumption and drinking patterns during 11 years of follow-up among ageing men: the FinDrink study. *European Journal of Public Health* 20(2), 133–138.
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, E-L. (2015). *Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen – Sairaanhoitajakoulutuksen tulevaisuus -hanke*. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden verkosto ja Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Saatavilla

<https://www.epressi.com/media/userfiles/15014/1442254031/loppuraportti-sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (11.2010). *Treatment and care for older drug users*. Saatavilla https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/580/EMCDDA_SI10_Ageing_242756.pdf
- Finne-Soveri, H., Jokinen, S., Noro, A., Sohlman, B & Vilkkö, A. (2013). Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholikäyttö ja omaisen hoivavastuu. Teoksessa Holmila, M., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim.) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle* (s. 63–76). (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos). Saatavilla http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104454/THL_TEE2013_014_verkko.pdf?sequence=1
- Gallo, W.T., Steier, J.B. & Wang, X. (2014). The effect of retirement on alcohol consumption: results from the US Health and Retirement Study. *European Journal of Public Health* 24(3), 485–489.
- Hakala, T. (2020). *Hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen alkoholista päihtyneen potilaan hoidossa päivystyksessä* (Väitöskirja, Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1693-8>
- Hakala, T., Harju, S., Koivunen, M., Hänti, J. & Välimäki, M. (2014) Päihtyneenä päivystyksessä – saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua. *Hoitotiede* 26(4), 275–286
- Hakkarainen, P. Karjalainen, K. & Tigerstedt, C. (2018). Missä määrin ja kuinka usein alkoholia, huumeita ja lääkkeitä käytetään yhdessä? Teoksessa J. Härkönen, T. Lintonen, P. Mäkelä, C. Tigerstedt & K. Warpenius. (toim.) *Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat*. (s. 89–97). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>
- Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M., Partanen, A. & Salo-Chydenius, S. (2018). *Päihdehoitotyö* (1.–2. painos). Helsinki: Sanoma Pro.
- Holopainen, A. (2013). Lyhytneuvonta käytännössä. Teoksessa T. Peltoniemi (toim.), *Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040* (s.136–137). Helsinki: Lönnberg Painot Oy.

- Huumeongelman hoito. Käypä hoito -suositus (12.4.2018). Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim.
- Jääskeläinen, M. & Virtanen, S. (2020). Päihdetilastollinen vuosikirja 2019: Alkoholi ja huumeet. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-438-7>
- Karjalainen, K., Hakkarainen, P. & Salasuo, M. (25.2.2019). *Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla <http://www.julkari.fi/handle/10024/137660>
- Karlsson, T. (2018). Mitä tilastot kertovat suomalaisten alkoholinkäytöstä ja sen haitoista? Teoksessa J. Härkönen, T. Lintonen, P. Mäkelä, C. Tigerstedt & K. Warpenius. (toim.) *Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat*. (s. 15–25). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>
- Kelo, S., Launiemi, H., Takaluoma, M. & Tiittanen, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro
- Laapio, M-L. (2009). *Osattomuudesta osallisuuteen – Ikäeettisen päihdetyön kehittymisprosessi Liika on aina liikaa- ikääntyminen ja alkoholi hankkeessa*. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Laine, A., Ruishalme, O., Salervo, P, Sivén, T. & Välimäki, P. (2010). *Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla* (9.painos). Helsinki: WSOYpro oy.
- L 41/1986. Päihdehuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>
- L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- L 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>
- Markkula, J., Mäkelä, P. & Warpenius, K. (2018). Millaisia käsityksiä suomalaisilla on alkoholinkäytön terveysriskeistä? Teoksessa J. Härkönen, T. Lintonen, P. Mäkelä, C. Tigerstedt & K. Warpenius. (toim.) *Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholinkäyttötavat*. (s. 225–236). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>

- Mielenterveystalo. Aikuiset. Tietoa mielenterveydestä. Tietoa diagnooseista. F10-19 Päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt. Saatavilla <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Diagnoosi-tieto/haku/F10-19/Pages/F10-192.aspx>
- Mielenterveystalo. Aikuiset. Tietoa mielenterveydestä. Tietoa oireista. Päihdeongelmat. Saatavilla 22.4.2021 https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/tietoa_oireista/Pages/paihdeongelmat.aspx
- Mäkelä, P., Pentala-Nikulainen, O., Tigerstedt, C. & Vilkkonen, A. (2018). Miten eläkeikäiset juovat? Teoksessa J. Härkönen, T. Lintonen, P. Mäkelä, C. Tigerstedt & K. Warpenius. (toim.) *Näin Suomi juo. Suomalaisten muuttuvat alkoholikäyttötavat.* (s. 178–189). (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos). Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-146-1>
- Niemelä, M., Suua, P. & Väisänen, L. (2009). *Sanat työssä – vuorovaikutus ammattitaitona.* Helsinki: Kirjapaja.
- Pajala, S. (2016). *lääkäiden kaatumisten ehkäisy -opas.* (4.painos). Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79998/THL_Opas_16_verkko.pdf
- Pitkälä, K.H., Strandberg, A.Y., Strandberg, T.E. & Trygg, T. (2018). Alcohol consumption in midlife and old age and risk of frailty. *Age and Ageing* 47, 248–254.
- Päihdelinkki. Testit ja laskurit. Alkoholi. Saatavilla 22.4.2021 <https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi>
- Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Alkoholi. Juomisen riskirajat. Saatavilla 22.4.2021 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-riskirajat>
- Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Huumeet ja muut päihdyttävät aineet. Päihteiden sekakäyttö. Saatavilla 22.4.2021 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/huumeet-ja-laakkeet/paihteiden-sekakaytto>
- Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Lääkkeet. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö. Saatavilla 22.4.2021 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/laakkeet/alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>
- Päihdelinkki. Tietopankki. Työntueksi. Motivointi muutokseen. Saatavilla 22.4.2021 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tyon-tueksi/alkoholi-neuvonnan-opas/motivointi-muutokseen>

- Päihdelinkki. Tietopankki. Tietoiskut. Päihteidenkäytön erityisryhmiä. Ikääntyneet ja päihteidenkäyttö. Saatavilla 3.4.2020 <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/paihteiden-kayton-erityisryhmiä/ikaantyneet-ja-paihteidenkaytto>
- Sairaanhoitajat. Ammatti ja osaaminen. Ohjeita ja työkaluja. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Eettiset ohjeet suomeksi. Saatavilla 12.1.2021 <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2020/01/Sairaanhoitajien-eettiset-ohjeet.pdf>
- Simojoki, K. & Strandberg, T. (2017) Alkoholin ongelmakäyttö yli 75-vuotiailla. *Suomenlääkärilehti* 44/2017 vsk 72, 2523–2527
- Sininauhaliitto. Ikääntyneiden päihdetyö. Tietoa. Saatavilla 15.3.2020 <https://www.ikaantyneidenpaihdetyo.fi/tietoa>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Päihdehoito. Päihdeongelmien tunnistaminen ja hoito. Saatavilla 30.1.2020 <https://thl.fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus ja kehittäminen. Tutkimukset ja hankkeet. Päihdetutkimus. Tutkimustuloksia. Lääkkeiden väärinkäyttö. Saatavilla 15.3.2021 <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/paihdetutkimus/tutkimustuloksia/laakkeiden-vaarinkaytto>
- Terveyskylä. Aivotalo. Aivot ja toimintakyky. Aivojen tiedonkäsittelyyn vaikuttavia asioita. Lääkkeet. Saatavilla 15.3.2021 <https://www.terveyskyla.fi/aivotalo/aivot-ja-toimintakyky/aivojen-tiedonk%C3%A4sittelyyn-vaikuttavia-asioita/l%C3%A4%C3%A4kkeet>
- Tilastokeskus. Tuotteet ja palvelut. Suomi lukuina. Väestö. Saatavilla 18.3.2021 https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#V%C3%A4est%C3%B6rakenne%2031.12
- Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (2016). *Geriatrics*. Duodecim. Saatavilla <https://www.oppiporssi.fi>
- Wood, A.M. ym. (2018). Risk thresholds for alcohol consumption: combined analysis of individual-participant data for 599 912 current drinkers in 83 prospective studies. *Lancet* 391, 1513–1523.

LIITE 1. Ohjeistus

ENSIMMÄINEN PUOLI

OHJEISTUS IKÄÄNTYNEEN PÄIHDEONGELMAISEN TUNNISTAMISEEN JA KOHTAAMISEEN SOMAATTISESSA SAIRAANHOIDOSSA

Yli 65-vuotiaiden alkoholinkäyttö ja sekakäyttö ovat kasvussa. Heidän alkoholin riskikäytöstään havaitaan vain 5–10 %. Ikääntyvä elimistö kestää päihteitä nuorempaa huonommin. Riskeinä ovat kaatumiset, päävammat, muistisairaudet, haitalliset yhteisvaikutukset lääkkeiden kanssa sekä ravitsemustilan heikkeneminen. Nämä kaikki heikentävät ikääntyneiden elämänlaatua ja tulevat kalliiksi yhteiskunnalle.

Alkoholi-ongelman tunnistaminen vaatii oireiden laajaa tarkkailua. Riskikäyttö aiheuttaa vatsavaivoja, rytmihäiriöitä, kohonnutta verenpainetta, levottomuutta ja hikoilua. Tapaturmat ovat tavallisia. Iho ja hampaat voivat olla huonossa kunnossa. Masennus, ahdistus, uupumus ja unihäiriöt ovat yleisiä. Laboratoriotestit (GT, MCV, CDT) eivät yksinään korvaa haastattelua, vaan ovat lisänä ja tukena.

Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö on yleistä ja ikääntyneillä useimmiten tahatonta. Seuraukset ovat arvaamattomia ja mahdollisesti vaarallisia.

Laittomien huumeiden käyttö on harvinaista yli 65-vuotiailla. Huumeiden käyttäjistä puhuttaessa ikääntyneillä tarkoitetaan yli 40-vuotiaita käyttäjiä. He ovat useimmiten käyttäneet huumeita nuoresta asti ja saattavat toimintakyvyltään vastata yli 65-vuotiaita. Huumeiden käyttö lisääntyy Suomessa jatkuvasti ja käyttäjien palvelutarpeet kasvavat sen myötä. Myös tämänhetkiset käyttäjät ikääntyvät ja tarvitsevat hoitoa.

Mitä aikaisemmin päihdeongelma tunnistetaan sitä parempi. Siihen ei tarvita mielenterveys- ja päihdetyön erityisammattilaista. Se voit olla sinä.

Taina Pyy & Ismo Rautiainen
Opinnäytetyö (2021)

Diak



TOINEN PUOLI

PÄIHDEONGELMAN TUNNISTAMINEN

Ole ajoissa. Varhainen puuttuminen parantaa potilaan ennustetta oleellisesti.

Älä arkaile puheeksiottoa. Harva suuttuu, moni pysähtyy miettimään tilannettaan.

Tunne alkoholin riskikäytön rajat. Yli 65-vuotiaille korkeintaan 3 annosta kerralla tai 7 viikossa, sitä vanhemmille vielä vähemmän.

Kartoita oireet laajasti. Masennus, ahdistus, uupumus, unihäiriöt ja tapaturmat liittyvät usein alkoholiin riskikäyttöön.

Muista sekakäytön ja lääkkeiden väärinkäytön mahdollisuus. Kysy potilaalta, mitä lääkkeitä hän käyttää ja miten.

Huomaa huumeiden käytön merkit, joita ovat pistojäljet, päihtymys ilman alkoholia, veriteitse tartuvat taudit, pienet tai laajentuneet mustuaiset, mitkä tahansa vieroitusoireet sekä psykoosioireet ilman aiempaa psykiatrista taustaa.

Kuuntele myös omaisten näkemyksiä, jos kohtaat heitä.

PÄIHTEIDEN KÄYTTÄJÄN KOHTAAMINEN

Kunnioita ja ole asiallinen. Päihdeongelma ei oikeuta potilaan huonoa kohtelua eikä laiminlyöntejä.

Elämäntapaohjaus kannattaa, jos kontakti on hyvä eikä päihdeongelma ole vielä vakava.

Hyödynnä potilaan muutoshalu. Moni haluaa muutosta elämäänsä.

Jos muutoshalua ei ole, motivoi potilasta. Vahvuuksiin keskittyminen ja palaute pienistäkin onnistumisista voivat olla muutoksen alku.

Muista itsemääräämisoikeus. Potilaat sitoutuvat parhaiten päätöksiin, joiden tekoon he itse osallistuvat.