

SATAKUNNAN AMMATTIKORKEAKOULU

Mirka Sundell

IKÄÄNTYNEIDEN KOTIPALVELUN JA KOTISAIRAANHOIDON  
ASIAKKAIDEN ALKOHOLINKÄYTÖN TUNNISTAMINEN JA  
PUHEEKSIOTTO

HOITOTYÖN KOULUTUSOHJELMA  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
2009

# IKÄÄNTYNEIDEN KOTIPALVELUN JA KOTISAIRAAN-HOIDON ASIAKKAIDEN ALKOHOLINKÄYTÖN TUNNISTAMINEN JA PUHEEKSIOTTO

Sundell Mirka  
Satakunnan ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Harjavalta  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Joulukuu 2009  
Ohjaajat: Hyttinen Hanna ja Kuusisto Minna  
Sivumäärä:58

Asiasanat: ikääntynyt, päihde, kotipalvelu, kotisairaanhoido

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön keskeisin tavoite oli selvittää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijän näkökulmasta ikääntyneen päihdeidenkäyttöä koskevia kysymyksiä. Samalla kartoitettiin ikääntyneen kotihoidon asiakkaan alkoholinkäytön tunnistamista ja siihen puuttumista työntekijän näkökulmasta. Tutkimus toteutettiin kesällä 2009 ja siihen osallistui Rauman kaupungin kotisairaanhoidon ja Marttilanmäen alueen kotipalvelun sekä Eurajoen kunnan kotisairaanhoidon ja kotipalvelun hoitajat.

Tutkimuksessa oli sekä laadullisia eli kvalitatiivisia että määrällisiä eli kvantitatiivisia kohtia. Tutkimuksen toteutukseen käytettiin kyselyä, jonka tutkija toimitti kotihoidon ohjaajille henkilökohtaisesti. Vastatut lomakkeet toimitettiin suoraan tutkijalle valmiiksi maksetuissa kuorissa. Kysely koostui suljetuista ja avoimista kysymyksistä. Noin 60 toimitetusta kyselystä palautui vastattuna 48 kpl. Tuloksien analysointiin käytettiin Excel-ohjelmaa. Työtä havainnollistamaan luotiin taulukoita Tixel - tilastomatemiikan sovellutusta. Avoimet vastaukset analysointiin avoimella sisällönanalyysillä. Havaintomateriaalina toimivat suorat lainaukset.

Tutkimuksen tulokset yhtenivät aiheesta aiemmin tehtyjen tutkimustulosten kanssa. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö on yleistynyt ongelma kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaiden keskuudessa ja se vaikeuttaa hoitajien työskentelyä. Yhteneväisten ohjeiden puuttuminen työpisteistä aiheuttaa epävarmuutta hoitajissa.

# RECOGNITION AND INTRODUCTION OF ALCOHOL USE AMONG THE ELDERLY HOME-HELP SERVICE AND HOME NURSING CUSTOMERS

Sundell Mirka

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme of Nursing

Health Care Studies

December 2009

Advisors: Hyttinen, Hanna and Kuusisto, Minna

Pages:58

Keywords: elderly, intoxicant, home-help service, home nursing

## ABSTRACT

The primary objective of this thesis was to find out important subjects of intoxicant use of elderly people from the viewpoint of home nursing and home-help service personnel. At the same time, recognition and interference to the elderly home care customer alcohol use from the viewpoint of personnel was studied.

Research was carried out in summer 2009 and the participants were personnel from home nursing of town of Rauma, Marttilanmäki area home-help service and Eurajoki municipality home nursing and home-help service. The research included both qualitative and quantitative areas. The questionnaire used in the research was personally delivered by the research worker to the instructors of the home-help service.

Completed questionnaires were sent directly by mail to the research worker in pre-paid envelopes. The enquiry consisted of closed-ended and open-ended questions. 48 of the approximately 60 questionnaires were returned as completed. Results were analyzed by using Excel spreadsheet computation. Results of the work were also visualized by the use of Tixel statistical mathematics application. Open-ended questions were analyzed with open content analysis. Direct quotes were being used to improve understanding and as observation material.

Results of this research were parallel with the previous research results of this same study field.

Alcohol consumption of the elderly is an increasing problem among the home nursing and home-help service customers and complicates the working of the care personnel.

Lack of convergent instructions in work-stations causes uncertainty among the nurses and care personnel.

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO	6
2. IKÄÄNTYMINEN JA YHTEISKUNNAN HAASTEET	9
2.1 Väestön ikääntyminen	9
2.2 Vanhuspolitiikka	10
2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ikääntyville	11
2.3.1 Kotihoito	13
2.3.2 Kotipalvelu	14
2.3.3 Kotisairaahoito	14
3. IKÄÄNTYNEIDEN JUOMATAVAT	15
3.1 Väestön juomatavat	15
3.2 Ikääntyneet ja alkoholi	17
3.3 Ikääntyneille suunnatut valistushankkeet	22
3.4 Ikääntyneiden alkoholinkäytön yleisyys ja tunnistaminen	24
3.5 Ikääntyvän alkoholinkäytön puheeksiottaminen	25
3.6 Ammatillisuuden merkitys	30
4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	32
4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat	32
4.2 tutkimuksen kulku ja aineiston keruu	33
4.2.1 Kyselymittarin laatiminen	34
4.2.2 Aineiston hankkiminen	35
4.3 Aineiston käsittely ja analysointi	36
4.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	37
5. TUTKIMUSTULOKSET	39
5.1 Ikääntyneiden kotihoidonasiakkaiden päihteiden käytön yleisyys	40
5.2 Ikääntyneen päihdeongelman tunnistaminen	42
5.3 Ikääntyneen päihdeongelman puheeksiotto	44
5.4 Työyhteisön tuki alkoholinkäyttöön puuttuttaessa	47
6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	51
7. JATKOTUTKIMUSHANKKEET	56
LÄHTEET	56
LIITTEET	

1. Tutkimuslupahakemus

2. Kyselyn saatekirje

3. Kyselylomake

## 1 JOHDANTO

Suomalaisten runsaasta alkoholin käytöstä on puhuttu kautta aikojen paljon. Vasta viime vuosina on kuitenkin alettu puhumaan ikääntyneiden alkoholin käytöstä erikseen, omana erityistä huomiota vaativana päihdetyön osana. Kansanterveyslaitos on vuodesta 1985 seurannut väestötasolla eläkeikäisten terveyskäyttäytymistä. Viimeisin kysely toteutettiin 2005 ja sen mukaan yli 65-vuotiaiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja nautitut määrät ovat kasvaneet. (Alkoholiohjelma 2004 - 2007)

Tämä kasvu selittää osaltaan sitä, miksi yleisesti aiheesta on alettu enemmän keskustella. On selvää, että alkoholista aiheutuvat haitat, kuten ikääntyneille sattuvat tapaturmat kasvavat kulutuksen ohessa. Nämä kasvusuuntaukset lisäävät työntekijöiden huolta, työmäärää ja osaamisen tarvetta oleellisesti. Suurten ikäluokkien ikääntyessä myös yhteiskunnalle asetetaan merkittäviä haasteita, jotta saadaan sosiaali- ja terveyspalvelut vastaamaan tarpeita. Tällä hetkellä asiasta vie tietoa eteenpäin sininauhaliiton "Liika on liikaa" - hanke (2005-2008) sekä muita pienempiä hankkeita. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) asettaa tavoitteita niin kotona asumisen kuin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suhteen.

Kiinnostukseni ikääntyneiden päihteiden käyttöön opinnäytetyön aiheena on ollut läsnä koko opintojen ajan. Se on opintojen edetessä elänyt ja muokannut muotoaan siitä, että mistä näkökulmasta aihetta lähestyisin.

Aluksi tarkoitukseni oli sivuttaa aiheella työpaikkaani vanhuspsykiatrian osastolla, mutta totesin sen liian haasteelliseksi ja kapeaksi lähestymistavaksi aiheeseen. Olen hämmästellyt tapaa, jolla ikääntyneen alkoholinkäytöltä "suljetaan silmät" ja kuinka huonosti vanhus- ja päihdetyö kohtaavat. Epävarmuus estää ongelmaan puuttumisen kotipalvelun, kotihoidon ja kotisairaanhoidon työntekijöillä ja häpeä tai oman tilanteen tunnistamattomuus aiheuttaa sen, ettei ikääntynyt itse osaa hakea apua. Kankainen (2005) on Sosiaaliturva-lehdessä ottanut näkökulmaa siihen, estääkö häpeä puuttumisen vanhuksen juomiseen. Siitä ei kuitenkaan ole tehty laajaa kyselyä

työntekijöiden keskuudessa, että mitä tunteita päihdeasiakas heissä herättää, miksi avuntarjoaminen on niin haasteellista.

Tästä pohdinnastani heräsi tarve tarkastella sitä, mikä alkoholi-asioiden puheeksiottamisessa on vaikeaa, miksi asiaa salaillaan ja toisaalta miksi ongelmaa ei aina edes tunnisteta.

Lisäpuhtia työn kirjoittamiselle ja varsinaisen alkusysäyksen antoi työn hyväksyminen mukaan SENTTERI -hankkeeseen, joka on Satakunnan seniorityön ja vanhustenhoidon osaamiskeskushanke (2007-2010). Hankkeeseen mukaan pääsyllä työstä tulee mielestäni arvokkaampi, koska nyt sille on selkeä syy ja päämäärä kirjoittamiselle sekä tutkimuksen tekemiselle. Lisäksi saan hankkeen kautta arvokasta asiantuntija apua, muuten haasteelliseen aiheeseen, josta toistaiseksi tietoa on tarjolla jokseenkin niukasti.

Opinnäytetyölläni haen vastausta seuraaviin mieltäni askarruttaviin ongelmakohtiin, jotka koskevat pitkälti kotihoidon työntekijöiden tuntemuksia ja käsityksiä ikääntyneiden alkoholinkäytöstä. Ensiksi haluan selvittää, millaisena kotipalveluasiakkaiden päihteiden käyttö nähdään kotihoidon työntekijöiden silmin, tarkoitus on kartoittaa lähinnä käytön yleisyyttä ikääntyvässä asiakaskunnassa. Toinen mielestäni kartoitettava asia on se, kuinka työntekijä tunnistaa ikääntyneen päihteiden käyttöön liittyvän ongelman. Monet eri alan kirjallisuudesta vetoavat juuri tunnistamisen problematiikkaan. Ongelmaan ei osata tai uskalleta puuttua. Kolmas asia, johon toivon saavani jonkinlaista kartoitusta, liittyy ammatilliseen kohtaamiseen; siihen miten työntekijä voi lähestyä ikääntyneen kotihoidon asiakkaan päihdeongelmaa ja ottaa se puheeksi niin ettei samalla loukkaa ikääntyneen arvoja. Lopuksi selvitän sitä tuen tarvetta, jota työntekijät toivovat työyhteisöltä ikääntyvää päihdeasiakasta hoitaessaan.

Tässä työssäni työntekijällä tarkoitetaan kotipalvelun, kotihoidon tai kotisairaanhoidon työntekijää ja päihteellä alkoholia. Työssäni olen rajannut ikääntyneen tarkoittamaan 65-80 -vuotiasta henkilöä. Vanhus-käsite ei soveltunut työn

aiheeseen, koska vanhus mielletään tarkoittamaan ikää, joka ylittää 80-vuotta. Ikääntyneet käsitteellä työn pariin saadaan enemmän kohderyhmää ja otoksesta tulee näin laajempi. Työn tavoitteena on saada työntekijät pohtimaan niin omaa kuin työyhteisön toimintaa päihdeasiakkaan hoidossa. Toivoisin työn helpottavan ongelmien tunnistamista ja samalla toivon tarjoavan rohkaisua tarttua ikääntyneiden alkoholinkäytössä ilmeneviin ongelmiin ja niistä puhumiseen.



## 2 IKÄÄNTYMINEN JA YHTEISKUNNAN HAASTEET

### 2.1 Väestön ikääntyminen

Käsitykset väestön ikääntymisestä elävät tällä hetkellä murroskautta. Erilaiset ikääntymistä korostaneet käsitykset kuten sairaus, raihnaisuus ja syrjäytyminen ovat korvautuneet erilaisilla aktiivisuutta, sosiaalisuutta ja voimavaroja osoittavilla käsityksillä. Nykyään ikääntyneistä puhuttaessa tarkoitetaan ikää 55-80 vuoden välillä, vanhuudesta puhutaan vasta 80 ikävuoden jälkeen. (Suhonen 2005, 6)

Ikääntymiseen liittyy voimakkaita mielikuvia siitä, millaista ikääntyneen elämän tulisi olla. Nämä perinteiseen ikääntymiseen liitetyt mielikuvat ja yleistyksen ohjaavat palvelujen tarjoamista ja saatavuutta. Ikääntyminen tuo mukanaan velvoitteita ja rooleja kalenteri-ian mukaisesti. Ikääntymisestä luotu kuva ei ole todenmukainen enää tämän päivän aktiivisuutta korostavassa yhteiskunnassa. Ihmisten mielessä kuitenkin stereotyyppinen kuva ikääntymisestä on vielä olemassa. (Suhonen 2005, 6)

Vuonna 2005 Suomessa on arvioitu olevan yli 800 000 65-vuotta täyttäneitä, lisäksi 75-85 -vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa voimakkaasti tulevina vuosina (Laine 2006, 402). Suomalaisten odotettavissa oleva elinikä näyttäisi olevan nouseva, sekä parantuneen kansanterveyden kuin myös kehittyneen teknologian ansiosta. Tilastokeskuksen vuonna 2008 tekemän tilastollisen selvityksen mukaan naisilla odotettavissa oleva elinikä on 83 vuotta ja miehillä 76 vuotta (Tilastokeskus 2008).

Yhteiskunnallisesti katsottuna olemme taitekohdassa, koska suuret ikäluokat (1945-1954) muodostavat ikääntyvien ryhmän ja tämä ikäluokka jatkaa ikääntymistä aina 2030-luvulle asti. Suuren ikäluokan ikääntyessä työikäiset vähenevät ja samalla palvelujen tarve kasvaa selvästi. On haastavaa, kuinka tuohon lisääntyneeseen tarpeeseen kyetään vastaamaan. On arvioitu, että vuoteen 2010 mennessä suomessa olisi 1.2 miljoonaa 50-65-vuotiasta kansalaista ja vuoteen 2025 mennessä 65-79 -

vuotiaiden määrä olisi kohonnut jo miljoonaan. (Jyrkämä 2008,15.) Tässä työssä ikääntyneellä tarkoitetaan henkilöä jonka ikä on 65-80 vuotta.

## 2.2 Vanhuspolitiikka

Vanhuspolitiikan keskeisiä tavoitteita on mahdollistaa mahdollisimman hyvät elinolot ikääntyville kansalaisille. Siinä keskeisiä arvoja ovat hyvinvointi, itsenäinen selviytyminen sekä hyvä hoito. Nämä arvot tulisi toteuttaa huomioiden turvallisuus, taloudellinen riippumattomuus, tasa-arvoisuus ja itsemääräämisoikeus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999)

Koska vanhuspolitiikka on monialaista, se on toimialoiltaan hyvin laaja, kattaen kaikki yhteiskuntaelämän osa-alueet. Keskeisenä voidaan kuitenkin pitää sosiaali- ja terveydenhuoltoa, joka kattaa suuren osan ikäihmisille tarjotuista tukipalveluista.

Vanhuspolitiikassa toimijoita on paikallis- ja kansallistasolla. Vanhustyö on kuntien vastuulla ja kunnissa palveluja tarjotaan niiden tarpeen, kunnan voimavarojen sekä kunnan määrittelemien prioriteettien pohjalta. Valtion osuus jää pieneksi. Kasvavien palvelun tarpeiden vuoksi yhä enemmän pyritään saamaan mukaan erilaisia yhdistyksiä ja yhteisöjä vanhustyöhön.(Sosiaali- ja terveysministeriö, Esitteitä 1999:4, 1999)

Kuntien palvelujen kehittämiseksi on laadittu ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus, jonka olisi tarkoitus antaa suuntaviivoja palvelujen kehittämiseen. Laatusuositus ei sido kuntaa, mutta se korostaa kunnan vastuuta vanhustenhoidon osalta. Suositus on laadittu Sosiaali- ja terveysministeriön vanhuspoliittisten linjausten pohjalta, usean eri toimitsijan kesken. Laatusuosituksen kehittämislinjaukset tukevatkin edellä mainitun Sosiaali- ja terveysministeriön esitteen arvoja. Painoarvoa saavat hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja ennalta ehkäisevät toiminnot. Lisäksi kotona asumista tuetaan yksilökohtaisilla palveluilla.

Samalla laatusuositus antaa eettiset lähtökohdat vanhustenhoidolle. Eettisiin arvoihin lukeutuvat itsemääräämisoikeuden ja turvallisuuden lisäksi voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, kunkin asiakkaan yksilöllisyys ja osallisuus huomioiden.

(Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, Ikäihmisten palvelujen laatusuositus) Ikäihmisten palvelujen järjestäminen perustuu useaan lakiin, joita ovat Suomen perustuslaki, Kuntalaki, Kansanterveyslaki, Erikoissairaanhoitolaki sekä Sosiaalihuoltolaki. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 45) Päihdeasioista puhuttaessa on lisäksi huomioitava päihdehuoltolakia.

Suomen perustuslaki (731/1999) määrittelee sen, että jokaisella Suomen kansalaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin sekä väestön terveyden edistämiseen tulee panostaa (19§). Perusoikeuksien toteutuminen on julkisen vallan vastuulla. Laki toimii lähtökohtana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän toiminnalle. Kuntalaissa (365/1995) kuntien vastuulle on asetettu niille säädettyjen tehtävien hoito joko itsenäisesti, muiden kuntien kanssa yhteistyössä tai hankkimalla palvelut muilta (2§). Kuntalaki varmistaa kuntatasolla jokaisen kuntalaisen oikeuden saada tarvitsemansa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Kansanterveyslaisissa (66/1972) kunnat veloitetaan pitämään huolta kansanterveystyöstä joko itsenäisesti tai perustamalla kuntayhtymän (5§). Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) turvaa ihmisen pääsyn tarvittaessa erikoissairaanhoidon piiriin. Vastuu hoitoon pääsemiseksi on lain puitteissa säädetty kotipaikkakunnalle (3§). (Finlex-lakitietopalvelu)

Sosiaalihuoltolaki (710/1982) on osaltaan velvoittamassa kuntia sosiaalityön parissa. Sen mukaan kuntien tulee pitää huolta sosiaalihuollon suunnittelusta ja sen tarjoamien palvelujen saatavuudesta (3§). Päihdehuoltolaki (41/1986) Velvoittaa kunnat järjestämään tarvittavat päihdehuollon palvelut (3§) sekä kehittämään päihdehuollon palveluja kuntalaisten tarpeita vastaaviksi (6§). ( Finlex-lakitietopalvelu.)

### 2.3 Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ikääntyneille

Pääasiassa ikääntyneille suunnatut tuki- ja palvelumuodot toteutetaan sosiaali- ja

terveydenhuollon yhteistyönä. Kunnissa voi olla erityisiä työryhmiä, jotka vastaavat palveluntarpeen määrittämisestä ja siitä, että kukin saa tarpeenmukaista hoivaa ja palvelua. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko & Muuri 2004)

Kuntien tehtävä on päättää tarpeellisista palveluista, joskin tällä hetkellä useissa kunnissa palveluja on liian niukasti saatavilla. Palvelut jakautuvat avohuollon ja laitoshoidon välille. Tulevaisuudessa on tarpeen korostaa välimuotoisia palveluja, joilla tarjotaan riittävä tuki kotona asuvalle ikääntyvälle. (Taipale ym. 2004)

Tutuimmat työmuodot ovat kotipalvelu ja kotisairaanhoido, uudempana palvelumuotona on niin sanottu ehkäisevä kotikäynti. Ehkäisevä kotikäynti on suunnattu ikääntyneelle, joka saa palveluja vähän tai ei ollenkaan. Ehkäisevän kotikäynnin tarkoituksena on antaa tietoa kunnan palveluista sekä tarkastella monipuolisesti ikääntyneen tilannetta ja kotona selviytymistä. Ehkäisevän kotikäynnin aikana voidaan kiinnittää huomiota ikääntyneen suhdetta alkoholiin ja mahdolliseen ongelmakäyttöön. Samalla käynnillä arvioidaan ikääntyneen mahdollinen palveluntarve sekä kodinmuutostyöt. (Vallejo Medina ym. 2005, 46)

Omaishoidon tuki on ollut yhtenä tukimuotona mahdollistamassa pitkään kotona asumista. Omaishoidolla tarkoitetaan sitä, että lähiomainen hoitaa ikääntyvää kotona. Tuki on joko rahallista, palveluja, apuvälineitä tai hoitajan jaksamista tukevia toimia kuten vapaa, sijaishoito tai kuntoutus. (Vallejo Medina ym. 2005, 45)

Asumispalvelut ovat joko palveluasunnon tai tukiasunnon tarjoamista. Ero näiden kahden palvelun välillä on se, että palveluasuminen on pidempiaikaista kun taas tukiasunnon tarve on väliaikaista tai määräaikaista. Asumispalveluihin liittyy usein muun avun saanti tarvittaviin päivittäisiin toimiin.

Viimeisenä vaihtoehtona, kun muut tukipalvelut on koettu riittämättömiksi, turvaututaan laitoshoidon. Yhteiskunnassa vallalla olevan "trendin" mukaisesti laitospaikkoja on vähennetty ja rajaa muiden palvelujen ja laitoshoidon välillä on

pyritty hämärtämään. Tavoitteena on tukea mahdollisimman pitkään ikääntyneen selviytymistä kotona.

Myös Hallitusohjelmassa 2007 on viitattu kotiin annettavien palvelujen vahvistamisesta, jolloin myös erilaisia kotiin tuotavia tukipalveluja tulee kehittää. Lisäksi hallitusohjelmassa korostetaan erilaisten tukitoimien saumatonta yhteen liittämistä. Päihdepalvelujen osalta Hallitusohjelma 2007 linjauksessa jatketaan alkoholiohjelman toteuttamista. Erityisen arvokkaita ovat ennalta ehkäisevä työ sekä varhaisen puuttumisen vakiinnuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoille.

### 2.3.1 Kotihoito

Kotihoito on palvelukokonaisuus, jolla on tarkoitus turvata eri-ikäisten avun tarvitsijoiden selviytymistä kotona. Avun tarpeeseen vaikuttavat sairaudet ja vajavaisuudet henkilön toimintakyvyssä. Päihteidenkäyttö saattaa aiheuttaa jatkuvaa tai tilapäistä avuntarvetta henkilölle. Tällöin tarjotaan kunnallista apua kodinhoidollisiin toimiin, kuten ruokailuista huolehtimiseen, hygienian ja lääkityksen hoitamiseen. Kotihoito on avopalvelun muodoista tärkein. Perinteinen käsitys on, että sosiaalipalveluun lukeutuu kotipalvelu ja terveystalouteen kotisairaanhoidon palvelut. Toisissa kunnissa ne toimivat yhä erillisinä yksiköinä, mutta kuitenkin yhteistyössä. Ne kunnat taas, joissa peruskunta vastaa sekä sosiaali- että terveydenhuollosta on kotipalvelu ja kotisairaanhoidon palvelut yhdistetty. Silloin käytetään usein nimitystä kotihoito, joka siis kattaa niin kotipalvelun kuin kotisairaanhoidolliset palvelut. (Ikonen & Julkunen 2007, 14) Kotihoidon palvelujen tarvetta tulee arvioida toistuvasti, että ikääntyvä todella pärjää niiden avulla kotona. Tarvittaessa palvelujen määrää tulee lisätä. (Vallejo Medina ym. 2006, 46)

### 2.3.2 Kotipalvelu

Kotipalvelu on apuna arjen askareissa. Kuntouttavan työotteen tulisi näkyä kotipalvelun työssä ja siksi on tärkeää, että vain todelliseen palveluntarpeeseen annetaan tukea. Kotipalvelun tarjoamaa apua saa arkisin, mutta mikäli ikääntyneen tarve vaatii myös iltaisin ja viikonloppuisin. Useimmiten palveluun kuuluu asiointit apteekissa ja kaupassa, aamiaisen ja iltapalan laitossa avustamista sekä avustaminen päivittäisen hygienian hoidossa. (Vallejo Medina ym. 2005, 46)

Kotipalvelut voidaan tarjota myös erilaisina tukitoimina, joita ovat kuljetus-, turva-, ateria-, siivous-, virkistys- ja korjaajapalvelut. Kuljetuspalvelua järjestetään joko ryhmä- tai yksilökuljetuksena. Tällä mahdollistetaan ikääntyneen pääseminen esimerkiksi ohjattuun virkistystoimintaan tai asioille. Saattajan apua on saatavilla asioihin, joista ikääntynyt ei selviä yksin, kuten lääkärissä käyntiin, korjaajapalvelu taas kodin pieniin muutostöihin. Monelle ikääntyneelle tarpeellinen turvapalvelu mahdollistaa turvapuhelimen saannin, siivouspalvelu auttaa siivouksessa, muttei tee suursiivouksia. Tutuin palvelumuoto on ateriapalvelu, jolla pyritään varmistamaan ikääntyneen laadukas ravitsemustila. Ikääntyneellä on mahdollisuus saada ateria kotiin tai käydä nauttimassa se esimerkiksi palvelukeskuksessa. Virkistyspalvelu on tarkoitettu huonokuntoisille ikääntyneille, jotka eivät omatoimisesti kykene käymään esimerkiksi saunassa. Virkistyspalvelun avulla heille suodaan mahdollisuus mennä palvelukeskukseen virkistyspäivään, jossa heitä autetaan tarpeen mukaan. (Vallejo Medina ym. 2006, 46)

### 2.3.3 Kotisairaanhoido

Jotta ikääntyvä saa kotisairaanhoidon palveluja, tulee hänellä olla lähete. Kotisairaanhoidollista apua on saatavilla kaikkina vuorokauden aikoina. Kotisairaanhoido huolehtii, että ikääntyvä saa tarvitsemansa sairaanhoidon ja kuntoutuksen kotona tarvittaessa lääkäri tekee kotikäyntejä. Kotisairaanhoidolliset palvelut mahdollistavat ikääntyneen kotona olemisen sairaudesta huolimatta, eikä

pitkiä vuodeosasto- jaksoja välttämättä tarvita. Kotisairaanhoidon apua saa niin pitkäaikaisiin kuin tilapäisiin sairaanhoidollisiin ongelmiin. (Taipale ym. 2004, 144)

Osana peruspalveluja on terveydenhuolto. Perusterveydenhuollosta kunnissa vastaa terveyskeskus, jossa hoidetaan yleislääketieteelliset vaivat. Monella kunnalla on myös terveyskeskussairaala, jossa voidaan hoitaa äkillisesti sairastuneet. Terveyskeskussairaalan osasto voi toimia jatkohoitopaikkana. Nykyisen suuntauksen mukaan terveyskeskusosaston vuodepaikat täyttyvät pääasiassa pitkäaikaissairaista vanhuksista. Kuntalaisilla on oikeus perusterveydenhuollon lisäksi myös erikoissairaanhoidon. Kuitenkin niin, että sairaanhoito pyritään mahdollisimman pitkälle järjestämään oman kunnan perusterveydenhuollossa. Perusterveydenhuollon lastia taas pyritään keventämään antamalla tukea kotiin mahdollisimman kattavasti. (Vallejo Medina ym.2005, 48)

### 3 IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

#### 3.1 Väestön juomatavat

Suomalaisten juomakulttuurista on aina puhuttu paljon ja väestöä on koitettu valistaa kohtuukäytöstä. Suomalaisten tiedetään juovan paljon ja humalanhakuisesti. Kulutuksen suunta viimeisten vuosikymmenien aikana on edelleen noususuhdanteinen. Seurustelujuomisesta ei voida puhua, sillä kun suomalainen saa riittävästi alkoholia vereen alkaa uhoava ja aggressiivinenkin käytös.

Alkoholin liikkäytöstä puhuttaessa mielletään käyttäjä usein työikäiseksi mieheksi, kuitenkin yhä enemmän myös naiset käyttävät alkoholia liiallisesti. Nuorten liiallisesta juomisesta on käyty keskustelua useita vuosia. Viime vuosina on havaittu,

että myös ikääntyneellä saattaa olla liiallista alkoholinkäyttöä ja että heillä alkoholin haittavaikutukset tulevat esiin huomattavasti nopeammin kuin työikäisellä väestöllä. Ikääntyneiden juomisen vähentämiseksi on monia hankkeita, joista laajimpia on sininauhaliiton “Liika on aina liikaa” -hanke.

Alkoholiin suhtautuminen on yhteiskunnassamme muuttunut; on sivistynyttä käydä lasillisella töiden jälkeen, nauttia lasi viiniä viikonpäätteeksi, pullo kaljaa saunan päälle ja tuliaisiksikin on mukava viedä pullo likööriä. Alkoholi on astunut kiinteäksi osaksi ihmisten vapaa-aikaa (Sosiaali- ja terveysministeriö, alkoholiolot EU-suomessa, 2006). Nämä kulttuuriset muutokset mahdollistavat alkoholin nauttimisen ilman, että siihen kiinnitetään korostuneesti huomiota.

Vuonna 2005 alkoholijuomia kulutettiin 10,5 litraa asukasta kohden, joka tarkoittaa että kokonaiskulutus sadan prosentin alkoholiksi muutettuna on 55,2 miljoonaa litraa. Alkoholin kulutuksen kasvuun vaikuttivat maahantuontikiintiöiden poistaminen, veronalennus ja Viron liittyminen EU:n jäsenmaaksi (Kilgast 2005).

Kulutuksen kasvaessa haitatkin lisääntyvät. Alkoholin käytöstä seuraa niin akuutteja kuin kroonisia haittoja. Jo yksittäinen humalahakuinen juomiskerta voi aiheuttaa haittoja joko juojalle itselleen, sivulliselle tai yhteiskunnalle.

Näkyvimpinä alkoholihaittoina voidaan pitää juopuneiden säilöönottojen määrän kasvua joka ylittää 100 000 säilöönottotapauksen rajan vuosittain. Tämä siitäkin

huolimatta, että poliisi pyrkii siirtämään säilöönottotapausten hoitoa sosiaali- ja terveydenhuollon vastuulle. Poliisi vastaa säilöönotoista, joissa päihtynyt ei kykene itsestään enää huolehtimaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiolot EU-suomessa 2006, 20)

Rattijuopumuksien määrä on vuositasolla alle 30 000. Korkean määrän lisäksi huolestuttavaa tapauksissa on se, että erityisesti rattijuopoissa on paljon nuoria ja



joiden päihtymystila on voimakas. Päihtynyt ihminen ratissa riskeeraa muut tielläliikkujat ja aiheuttaa ennenaikaisia kuolemia sivullisille. Väkivaltatilanteet ja teot lisääntyvät suomalaisen väestön humaltuessa ja puhuvat valitettavaa kieltään. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiot EU-suomessa 2006, 21-22)

Alkoholikuolemat voidaan erotella kolmeen ryhmään. Alkoholisairaudesta tai alkoholimyrkytyksestä johtuvia kuolemantapauksia on vuonna 2005 kirjattu kaikkiaan noin 2000. Tähän lukuun sisältyy myös niin sanottu sekaryhmä, jossa on alkoholin aiheuttaman perussairauden lisäksi humalatila myötävaikuttanut kuolemaan. Sen lisäksi noin tuhat henkilöä menehtyi tapaturmaisesti tai väkivallan seurauksena, päihtyneenä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiot EU-suomessa 2006, 24)

Runsas alkoholinkäyttö väestön keskuudessa rasittaa valtion sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Siitä aiheutuvat taloudelliset ja sosiaaliset haitat ovat korkealla. Hoitajaksoja, joissa pää- tai sivullisena aiheuttajana oli alkoholi kirjattiin 37 300 vuonna 2005. Näistä hoitajaksoista eläkeikäisillä oli 3 751 (Päihdetilastollinen vuosikirja 2006, 106). Arvioiden mukaan alkoholin käyttö aiheutti 2005 yhteiskunnalle 640-850 miljoonan euron kustannukset. Yhteiskunnalle on siis suuri haaste vastata kansalaisten palvelujen tarpeeseen. Ennaltaehkäisyyn ja avohoitoon tulee panostaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiot EU-suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehitys 1990-2005, 2006)

### 3.2 Ikääntyneet ja alkoholi

Ikääntyminen muuttaa ihmistä monin tavoin. Muutoksia tulee niin fyysiseen ja henkiseen suoriutumiskykyyn sekä sosiaaliseen elämään. Tästä syystä ikääntyneen alkoholin käyttöä on syytä tarkastella useammasta näkökulmasta, josta saa tietoa nykytilanteesta ja eväitä tulevaisuuden tarkasteluun. (Jyrkämä 2008, 13) Ikääntymisen määrittelyyn liittyvän problematiikan valossa myös ikääntyneiden alkoholinkäyttö koetaan kaksinkertaiseksi ongelmaksi. Tämä johtuu siitä, että sekä ikääntyminen kuin

päihdeongelmakin luovat yhteiskunnallista jännitettä. (Suhonen 2005, 6)

Jyrkämä on Ikääntyminen ja alkoholi - kirjan tekstissään nimennyt tarkastelunäkökulmia, joita on hyvä pohtia silloin kun puhutaan ikääntyneiden päihteidenkäytöstä. Niiden avulla voidaan miettiä miksi ikääntyneiden alkoholinkäyttö koetaan yhteiskunnalliseksi ongelmaksi. Lisäksi näkökulmien pohjalta työntekijä voi pohtia omia syitä puuttua ikääntyneen haitalliseen alkoholinkäyttöön.

Ensimmäisenä Jyrkämä nimeää faktanäkökulman, eli millainen osa alkoholilla on ikääntyneen elämässä, kuinka usein ja kuinka paljon kerralla alkoholia käytetään sekä millaisia käyttäjäryhmiä ikääntyneiden keskuudessa on. Faktanäkökulmaan sisältyy kaikki se tieto, joka kertoo, millainen osa ikääntyvien elämässä alkoholilla on.

Toisena näkökulmana Jyrkämä pitää terveystieteen näkökulmaa. Alkoholista annettava informaatio voidaan tulkita monin eritavoin. Lisäksi siitä saatava tieto ei ole yhtenäistä. Kohtuukäytön rajatkaan eivät ole ikääntyneiden tiedossa. Lääkehoito ikääntyneen osalla on osaltaan aiheuttamassa ongelmia, lääkkeet ja alkoholi eivät sovi yhteen missään tapauksessa.

Kolmantena katsontakantanaan Jyrkämällä on ongelmanäkökulma, josta voidaan tarkastella sitä, millaista ongelmaa ikääntyneiden alkoholinkäytöstä ollaan muodostamassa. Millainen juominen on ongelma, miksi se on ongelma, onko kyseessä muun väestön moraalinen ongelma?

Kulttuurinäkökulmasta tarkasteltuna pohdinnan alla Jyrkämän mukaan on se, kuinka ikääntymiseen ja hänen alkoholinkäyttönsä liittyvät kulttuuriset säännöt, tavat ja käsitykset ovat muuttuneet tai muuttumassa. Kuten jo aiemmin on todettu, alkoholin asema elämässä on arkipäiväistynyt, tv ja aikakauslehdet korostavat "viinikulttuuria".

Viimeinen tarkastelu näkökulma, jonka Jyrkämä on esittänyt on arkinäkökulma. Siinä tarkastellaan niitä arkipäivän tilanteita, joihin alkoholi liittyy. Arkinäkökulmasta

voidaan Jyrkämän mukaan miettiä alkoholin kuulumista palveluasuntojen tai laitoshoidon arkeen. (Jyrkämä 2008, 13-14)

On tutkittu että ikääntyvistä, yli 60-vuotiaista amerikkalaisista, noin 10-15% lukeutuu ongelmajuojiin ja noin 1-4 % on alkoholiriippuvuus. Samankaltaisiin lukuihin päästään myös Suomessa. (Juhela 2007) On muistettava ettei voida rajata tiettyjä ryhmiä, joille runsas alkoholinkäyttö olisi tyypillistä vaan käyttäjiä löytyy jokaisesta sosiaaliryhmästä. (Kejonen 2007).

Osa ikääntyneistä on käyttänyt alkoholia runsaasti jo pidempään, selvittäen työuransa, mutta vapaa-ajan kasvaessa eläkkeelle jäätyä toimeettomuuden täyttää alkoholi, toteavat sekä Suhonen 2005, 12 että Kejonen 2007. Osalla taas ongelmajuominen alkaa vanhemmalla iällä, jolloin kriisi voi laukaista juomisen. (Suhonen, 2005, 12) Tyhjää aikaa täytetään alkoholilla, yksinäisyyteen otetaan lasillinen tai elämän tyhjiys laukaisee halun juoda. Alkoholista on tullut hyödyke, jota ei pidetä vaarallisena. (Karlsson 2007) Alkoholin arkipäiväistymisestä kertoo se, että nykyään alkoholi kuluu niin arkeen kuin juhlaan, eikä raittiutta enää pidetä hyveenä. (Kilgast 2005)

Toisaalta voidaan ajatella ikääntymisen itsessään olevan ihmiselle jo kriisi. Tietoisuus oman ajan rajallisuudesta, eräänlaisesta syrjäytymisestä ja vieraantumisen voi ajaa ikääntyvän juomaan. Tällöin juomisella pyritään vahvistamaan minuutta ja saamaan todellisuus hallintaan, edes hetkellisesti. (Suhonen 2008, 74)

Alkoholin käytön arkipäiväistymisen myötä kohtuukäytön rajat ovat hämärtyneet. Silloin riskirajojen ylittäminen on helpompaa ja tulee juotua ikään kuin huomaamatta. Ikääntyneen elimistössä tapahtuvien muutosten takia heidän tulisi erityisesti tiedostaa kohtuukäyttöön liittyvät rajat sekä se, että vaikka ei nautittu määrä lisääntyisikään niin haitalliset vaikutukset kasvavat silti. (Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet.)

Yhdysvaltain geriatriinen seura on määritellyt yli 65-vuotiaille kohtuukäytön rajaksi

kaksi annosta kerrallaan, eikä yli seitsemää annosta viikossa säännöllisesti käytettynä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 4) Yleisten suositusten määrittely on ikääntyneille vaikeaa ja sen tulisi perustua yksilölliseen arvioon tukeutuen muuhun terveydentilaan. (Sulander 2006)

Alkoholi yhdessä ikääntymisen mukanaan tuomien muutosten sekä lääkityksen kanssa ei ole riskitön yhdistelmä. Vallalla on yhä ajatus alkoholista lääkkeenä, sen voisi luokitella yleisimmin käytetyksi itsehoitovalmisteeksi. (Aira 2005, 3137) Siitä saatetaankin hakea apua unettomuuteen, sydämen tykytykseen tai yksinäisyyteen. (Kejonen 2007) Parviainen on todennut valtakunnallisilla päihdepäivillä 2005, että ikääntyneen elimistö on monin tavoin hauras, samalla tapaa kuin lapsenkin. Fysiologiset ominaisuudet muuttuvat. Elimistön nestetasapaino muuttuu, vesipitoisuus vähenee ja rasvan osuus kasvaa ja samalla aineenvaihdunta hidastuu. Tästä johtuen alkoholipitoisuus veressä nousee pienemmällä alkoholimäärällä suuremmaksi kuin aiemmin. Humalatilan yllättäessä helpommin ja nopeammin kasvavat tapaturma- ja kaatumisriskit. Kaatumisia tapahtuu selvänäkin heikentyneen lihaskunnan ja tasapainon vuoksi. Palautuminen on hitaampaa kuin työikäisillä. (Aira 2008, 37 & Parviainen 2005) Ikääntyvien terveydellisiä ja huomion arvoisia seikkoja ovat myös alkavat muistiongelmät, dementia ja mahdollinen masennus, jotka saattavat kätkeytyä alkoholiongelman taakse tai alkoholiongelma voikin kätkeytyä muistiongelman taakse.

Huolestuttavana asiantuntijat pitävät iäkkään samanaikaisesti käyttämän lääkityksen ja alkoholin yhteisvaikutuksia, joita on tutkittu hyvin vähän. Suomessa lähes jokaisella yli 65-vuotiaalla on käytössä säännöllisesti otettava resepti- tai käsikauppalääkevalmiste. Useimmat heistä nauttivat ainakin satunnaisesti alkoholia. Monella ikääntyvällä saattaa olla useita eri lääkkeitä käytössä, jolloin yhteisvaikutuksen riski kasvaa huomattavasti. Fysiologisten muutosten vuoksi alkoholia ja lääkkeitä ei tarvitse ottaa samanaikaisesti, jotta mahdolliset yhteensopimattomuuden aiheuttamat haitat esiintyvät. Tämä johtuu siitä, että lääkkeiden poistuminen elimistöstä on hitaampaa kuin nuoremmilla. (Aira 2008, 38)

Ei siis tarvitse juoda paljon, jotta alkoholin aiheuttamat haitat näkyvät lääkehoidossa ja ikääntyvän kunnossa. Vaikka ei lääkityksen ja alkoholin haitallisia yhteisvaikutuksia esiintyisi, alkoholin käyttö saattaa silti vaikeuttaa usean sairauden hoitoa. Mikäli ei ikääntyneen verenpainetauti tai diabetesta saada pysymään hoitotasapainossa ja INR-arvot heittelevät, voi taustalla olla alkoholin käyttöön liittyvä ongelma. (Aira 2008)

Ikääntyneiden alkoholin haitallinen käyttö on piilevä ongelma, jonka tunnistaminen ja josta puhuminen koetaan sosiaali- ja terveydenhuollon toimipaikoissa haasteelliseksi. Useimmiten ongelmaan tartutaan vasta, kun ikääntynyt tulee jonkin muun vaivan vuoksi terveydenhuollon piiriin. Kokonaisvaltainen ikääntyneiden päihdeongelman kohtaaminen ei kuitenkaan toteudu sosiaali- ja terveydenhuollossa. Hoitoonohjauksessa ei tällöin ole selkeitä linjoja, jolloin moniammatillinen yhteistyö jääkin helposti toteutumatta. (Laapio 2008, 48)

Tämänhetkisessä palvelurakenteessa on puutteita ikääntyneiden päihdeongelman hoidon osalta myös siinä, ettei heitä ajatella omana erityisryhmänä. Tarjotut päihdehuollon palvelut ovat suunnattuja nuoremmille ja samoja palveluja yritetään käyttää myös ikääntyvän päihdeongelman hoitoon. (Suhonen 2008, 76) Ikääntyville tuleekin räätälöidä omat päihdehuollon palvelut, joissa yhdistyvät vanhustyön kuin päihdetyönkin osaaminen. Nykyisessä palvelurakenteessa vanhustenhuollon toimipaikoissa ei tunneta päihdetyötä ja taas päihdehuollon toimipaikoissa vanhustyön osaaminen ei näy. Ikääntyneiden päihdepalvelut tulisikin liittää kiinteäksi osaksi vanhustenhuoltoa, jolloin hoitoon hakeutuminen olisi luontevaa. Samoin hoitoon ohjaaminen helpottuisi. Vanhukset arkailevat mennä A-klinikan toimipisteisiin, koska ne on suunnattu enemmän työikäisen väestön hoitamiseen. (Kilgast 2005) Seurakuntien ja erilaisten järjestöjen mahdollisuutta virike- ja vertaistoiminnan järjestäjinä ei tule unohtaa. Ne tulisi ottaa mukaan päihdetyön kehittämiseen ja nähdä täydentävinä palveluina. (Kejonen 2007)

Nimenomaan ikääntyneen henkilön päihdeongelman tunnistamiseen tulisi kiinnittää huomiota niin koulutuksessa kuin työelämässäkkin. Alkoholinkäytöstä tulisi rohkaista puhumaan ja työntekijän tulisi olla valmis herättämään keskustelu päihdeidenkäytöstä. Apuvälineinä voidaan käyttää esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön Otetaan selvää! vihkosta tai mini-interventiota. Mini-interventio on lyhytneuvontaa, jolla tartutaan nimenomaan varhaisvaiheen suurkulutukseen. Sillä pystytään puuttumaan mahdolliseen ongelmaan ennen kuin riippuvuutta on syntynyt tai kun muita alkoholin aiheuttamia haittoja esiintyy. (Hyvönen 2005) Oleellista kuitenkin on se, että osaamista tuotaisiin kotihoidon työntekijöiden käyttöön erilaisina koulutuksina. Osaaminen helpottaisi alkoholiongelman tunnistamista ja “salaisuuksien verhoa” saataisiin raotettua, joka peittää ikääntyneen alkoholinkäyttöä. Puheeksi ottamisen tulisi olla osa kokonaisvaltaista hoitamista. (Juhela 2007)

### 3.3 Ikääntyneille suunnatut valistushankkeet

Kun ikääntyneiden alkoholinkäytöstä on alettu puhumaan yhteiskunnallisesti, myös valistustoimintaan on pyritty kiinnittämään huomiota uudella tavalla. Hankkeilla pääsääntöisesti pyritään vaikuttamaan ikääntyneiden parissa työskentelevien hoitajien tietoon asiasta ja näin heidän kauttaan viedä osaamista ja tietoutta työkentille. (Liika on aina liikaa -hanke pähkinänkuoressa 2007)

Näkyvin ja laajin tämänhetkisistä hankkeista on Sininauhaliiton koordinoima Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi - hanke, jonka tarkoitus on kehittää päihdetyön malleja, joita kunnat voisivat ottaa toimintalinjauksiksi. Tavoitteena hankkeella on tuoda nimenomaan päihdeosaamista kotihoidon työntekijöille. Siksi hankkeeseen osallistuvien kuntien työntekijöille tarjotaan koulutusta asiassa. Hankkeella pyritään lisäämään aiheeseen kohdistuvaa yhteiskunnallista keskustelua ja tuottamaan tutkittua tietoa ikääntyneiden päihdeidenkäytöstä. Hanke on monitoimijahanke ja siihen kuuluu kolme osahanketta, joissa lähikuntien kanssa tehdään tiivistä yhteistyötä.

Osahankkeista toista hallinnoi Ikäinstituutti ja toista Sininauhasäätiö yhdessä Helsingin diakonissalaitoksen kanssa. Näiden osahankkeiden yhteistyökumppaneina toimivat Espoon, Helsingin ja Vantaan kaupungit. Kolmannessa osahankkeessa ydintoimijana on Tyynelän kehittämiskeskus Itä-Suomessa. Sen yhteistyötahoja ovat Savonlinna, Pieksämäki, Haukivuori ja Pieksänmaa. Muita yhteistyötahoja ovat seuraavat järjestöt ja liitot: Eläkeliitto ry, Eläkeläiset ry, Vanhustyön keskusliitto, Vanhus - ja lähimmäispalveluliitto, Suomen psykogeriatrinen yhdistys, Suomen vanhusten turvakotiyhdistys sekä Omaishoitajat ja läheiset - liitto ry. Hanke on neljä vuotta kestävä (2005-2008) ja sen rahoittajana toimii raha-automaatti yhdistys (RAY). (Liika on aina liikaa - Hanke pähkinäkuoressa 2007)

Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut Otetaan selvää - esitteen 2006. Sen tarkoituksena on olla ammattilaisten apuna silloin, kun arvioidaan ikääntyneiden alkoholinkäyttöön liittyviä riskejä. Parhaimmillaan se toimii silloin, kun sen kysymykset käydään läpi yhdessä ikääntyneen kanssa. Varsinainen riskitesti ei esite kuitenkaan ole, vaan sen tarkoitus on auttaa arvioimaan, onko ikääntyneen alkoholinkulutus turvallisella tasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 2)

Valtakunnallisten hankkeiden lisäksi, on paikallisia pienempiä projekteja, joista eräs on Salon seudun A-klinikan ja kotihoidon yhteinen Rolle-työ. Toiminta on syntynyt kotihoidon nimeämistä käytännön ongelmista ja tarpeista. Sen keskeinen voimavara on moniammatillisuuden korostaminen ja yhteistyön tekeminen hyvinkin erilaisten toimijoiden kesken. Rolle-työn tuomista tuloksista on kokemusta jo kymmenen vuoden ajalta ja kokemukset ovat kaikkien yhteistyötahojen mielestä positiivisia. (Suhonen 2005, 13)

Vantaan kaupungilla on menossa Kotihoito- Sateenvarjo-projekti yhteistyössä Keravan kaupungin ja Peijaksen sairaalan kanssa. Sateenvarjo-projektin tavoitteena on päihde- ja mielenterveysongelmien varhaisempi tunnistaminen, nykyistä tehokkaammin ja nopeampi avunsaanti. Siinä korostuvat moniammatillinen yhteistyö ja ennaltaehkäisevä työ. Projekti perustuu koulutuksiin, joilla pyritään lisäämään

kotihoidon henkilökunnan ammattitaitoa päihdeasioissa. (Peräkoski 2007)

### 3.4 Ikääntyneiden alkoholinkäytön yleisyys ja tunnistaminen

Ikääntyneen ihmisen päihdeongelmaa ei ole kovin helppo havaita ja tunnistaa. Siinä missä nuorempikin, osaa myös ikääntynyt peitellä päihdeongelmaansa varsin hyvin. Syynä peittelyyn on usein häpeä, jota ikääntynyt kokee hallitsemattomasta alkoholinkäytöstä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 197) Toisaalta myös tahatonta peittelyä on. Tällöin ikääntyneen yleinen huonokuntoisuus peittää alkoholin aiheuttamat ongelmat. (Laapio 2008, 47)

On olemassa tiettyjä tunnusmerkkejä, joita esiintyessä työntekijän hälytyskellojen tulisi alkaa soida ja epäilyn herätä. Näitä tunnusmerkkejä ei kuitenkaan ole aina helppo erottaa normaalin ikääntymisen aiheuttamista oireista. Vaarana onkin, että ikääntyneen alkoholinkäyttö saatetaan tulkita dementiaksi, depressioksi tai psykoosiksi. Mikäli ikääntyneen mieliala ailahtelee, esiintyy sekavuutta, masentuneisuutta tai aggressiivisuutta, tulisi työntekijän erityisen tarkasti seurata ikääntyneen vointia. Jos edellisiin oireisiin yhdistyy vielä päivittäisten toimien laiminlyöntiä, tapaturmia, motoriikan heikentymistä, unihäiriöitä, virtsankarkailua tai nopeasti etenevää dementiaa tulee työntekijän viimeistään silloin ottaa alkoholiasiat puheeksi ikääntyneen kanssa. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 276-277)

Kotihoidon työntekijöillä ongelmana on riittävän varhainen ongelman tunnistaminen ja työntekijät kokevat päihdehuollosta olevan liian vähän tietoutta. Koettu osaamisen alhainen taso näkyy vaikeutena kohdata ikääntynyt alkoholinkäyttäjä. (Parviainen 2005) Riittävän varhainen tunnistaminen helpottaa hoidon aloitusta ja vähentää alkoholin aiheuttamien haittojen syntymistä.

Liiallinen kiire, työn kuormittavuus ja monisairaas, paljon apua tarvitsevat kotona asujat vievät kotihoidon henkilökunnan aikaa runsaasti. Voimavaroja ei jää enää kohdata psyykkisesti kuormittava tilanne ja ottaa alkoholinkäyttö puheeksi. Työntekijä



joutuu tilanteeseen puuttuessaan painimaan omien eettisten näkemysten kanssa, puututaanko kotona asuvan ikääntyneen itsemääräämisoikeuteen liikaa, jos alkoholinkäyttöä kontrolloidaan? Toisaalta käyttö riskeeraa asiakkaan ja hoitohenkilökunnan turvallisuuden toteutumisen. (Kejonen 2007)

Tunnistamista heikentää lääkäritilanne terveyskeskuksissa ja ensiavussa. Vuokralääkärien käytön yleistyessä potilaan yleistila ja siinä tapahtuneet muutokset jäävät tunnistamatta, koska heillä ei ole tietoa aiemmasta voinnista. Kiire saa aikaan sen, että vain lääkäriin tuloon syynä oleva vaiva hoidetaan, mutta sen aiheuttajaa ei ehditä pohtia. (Kejonen 2007) Alkoholiasioista kysyminen koetaan haasteelliseksi myös lääkärien keskuudessa ja usein kysymykset asetetaan väärin sen olettamuksen perusteella, että ikääntyneet juovat vain vähän. (Duodecim 1994, 1039).

Omaiset kokevat kiusalliseksi ikääntyneen hallitsemattoman tai runsaan alkoholin käytön, he menevät helposti mukaan kieltämisen linjalle. Useissa tilanteissa omaiset eivät ole edes tietoisia ikääntyneen haitallisesta juomisesta. Ulkoisesti kaikki saattaa vaikuttaa olevan kunnossa, mutta kuitenkin ikääntyneellä on vaikeuksia hallita alkoholinkäyttöä ja päivittäistä elämää. (Kejonen 2007)

### 3.5 Ikääntyvän alkoholinkäytön puheeksiottaminen

Työntekijän haasteet päihdeongelmaisen ikäihmisen kohdalla eivät lopu tunnistamisen vaikeuteen, vaan lähes yhtä haasteellista on ottaa alkoholinkäyttö puheeksi. Toisissa tapauksissa huolen esiintuominen ikääntyneen ongelmasta on vaikeampaa kuin itse ongelman tunnistaminen. Työntekijä saattaa kokea suurta epävarmuutta siitä, kuinka asia tulisi ikääntyneelle esittää, kuitenkin loukkaamatta hänen arvokkuuttaan ja itsemääräämisoikeuttaan.

Varsinkin kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta asia on vähintäänkin hankala, koska työskennellään ikääntyneen omalla reviirillä, jossa työntekijä on vieras.

Periaatteessahan kukin saa kotonaan tehdä mitä haluaa, mutta jos ikääntynyt toiminnallaan riskeeraa muun hoidon, onko työntekijällä silloin velvollisuus puuttua juomiseen? On tutkittu että työntekijät kotihoidossa pelkäävät puheeksiottamisen vaikeuttavan heidän työtään. (Kankainen 2005) Erilaiset ristiriidat ikääntyvän ja omaisten kanssa ovat mahdollisia ja äärimmilleen vietyjen resurssien kanssa haastavien ja vaikeiden asioiden käsittely voidaan kokea liian uuvuttavana. Toiset työntekijät saattavat miettiä sitä, kuinka muu työyhteisö reagoi ikääntyneen alkoholinkäytön herättämän huolen julkituomiseen.

Puheeksi ottamista helpottamaan on tehty erilaisia mittareita, joita ovat mm AUDIT-kysely, Otetaan selvää! ja mini-interventio. Kotihoidon käyttöön ja ikääntyville suunnattu mittari on Otetaan selvää! esite, jonka avulla työntekijä voi yhdessä ikääntyneen kanssa miettiä, onko ikääntyneen alkoholinkäyttö hallinnassa. Tällöin annetaan tilaa ikääntyneen omalle oivallukselle alkoholinkäytön mahdollisesta vähentämisestä. Mini-interventiota ikääntyneiden parissa voidaan pitää terveysneuvontana, jonka tarkoitus on selvittää, kuinka paljon alkoholia kuluu kerralla ja kuinka usein sitä nautitaan. Mini-interventio voidaan toteuttaa ammattitaitoisesti muun hoitamisen ohella ilman, että työntekijä tai ikääntynyt kokee tilannetta vaivautuneeksi. (Hyvönen 2005)

Erilaisten mittareiden käyttöön olisi kuitenkin hyvä saada koulutusta, jotta niiden hyödyntäminen työkentällä tehostuisi. Otetaan selvää! - esitteen mukainen kartoitus voisi kuulua hoitosuunnitelman osana kaikille kotihoidon palvelujen piirissä oleville. Rutiinikartoituksena ei kenenkään osapuolen tarvitsisi kokea alkoholioasioista puhumista häpeällisenä tai leimaavana. Työntekijän olisi helppo perustella kysymyksensä sillä, että samat kysymykset kysytään jokaiselta. Vantaan Sateenvarjo-projektissa on otettu askel tähän suuntaan. Vantaalla on alettu jokaiselle kotihoidon palvelujen pariin tulevalta ikääntyneeltä kartoittaa masennusta ja alkoholinkäyttöä. Samoin selvitetään tilanne silloin kun se ikääntyneellä muuttuu jollain tavalla. Vantaalla käytössä olevat mittarit ovat masennuksen osalta geriatric depression scale (GDS-15) ja Beckin depressio mittari (BDI-21). Päihteidenkäyttöä seurataan Otetaan

selvää! -kyselyllä ja AUDIT-kyselyllä. (Peräköskei 2007)

Mittareita tärkeämpää on se, että työntekijä pitää silmät auki jokaisen asiakkaan kohdalla ja mahdollisen liikakäyttöepäilyksen herätessä osaa ilmaista oman huolensa. Huolen ilmaiseminen ei leimaa ikääntynyttä alkoholin suurkuluttajaksi, mutta saattaa herättää tarkkailemaan omaa juomistaan. Paras lähestymistapa on usein nimenomaan huolen esiintuominen. Työntekijän osoittaa aitoa välittämistä ikääntyvästä ilmaistessaan huolensa asiasta, joka vaikuttaa ikääntyneen arkipäiväiseen selviytymiseen kotona. Huolen ilmaiseminen on välittämistä eikä siinä ole olemassa oikeaa ja väärää. Joskus työntekijän kokema huoli voi olla turhaa eikä ongelmaa olekaan.

Työntekijän esittämä huoli on tietoa, joka on ainutlaatuista ja sitä on vain sellaisella työntekijällä joka työskentelee ikääntyneen kanssa. Huoli saman ikääntyneen alkoholinkäytöstä voi olla eriasteista riippuen työntekijästä. Työntekijän ilmaisema huoli koskee tulevaisuutta ja ikääntyneen selviytymistä jatkossa, siksi huolen ilmaisua voidaan pitää tilanteen kehittymisen ennakkointina. Samalla kun työntekijä ilmaisee huolen ikääntyvän selviytymisestä, kohdistuu huoli myös työntekijän omiin toimintamahdollisuuksiin kyseisen ikääntyneen kohdalla. (Pyhäjoki 2008)

Huolen puheeksiottaminen tulee nähdä ennakkointina sekä ajattelutapana. Sen tulisi olla osa kokonaisvaltaista työtä kaikilla kotihoidon työntekijöillä. Kuitenkin huolen puheeksi otto ja ennakkointi-dialogit ovat vakiinnuttaneet asemansa vasta lasten, nuorten ja perheiden parissa työskentelevien keskuudessa. Menetelmä soveltuisi mainiosti työkaluksi myös muiden erityisryhmien kanssa työskentelyyn. Kun huoli otetaan puheeksi, ei puhuta ongelmasta vaan ikääntynyttä koskevasta konkreettisesta huolesta, joka on herännyt ikääntyneen päihteidenkäytöstä. Puheeksiotto tulisi nähdä mahdollisuutena ja uuden avauksena. (Pyhäjoki 2008) Huolen vyöhykettä voidaan käyttää puheeksi ottamisen apuna. Huolen vyöhykettä menetelmänä on kehitetty Stakesin Palmuke - projektissa. Sen avulla työntekijä voi arvioida omat voimavaransa kyseisessä tilanteessa ja tarvittaessa hankkia lisätukea ja osaamista asiassa, jota huoli

koskee. (Arnkil & Eriksson 2005, 25)

Taina Heino on todennut Asiakaslähtöinen arviointi seniorihankkeessa - työssään, että monen päihdeongelmaisen ikääntyneen hoitoon hakeutuminen on tapahtunut juuri jonkun ilmaistessa huolensa ikääntyneen tilanteesta. Muutamissa tapauksissa ikääntyneen oma huoli on herättänyt hakemaan apua. Huolena on usein pärjääminen kotona, muiden sairauksien hoito, taloudellinen tilanne tai alkoholin aiheuttamat perhesuhteiden solmut. Huolen ilmaisemisen lisäksi tarvitaan työntekijältä vankkaa tukea ja uskon valamista siihen, että tilanteesta on ulospääsy. (Heino 2007, 19-20)

Ikääntynyt alkoholinkäyttäjä on haaste kotihoidon työntekijälle. Heidät koetaan moniongelmaisina, vaikeasti autettavina ja vaikeina asiakkaina. Moninaiset ongelmat johtuvat niin sosiaalisista, psyykkisistä kuin somaattisistakin oireista eli joka elämänalueella koetaan olevan ongelmia. (Parviainen 2005) Työntekijän kokema haasteellisuus ei kuitenkaan saisi välittyä tapaan, jolla hän kommunikoi asiakkaan kanssa. Kommunikointiin tuo oman haastavan osansa asiakkaan päihtymystila tai päihtymystila yhdessä mahdollisen dementian tai muun sairauden lisäksi, jotka vaikeuttavat puheen tuottamista tai sen ymmärtämistä. Tällöin työntekijä voi tulkita asiakkaan antamia viestejä väärin, mutta myös asiakas voi tulkita työntekijän puheesta sellaista, mitä ei työntekijä tarkoittanut. Ristiriitojen mahdollisuudet kasvavat ja se vaikeuttaa yhteistyötä entisestään. (Saarenheimo 2003, 133) Cohen on 1978 todennut kommunikoinnista seuraavasti "Kommunikointi on kuin kalastaja heittämässä koukkua veteen: se on toimintaa, jota ei ole saatettu loppuun ennen kuin toisessa päässä tunnetaan nykäys". (Saarenheimo 2003, 130) Viisautta pitää paikkansa nykyisin ja se tulisi pitää mielessä kun ottaa arkoja asioita puheeksi.

Kotihoidon työntekijöiden tavoissa kohdata ikääntynyt alkoholinkäyttäjä on eroja. Laapio on tehnyt aiheesta tutkimuksen pääkaupunkiseudun kotihoidon henkilökunnalle keväällä 2006. Tutkimuksessa kartoitetaan työntekijöiden valmiuksia kohdata alkoholia käyttävä ikääntynyt. Kysely on osa Sininauhaliiton Liika on aina liikaa - hanketta. Tämän tutkimuksen vastauksista Laapio on muodostanut

näkökulmia, jotka ovat erotettavissa työntekijöiden puhetavoista. Työntekijän ammatillisuus tulee esiin tavasta puhua ikääntyneelle päihteidenkäyttäjälle. (Laapio 2008, 49-50)

Ikääntyneen päihteidenkäyttäjän ulkopuolisesti kohtaava työntekijä näkee asiakkaan negatiivisena. Asiakas on ongelma, joka kohdataan toimenpiteenä, ei yksilönä. Hoitotyö ei tuota tulosta ja asiakkaan päihdeongelmaan ei haluta puuttua, koska pelätään ongelmien vyyhtiä. (Laapio 2008, 50-54)

Työntekijän myötäilevä kohtaaminen elää tilanteen mukaan. Mikäli asiakas on päihtyneessä tilassa jäädään odottamaan parempia aikoja. Työntekijä on käytännön kautta oppinut tilanneherkkyyttä. Tähän kohtaamistapaan sisältyy työn kuormittavuuden tunteen lisääntyminen. (Laapio 2008, 50-54)

Tilanneherkkä kohtaaminen on aina hämmentävä työntekijälle. Koetaan, ettei umpihumalassa olevaa ikääntynyttä sovi mennä neuvomaan, koska itse on nuorempi ja toisaalta työntekijä kokee riittämättömyyttä siitä ettei voi auttaa. Huumori välittyy tilanneherkässä kohtaamisessa, koska tilanneherkät kohtaamiset ovat usein myös emotionaalisesti epämiellyttäviä. (Laapio 2008, 50-54)

Realistinen suhtautuminen antaa tukea ajatukselle, että alkoholi kuuluu osaksi kotihoidon työntekijöiden työnkuvaa. Siinä tiedostetaan asiakkaan itsemääräämisoikeus. Tässä suhtautumistavassa on paljon epävarmuutta siitä, kuinka toimia eteenpäin. Realistiseen suhtautumiseen liittyy usein aito huoli asiakkaan selviytymisestä. Realistinen suhtautuminen on paras lähtökohta siirtyä huolehtivaan asiakkaan kohtaamiseen. (Laapio 2008, 50-54)

Viimeisenä havaittuna kohtaamisena on kokonaisvaltainen kohtaaminen. Tässä nähdään pidemmälle ja alkoholiasioista puhutaan ammattimaisesti, pitkäjännitteisesti ja omaiset huomioiden. Lisäksi kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa pyritään saamaan ikääntyneelle riittävät palvelut, joita tarvitsee päihdeongelmansa hoitamiseksi.

Kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen kaivataan lisää koulutusta, koska toistaiseksi kotihoidossa on hyvin vaikeaa kokonaisvaltaista alkoholiongelmien kohtaamista, selviää Laapion tutkimuksessa. (Laapio 2008, 50-54)

Se kuinka työntekijä kohtaa ikääntyneen alkoholinkäyttäjän merkitsee heidän tulevalle vuorovaikutussuhteelle paljon. Ilman empaattista kohtaamista, jossa vallitsee luottamus molemmanpuolin, ei ole mahdollista saada muutoksia aikaan. Kohtaamisen tulisi olla luonteva osa muuta hoitoa. (Ikonen ym. 2007,185)

### 3.6 Ammatillisuuden merkitys

Alkoholinkäyttö ja sen lieveilmiöt ovat jo näkyvä osa arkipäiväämme. Kun alkoholin käyttäjäksi havaintaankin ikääntynyt, muuttuu koko aiheen käsittelytapa. Siitä tulee tabu, jota kuuluu salailla, hävetä ja piilotella. Tämä piilottelun ja kieltämisen kulttuuri kuuluu niin vanhukselle, omaiselle ja myötätunnosta työntekijällekin. Vai kuuluuko? Puhutaan paljon ikäihmisten hoidon laadusta, jolloin edellytys on että ikääntyvä voi kokonaisvaltaisesti hyvin. Tämä tarkoittaa sitä, että myös alkoholinkäyttö on uskallettava ottaa puheeksi ja ohjata apua tarvitseva ikääntyvä päihdepalvelujen pariin. Se on työntekijän vastuu ja velvollisuus. Koska kyseessä on kuitenkin hyvin arkaluontoinen asia, on työntekijän muistettava ammatillisuus ja eettiset periaatteet keskustelussa ikääntyneen alkoholinkäytöstä.

Erilaiset käsitykset ammatillisuudesta ovat yleisiä. Yksinkertaistettuna ammatillisuus on sitä, että ikääntynyt saa työntekijän apua työajan puitteissa ja työntekijän ammattitaidon mukaan. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 202). Ammatillisuutta on myös tapa, jolla työntekijä kohtelee ikääntynyttä. Itseensä suhtautuminen työntekijänä ja oman työn arvostus ovat ammatillisessa mielessä tärkeitä, ammatillisuus on asenne joka auttaa jaksamaan vaikeiden asioiden kanssa. (Saarelainen ym. 2003, 202) Ammatillisuutta ei ole vain yksittäisen työntekijän tieto-taitoihin perustuva toiminta vaan siihen liittyy olennaisesti myös työyhteisö. Työyhteisön sisällä on tapahduttava yhteistyötä ja työryhmän jokaisen jäsenen tietoja

käytetään hoidon apuna. Ammatillisuudeksi luetaan kyvykkyys tiimityöskentelyyn. (Saarelainen ym. 2003, 203) Toimivan tiimin eli työyhteisön jäsenet jaksavat työntekijöinä paremmin. Työ kotihoidossa on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta. Mikäli kotihoidon palveluja saavalla ikääntyneellä on lisäksi jokin sellainen ongelma, josta työntekijä kokee erityistä huolta, lisääntyy työntekijän kokema henkinen paine. Työssäjaksamiseen vaikuttavat työn luonne, työntekijän henkilökohtainen elämäntilanne ja kokemus työtehtävien osaamisesta. Tärkeimmät työssäjaksamiseen vaikuttavat seikat ovat työntekijän motivaatio työhön ja hyvä työilmapiiri. Hyvä työilmapiiri muodostuu työntekijöiden kannustavasta asenteesta toisiaan kohtaan ja organisaatiokulttuurin tunnistamisesta. Organisaatiokulttuuriin kuuluvat työtä ohjaavat arvot, säännöt, tiedot ja käytännön toimintatavat. Työyhteisön tulisi olla motivoiva voima työntekijälle, se edellyttää joustavuutta ja monipuolista ammattitaidon hyödyntämiskykyä muuttuvissa tilanteissa. (Ikonen ym. 2007, 152-153)

Ammatillisuutta on myös se, että hoitaja toimii eettisesti oikein ja eettisesti oikeista lähtökohdista käsin. Eettisten arvojen tulisi ohjata hoitajan päätöksen tekoa ja valintoja, joita tehdessään hän vaikuttaa muiden elämään. (Ikonen ym. 2007, 159) Eettiset ohjeet voidaan kiteyttää seuraavasti; kunnioita ikääntyneen elämää ja hänen oikeuttaan hyvään hoitoon. Ikääntyneellä päihdeikäntäjäällä on itsemääräämisoikeus suhteessa omaan elämään, älä loukkaa sitä. Kohtele päihdeikäntäjä käyttävää ikääntynyttä tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti muihin verrattuna. Älä toiminnallasi vahingoita ikääntyvän ihmisarvoa, esimerkiksi rikkomalla luottamuksen hoitosuhteessa. (Saarelainen ym. 2003, 206) Edellä mainittujen ikääntyneen kohteluun liittyvien eettisten ohjeiden lisäksi eettiseen toimintaan kuuluu oman ammattitaidon päivittäminen ja työskentely niin, että omalla toiminnallaan pyrkii edistämään hyvää työilmapiiriä. Hyvä työilmapiiri syntyy yhteistyöllä ja keskinäisellä arvostuksella, jossa jokaisen työntekijän työ on tärkeää. (Ikonen ym. 2007, 159) Kotihoidon työntekijät joutuvat monien hankalien eettisten ongelmien eteen, hoitaessaan ikääntyvän päihdeongelmaa. Siksi eettinen pohdinta työyhteisön sisällä voi auttaa löytämään erilaisia toimintamalleja kuinka alkoholinkäyttöön puututaan eettisesti oikein. Liian monimutkaisia, vaativia tai hätköityjä päätöksiä kannattaa välttää

kaikissa eettisesti vaikeissa asioissa. (Suominen & Vuorinen 1999, 53)

## 4. TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoitus on kerätä aineistoa kotihoidon työntekijän suhtautumisesta ikääntyneen päihteidenkäyttöön ja näkemystä siitä kuinka yleistä ikääntyneiden alkoholinkäyttö on. Tavoitteena on saada mahdollisimman kokonaisvaltaisesti kartoitetuksi sitä, miten työntekijät kokevat ikääntyneen päihdeongelmaisen kohtaamisen ja kuinka työntekijä toimii ammatillisesti kyseisten asioiden kanssa. Lopuksi on tarkoitus kartoittaa, mitä tukea työntekijät kaipaavat työyhteisöltä. Tutkimuksessa saaduilla tuloksilla on tarkoitus kehittää ikääntyneen päihdeongelmaisen hoidon laatua Satakunnan alueella. Avainasemassa ovat kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Kuinka yleistä on ikääntyneiden kotihoidonasiakkaiden päihteidenkäyttö työntekijän arvioimana?
2. Kuinka kotihoidontyöntekijät kertomansa mukaan tunnistavat ikääntyneen päihdeongelman?
3. Kuinka kotihoidon työntekijät kertomansa mukaan toimivat havaitessaan asiakkaan päihdeongelman?
4. Millaista tukea työntekijät toivovat työyhteisöltä ikääntynyttä päihdeasiakasta hoitaessaan?

Tutkimusmenetelmän valinta riippuu siitä, mitä tietoa halutaan tutkimuksella saada ja keneltä sitä halutaan saada. Tutkimusongelmat ohjaavat tutkimusmenetelmän valinnassa. Aina ei kuitenkaan ole helppoa tehdä rajausta joko määrällisen tai



laadullisen tutkimuksen puolesta, vaan aineistossa voi olla kumpaakin materiaalia. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 1997, 170-172)

Tässä työssä valittiin parhaaksi tiedonkeruu menetelmäksi kyselyn tekeminen, koska haluttiin laaja otos. Lisäksi tutkimusongelmia oli useampia ja kyselyllä voidaan kysyä monia asioita samanaikaisesti. Jotta saataisiin vastaukset kaikkiin tutkimusongelmiin, oli joukossa myös avoimia kysymyksiä jolloin tutkimuksesta saatu materiaali on laadullista ja määrällistä. Tämän tutkimuksen kyselyssä kysymyksiä oli 26 kappaletta ja niistä 15 olivat avoimia. Avoimilla kysymyksillä tarkennettiin suljettujen kysymysten vastauksia ja haettiin työntekijöiden kokemuksia, jolloin valmiita vastausvaihtoehtoja ei voitu antaa.

#### 4.2 Tutkimuksen kulku ja aineiston keruu

Aineiston keräämistä varten on olemassa monia eri tapoja. Yksi keskeisistä menetelmistä on kyselyn tekeminen. Tällöin tutkija tekee tietylle otokselle suunnatun kyselyn, joka tuo vastaukset hänen asettamiin tutkimusongelmiin. Kysely tutkimusmenetelmänä on hyvä tapa kerätä laaja aineisto, jossa voidaan kysyä monia asioita samanaikaisesti. Huolellisesti tehdyn kyselylomakkeen työstäminen on nopeaa ja siihen soveltuvat valmiit analyysitavat ja tilastointimuodot. Tutkijan ei tarvitse kehittää analyysitapoja itse, mutta tulosten tulkinta voi olla silti haasteellista. Kyselyyn liittyy etujen lisäksi monia riskejä ja kyselyn laatijan kannattaa huomioida seuraavat kohdat jo kyselyä laatiessa. Kyselyn avulla saadut vastaukset saattavat olla pinnallisia, eikä se silloin tuota haluttua tietoa tutkijalle. Saattaa olla, että kyselyyn vastaajat ovat vastanneet huolimattomasti ja vastausten todenmukaisuudesta ei ole varmuutta. Kysymysten tulisi olla riittävän selkeitä, jotta vältetään väärinkäsityksiltä. Väärinkäsityksistä johtuen tutkimustulokset eivät olisi luotettavia. Suljettujen kysymysten vastausvaihtoehdot eivät välttämättä ole onnistuneita vastaajien näkökulmasta, jolloin vastaus ei ole totuudenmukainen. Suurin kyselyyn liittyvä ongelma on vastauskato. Alkuperäisotoksen on siksi hyvä olla riittävän suuri. (Hirsjärvi ym. 1997, 180-182) Huolimatta kyselyyn liittyvistä riskeistä, koen sen olevan laajan otoksen saamiseksi parhaimpia menetelmiä.

Kyselyyn liittyvät riskit ovat joiltain osin ennakoitavissa. Mittarin vasta muotoutuessa on syytä kiinnittää huomioon kysymyksiin, joita esittää. Liian pitkät, monimutkaiset lauseet vähentävät vastausten määrää ja aiheuttavat herkemmin väärinkäsityksiä. Siksi koitan pitää lauserakenteet yksinkertaisina ja riittävän lyhyinä. Suljettujen kysymysten kohdalla vastaajille ei saa jäädä tulkinnanvaraa. Suljettujen kysymysten vastausvaihtoehtoja täydentämään annetaan mahdollisuus vastata “jotain muuta - kohtaan”, jolloin ei kenenkään tarvitse valita lähintä oikeaa vastausta. Se parantaa kyselyn luotettavuutta ja totuudenmukaisuutta. Kyselylomakkeen mitta tulisi pysyä kohtuullisena, jotta vastaajat vastaisivat esitettyihin kysymyksiin huolellisesti. Saatekirjelmän tekemiseen käytän aikaa, jolloin se toimii kutsuna vastaamaan. Saatekirjeellä on tarkoitus motivoida työntekijät vastaamaan. Tällöin se lisää vastausprosenttia ja korottaa vastausten laatua.

#### 4.2.1 Kyselymittarin laatiminen

Laadukkaan ja tutkimusongelmiin vastauksia tuovan mittarin rakentaminen on haasteellista ja siksi varasin työskentelyaikataulussa sille runsaasti aikaa. Koska aiheeni on moniulotteinen tutkimuskohteena, käytän työssäni sekä laadullista eli kvalitatiivista, että kvantitatiivista eli määrällistä menetelmää. Tällöin voin kartoittaa kotihoidon henkilökunnan mielipiteitä suljetuilla eli strukturoiduilla ja avoimilla kysymyksillä. Sekä laadullisen että määrällisen aineiston keräämiseen vaikuttivat kyselyllä selvitettävät asiat. Näiden selvitettävien tutkimusongelmien takia kyselyssäni on myös jonkin verran sellaisia kohtia, joihin on mahdotonta antaa valmiita vastausvaihtoehtoja.

Kartoituksen teen kyselylomakkeella, jota olen rakentanut yhteistyössä Turun yliopiston lehtorin, Heikki Suhosen kanssa. Mittarin viimeistelyssä asiantuntija apua antoi Hanna Hyttinen. Mittaria lähdimme rakentamaan Suhosen 2005 valmistuneen tutkimuksen pohjalta. Hän oli tehnyt haastattelututkimuksen ikääntyneistä A-klinikan asiakkaita. Aiemman tutkimuksen haastattelukysymysten, teorian sekä työkokemukseni kautta vanhuspsykiatrian osastolla pohdimme niitä asioita, joita

tutkimuksessani haluan saada selville. Näiden pohdintojen kautta ja Suhosen asiantuntijuuden pohjalta teimme mittarista alustavan version alkuvuodesta 2008. Tästä alustavasta rungosta muotoilin tarkoitukseeni sopivan kyselyn yhdessä Hanna Hyttisen kanssa. Valmiita mittareita, jota olisin voinut käyttää aineiston keräämisessä ei ollut saatavilla. Jotta varmistuin kyselylomakkeen luotettavuudesta ja reliabiliteetista, esitetasin sen pilottitutkimuksella, johon osallistui 8 henkilöä. Pilottitutkimuksen vastaajien valinta tapahtui sellaisista työpisteistä, jotka eivät osallistu varsinaiseen tutkimukseen, mutta jokaisella vastaajalla on työkokemusta aiemmin kotihoidosta, vanhustenhoidosta tai psykiatriselta puolelta. Vastaajien eri ammattiryhmät lisäävät näkökulmia kyselyyn ja siten auttavat rakentamaan siitä monipuolisen. Pilottitutkimuksen tarkoitus on varmistaa, että kysely on riittävän selkeä ja toimiva. Pilottitutkimuksen jälkeen kyselyä muokattiin siihen osallistuneiden henkilöiden ehdotusten perusteella. Pilotoinnin johdosta kyselystä poistettiin kaksi kysymystä ja kahden kysymyksen sanajärjestystä muutettiin niin, että väärinkäsitysten mahdollisuus pieneni. Pilottitutkimuksen avulla varmistuin mittarin reliabiliteetista, kysymysten oikein asettelusta, selkeydestä ja ymmärrettävyydestä. Samalla varmistuin siitä, että mittarilla mitataan sitä, mitä oli tarkoituskin. Silloin varmistuin siitä, että kaikkiin tutkimusongelmiin saadaan vastaus. Mittarin validiteettiin vaikutti myös toistuvasti samojen käsitteiden käyttö, jotka oli määritelty aiemmin. Näin varmistuin siitä, että kaikki vastaajat ajattelevat käsitteet samalla tavalla. Validiteettia lisäsi ohjauskeskustelut ohjaajien kanssa, arvioinnit sekä asiantuntija-avun käyttö mittaria rakentaessa. Laadukkaan ja tutkimusongelmiin vastauksia tuovan mittarin rakentaminen on haasteellista ja siksi varsin työskentelyaikataulussa sille runsaasti aikaa.

#### 4.2.2 Aineiston hankkiminen

Satakunnassa on 25 kuntaa, joissa kaikissa saatavilla kotipalvelun ja kotisairaanhoidon palveluja. Alkuperäinen suunnitelma oli lähettää kyselyt jokaiseen kuntaan. Suunnitelmaa jouduttiin muuttamaan, koska ajallisesti ja määrällisesti tutkimus olisi tullut liian laajaksi. Päädettiin ottamaan ryväsotos 4 kunnan alueelta,

jolloin vastaajien määrä tulisi olemaan noin 60kpl. Alustavissa pohdinnoissa yhdessä ohjaajan kanssa valitut kunnat olivat Rauma, Eurajoki, Pyhäranta ja Pori. Olin yhteydessä ko. kuntien kotihoidon ohjaajiin ja tiedustelin halukkuutta osallistua tutkimukseen ja työntekijämääriä. Porista sain jo puhelimitse kielteisen vastauksen, koska heillä samasta aiheesta oli juuri tulossa gradu-tutkielma. Muissa kunnissa tutkimus sai myönteisen vastaanoton. Tutkimuslupapyyntö lähetettiin maaliskuussa 2009 neljään kuntaan satakunnassa; Eurajoki, Rauma, Kankaanpää ja Pyhäranta. Määräaikaan mennessä tutkimuslupapyyntöön vastasi Eurajoki ja Rauma. Pyhäranta ja Kankaanpää jättivät lupapyyntöön vastaamatta. (Liite 1)

Kysely toteutui Eurajoen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon, Rauman kaupungin kotisairaanhoidon ja Marttilanmäen alueen kotipalvelun kanssa. Toimitettujen kyselyjen kokonaismäärä oli tällöin 57 kpl. Kuntien välistä alueellista erottelua ei kyselyllä haettu. Kysely toteutettiin siten, että tutkija toimitti kyselyt kotihoidon ohjaajille henkilökohtaisesti ja he jakoivat kyselyt työntekijöille. Kyselyjen vieminen kunkin kunnan kotipalvelu-ohjaajalle tapahtui toukokuussa 2009. Työntekijät palauttivat täytetyt kyselyt tutkijalle postitse, vastauskuoret olivat liitettynä kyselyyn. Palautuspäivä oli kahden viikon kuluttua kyselyjen toimittamisesta. Tämän aikataulun mukaisesti vastausten käsittely ja analysointi tehtiin kesän lopussa 2009.

#### 4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Aineiston käsittely menetelmä ja analyysin valinta ovat yhteydessä tutkimusongelmiin. Jo tutkimuksen alkuvaiheessa tutkijan valinnat vaikuttavat aineiston käsittely ja tulkintatapaan. Tässä tutkimuksessa tutkimusongelmat ovat kartoitettavia ja vastauksia haetaan kyselylomakkeella jossa on strukturoituja kysymyksiä. Tällöin aineiston analyysiin ryhdytään vasta sen jälkeen kun aineisto on kerätty ja järjestetty. Aineistoa voidaan analysoida hyvin monella tavalla. Karkeaa jakoa voidaan tehdä niin, että jaetaan lähestymistavat selittävään tai ymmärtävään tapaan. Useimmiten nämä lähestymistavat kuitenkin kulkevat rinnakkain. Tässä tutkimuksessa tiedonkeruu tapahtui postikyselynä ja aloitin aineiston käsittelyn tarkistamalla vastaukset. Kaksi kyselylomaketta hylättiin, koska ne olivat palautuneet

tyhjinä. Aineistoa käsiteltiin ja analysoitiin kahdessa osassa, koska kyselylomakkeessani oli niin suljettuja kuin avoimia kysymyksiä. Suljettujen kysymysten tuottamaa aineistoa käsittelin syöttämällä vastaukset ensin Excel-taulukkoon ja tämän jälkeen analysoin vastauksia Tixel -ohjelmiston avulla. Ohjelman avulla muodostin vastauksista frekvenssijakaumia. Avoimien kysymysten vastaukset kirjoitin puhtaaksi ja perehdyin niiden sisältöön. Näistä vastauksista etsin samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia ja niitä yhdistämällä loin kokoavan käsitteen. Avoimien vastausten analysointi tapahtui yksinkertaista sisällön analyysiä käyttäen.

#### 4.4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Eettisiä ratkaisuja pitää tehdä koko tutkimusprosessin aikana. Ensimmäinen eettinen ratkaisu pitää tehdä jo aihetta valittaessa. Tässä kohdassa on tärkeä pohtia miksi tutkimukseen ryhdytään. Ryhdyin tutkimukseen oman kiinnostukseni vuoksi. Lukemani kirjallisuuden ja aiempien tutkimusten pohjalta ikääntyneiden päihdeongelmien tunnistamista ja hoitoa tulisi kehittää niin, että jokaisella on yhtäläinen oikeus saada hoitoa omalla asuinpaikkakunnallaan. Aihe on yhteiskunnallisesti merkittävä koska ikääntyneiden määrä kasvaa vauhdilla. Tällöin tarvittavien päihdepalvelujen määräkin kasvaa. Aiheen toteutus ei ole helppo ja sen käsittelyyn sisältyy monenlaisia eettisiä kysymyksiä joita varmasti tutkimuksen edetessä joudun pohtimaan. Tutkimuksessa varmistetaan siihen osallistuvien vastaajien anonymiteetti. Vastaajan työpaikkaa ei kysytä eli tutkijan tietoon ei tule sitä minkä kunnan työntekijä vastaaja on. Tämä estää tekemästä alueellisia vertailuja ja parantaa näin tutkimuksen eettisyyttä. Kyselyn luottamuksellisuuden säilyttäminen on olennainen osa tutkimusta. Saatekirje saattaa parantaa tutkimuksen luotettavuutta nostamalla vastausprosenttia. Samalla siinä ohjeistetaan vastaajia vastaamaan kyselyyn oikein, jolloin kysely tuottaa vastaukset niihin kysymyksiin kun haluan. Saatekirjeessä tuodaan esiin myös osallistumisen vapaaehtoisuus ja vastaajien nimettömyyden säilyminen. (Liite 2) Siitä johtuen on tärkeää, että vastaaja saa postittaa vastauksensa suoraan tutkijalle ilman välikäsiä. Tällöin vastaaja voi

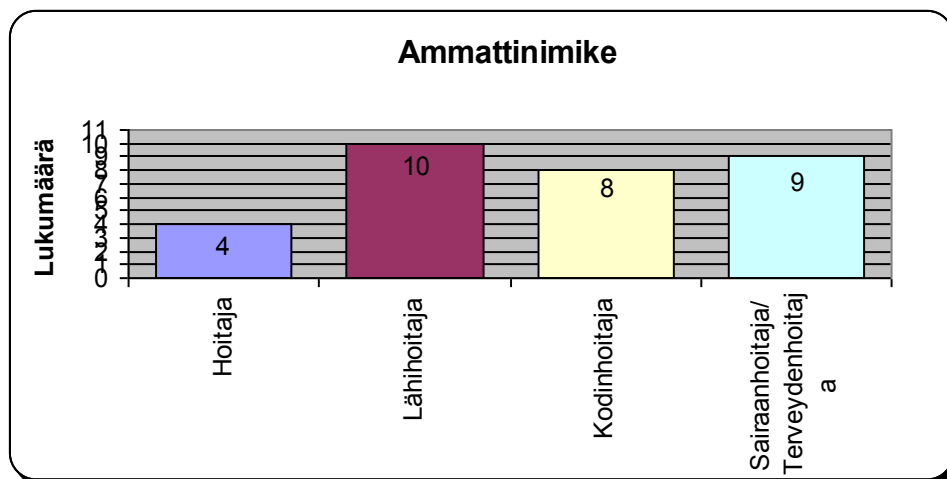
varmistua siitä, että luottamuksellisuus toteutuu loppuun asti. Luotettavuuteen vaikuttaa aineiston koko, jonka tulee olla riittävä koska uusinta kyselyyn ei ole mahdollisuutta. Tulokset julkistan sellaisena kuin ne saan ja aineistoa käsittelen siinä laajuudessa kuin se minulle palautuu. Pohdinnassa tuon tutkimuksen puutteet julki totuudenmukaisesti. (Hirsjärvi ym. 1997, 26-28)

Tutkimusta tehdessä virheitä pyritään välttämään. Siksi tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida tarkoin. Tutkimuksen luotettavuutta kuvataan reliiabilisuus ja validius käsittein jotka tarkoittavat tutkimuksen mittaustulosten toistettavuutta ja pätevyyttä. (Hirsjärvi ym. 1997, 213) Luotettavuuteen vaikuttavat asiat koostuvat muun muassa vastaajista, tutkijasta, mittarista ja aineiston käsittelystä sekä analysoinnista. Vastaajista johtuviin luotettavuuteen vaikuttaviin tekijöihin tutkija voi vaikuttaa tiedustelemalla ko. työpisteen halukkuutta osallistua tutkimukseen jo etukäteen. Tällöin työntekijä tietää varautua kyselyn saapumiseen ja sen täyttämiseen. Kiinnostus kyselyä kohtaan saattaa herätä jo etukäteen ja vastauksiin paneudutaan huolellisemmin. Vastausohjeet tulisi olla selkeästi esitetty jolloin kukaan vastaajista ei jätä vastaamatta sen vuoksi ettei ole ymmärtänyt mitä kysymys tarkoittaa. Samalla välttyään mahdollisilta väärinkäsityksiltä ja varmistetaan vastauksen saaminen jokaiseen tutkimusongelmaan. Vastaajan tottumus vastata kyselyihin, työn vaativuus ja kiire, oma kiinnostus aiheeseen sekä mahdolliset henkilökohtaiset syyt vaikuttavat siihen kuinka hyvin kysymyksiin on vastattu.

## 5. TUTKIMUSTULOKSET

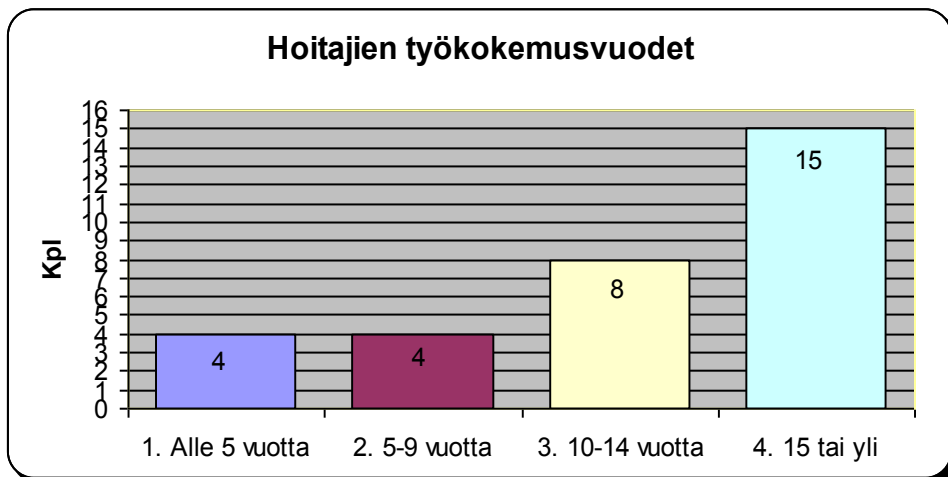
Kyselyyn vastasi 31 henkilöä, jolloin vastausprosentiksi muodostui 48,4 %. Kaksi kyselylomaketta palautettiin tyhjinä. Vastauskadoksi tuli näin ollen 51,6 %. Vastaajien osuudet ammattinimikkeittäin olivat hoitaja 12,9 %, lähihoitaja 32,3 %, sairaanhoitaja 29 %\* ja kodinhoitaja 25,8 %.

\*Kahden vastaajan ammattinimike oli terveydenhoitaja, mutta luokittelin heidät sairaanhoitaja-sarakkeeseen. Kuviossa 1. tuon esiin vastaajien lukumäärät kussakin ammattinimikkeessä.



Kuvio 1. Ammattinimike/vastaajien lukumäärä kappaleittain

Vastaajien suurin ikäryhmä oli 40-59 vuotta, siihen kuului ( 54,8 %) vastaajista. 20- 39 -vuotiaita vastaajia oli ( 32,3 %) ja ikäryhmään 60-65 vuotta kuuluivat loput ( 12,9 %). Työkokemusta yli 15 vuotta oli (48,4 %) vastaajista, 10-14 vuotta työskennelleitä oli (25,8 %) vastaajista, 5-9 vuotta työskennelleitä oli (12 %) samoin kuin alle 5 vuotta työskennelleitä oli ( 12,9 %) vastaajista. Työkokemuksen pituutta kuvaamassa kuvio 2. Siinä vastaajat on merkitty lukumäärinä.



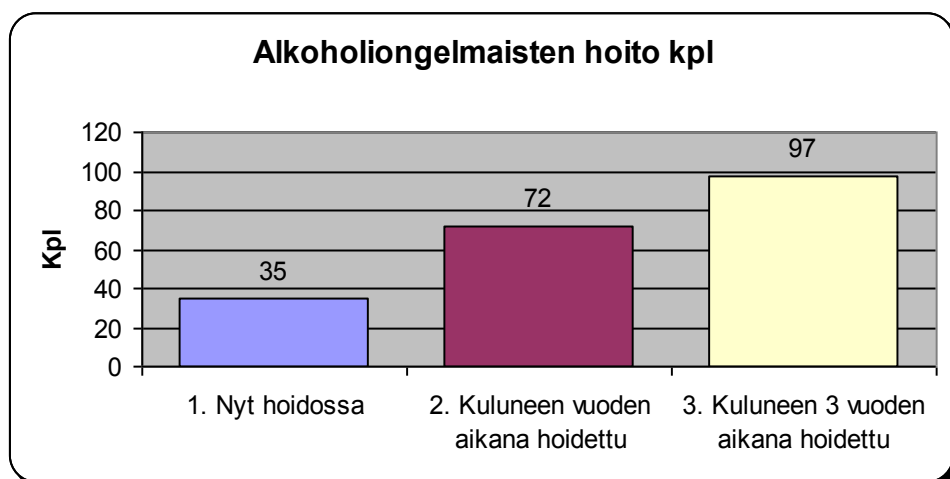
Kuvio 2. Työkokemus vuosina/vastaajien lukumäärä kappaleittain

Neljännessä kysymyksessä oli tarkoitus selvittää vastaajan yleistä suhtautumista ikääntyneen alkoholinkäyttöön, ei varsinaiseen ongelmakäyttöön. Vastausten perusteella ikääntyneiden alkoholinkäyttöön suhtautuminen oli neutraalia (67,7 %) vastaajista, muutama heistä oli maininnut erikseen sen, että ammatti velvoittaa suhtautumaan neutraalisti. (25,8 %) vastaajista suhtautui kielteisesti ja (6,5 %) vastaajista suhtautui myönteisesti ikääntyneiden alkoholinkäyttöön. Ikääntyneen alkoholinkäyttöepäilyihin oli törmännyt lähes kaikki. Vastaajista (96,8%) vastasi myöntävästi, että epäilyjä on ollut ja vain (3,2 %) kohdalla ei epäilyjä ollut vielä ollut, koska työkokemusta oli alle puoli vuotta.

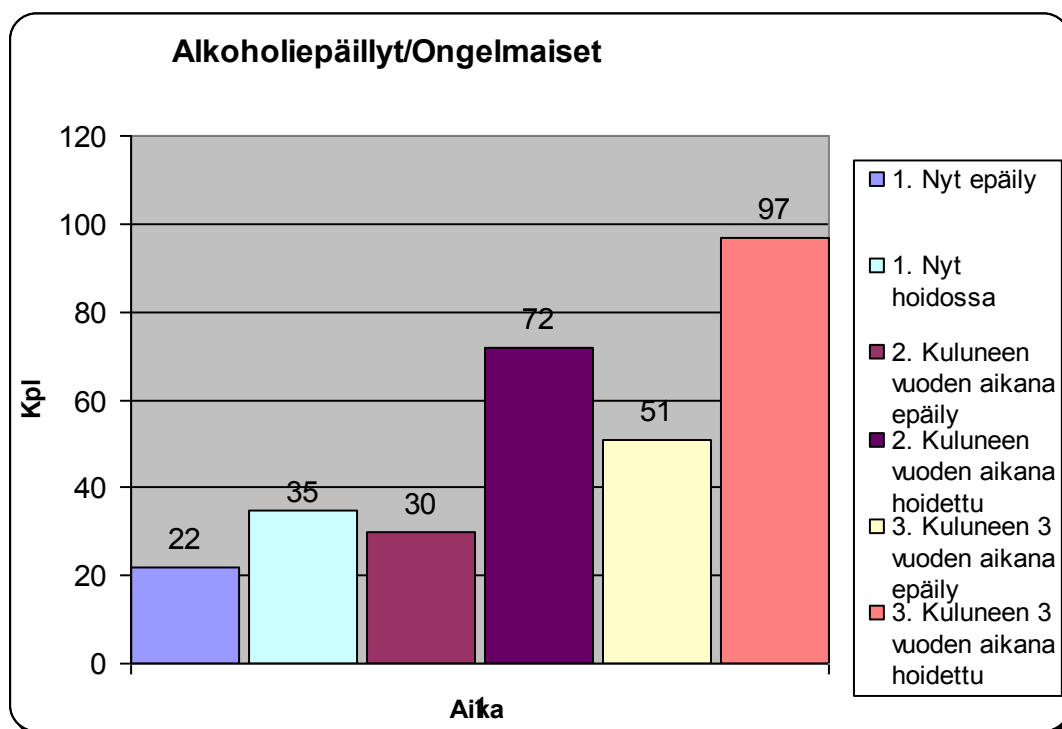
### 5.1 Ikääntyneiden kotipalveluasiakkaiden päihteidenkäytön yleisyys

Halusin tutkimuksellani saada mielikuvaa siitä, kuinka yleinen ongelma ikääntyneen liiallinen alkoholinkäyttö on. Siksi kysyin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökunnalta sitä kuinka montaa ikääntynyttä alkoholiongelmaista työntekijä on hoitanut viimeisen vuoden ja viimeisen kolmen vuoden aikana tai hoitaa parhaillaan. Kuviossa 3 on esitetty lukumäärinä hoidettavat alkoholiongelmaiset. Samoin kysyin ikääntyneiden alkoholinkäyttöepäilyjen hoidosta nyt, viimeisen vuoden ja viimeisen kolmen vuoden aikana. Kuviossa 4 on esitetty lukumäärinä hoidettavat alkoholiepäilyt rinnakkain hoidettavien alkoholiongelmaisten kanssa.





Kuvio 3. Hoidettavat alkoholiongelmaiset/ kpl



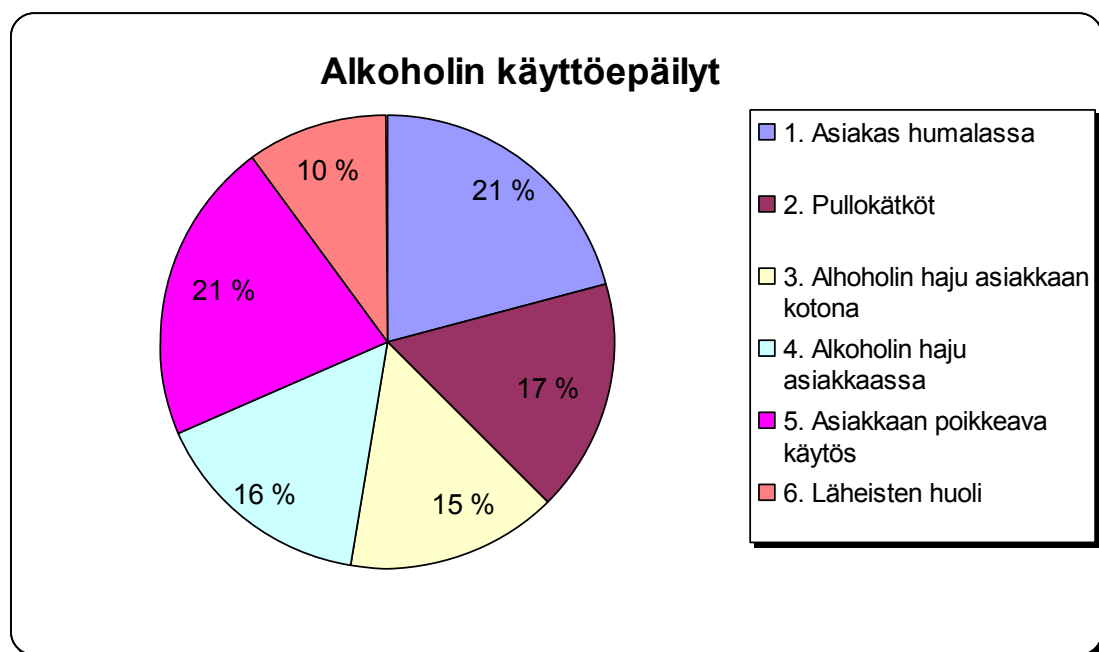
Kuvio 4. Alkoholinkäyttöepäilyt ja alkoholiongelmaiset/lukumäärinä

Ikääntyneiden alkoholinkäytön muuttumista vastaajan työuran aikana koskevaan kysymykseen vastaamatta jätti (6,4 %) vastaajista. Ikääntyneiden alkoholinkäytön koki (12,9 %) vastaajista vähentyneen oman työuran aikana. Vastaajista (35,5 %) kokivat käytön pysyneen ennallaan. Enemmistö vastaajista (45,2 %) koki kuitenkin ikääntyneiden alkoholinkäytön lisääntyneen oman työuran aikana. Enimmäkseen

alkoholiongelmaiset ikääntyneet olivat vastausten mukaan miehiä (74,3 %), naisia käyttäjistä oli (25,7 %). Alkoholinkäyttöepäilyt koskivat yleisimmin miehiä (62,5 %) ja naisia (37,5 %) vastauksista. Joihinkin vastauslomakkeisiin oli lisätty huomio siitä, että nykyisin yhä useammin alkoholiongelmista epäillään naista.

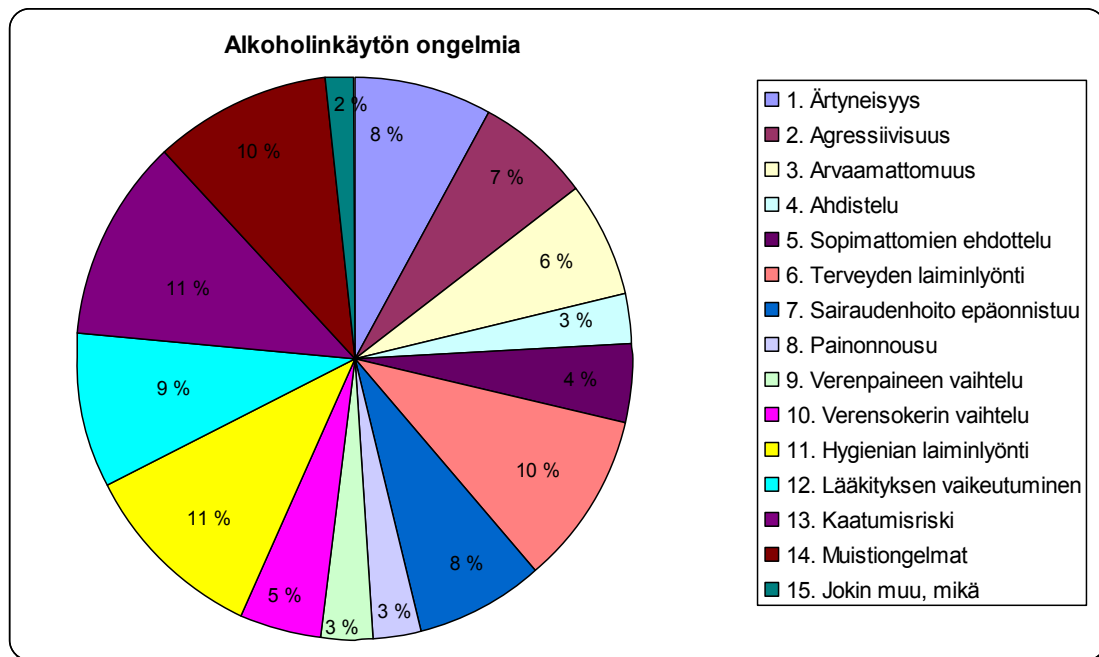
## 5.2 Ikääntyneen päihdeongelman tunnistaminen

Jotta ikääntyneen alkoholiongelma voidaan tunnistaa tulee työntekijälle herätä epäily siitä, että jokin on vialla. Vastausten mukaan epäily herää asiakkaan poikkeavan käytöksen perusteella tai jos asiakas on selkeästi humalassa. Kumpikin herätti epäilyn (21 %) vastaajista. Toisissa vastauksista epäily on herännyt alkoholin hajun perusteella, joko asiakas on haissut alkoholille (16 %) tai asiakkaan kotona on haissut alkoholi (15 %). Pullokätköjä oli löytänyt (17 %) vastaajista josta huoli oli herännyt. Omaisten tai läheisten huoli oli herättänyt epäilyn (10 %) vastaajista.



Kuvio 5. Alkoholin käyttöepäilyt

Vastaajien mukaan ikääntynyt alkoholiongelmainen on usein moniongelmainen, useimmin mielenterveysongelmasta kärsivä. Mielenterveysongelmia on (77,4 %) alkoholiongelmaisista ikääntyneistä. Dementiaa tai samanaikaista lääkkeiden käyttöä on kumpaakin havaittavissa 58 % ikääntyneistä alkoholiongelmaisista. Lisäksi vastauksista (9,7 %) kävi ilmi muita samanaikaisia ongelmia kuin pelkkä liiallinen juominen. Muita ongelmia olivat aivovamma, somaattinen sairaus ja nopea yleiskunnon heikkeneminen sekä kaatuilu. Ikääntyneen alkoholiongelmaan liitetään paljon myös muita ongelmia, jotka saattavat herättää työntekijän epäilyksen liiallisesta juomisesta. Lisäksi ne vaikeuttavat päivittäistä työskentelyä asiakkaan kanssa. Annoin kysymyksessä valmiita vastausvaihtoehtoja 14 kappaletta ja yhden kohdan jätin avoimeksi omia muita vastauksia varten. Vastaukset jakaantuivat tasaisesti keskenään eikä suurta hajontaa vastausten kesken muodostunut. Erilaisista psyykkisistä tekijöistä suurin ongelma tekijä oli muistiongelmat. Asiakkaan ärtyneisyys nousi alkoholinkäytön ongelmaksi 8 % vastaajien mielestä, aggressiivisuus 7 %, arvaamattomuus 6 %, ahdistelu 3 % ja sopimattomien ehdottelu 4 % vastaajien mielestä. Erilaisista somaattisista tekijöistä terveyden laiminlyönti muodostui alkoholinkäytön ongelmaksi 10 % vastaajista, asiakkaan sairaudenhoidon epäonnistuminen 8 %, lääkityksen toteuttaminen vaikeutuu 9 %. Asiakkaan painonnousua liiallisen alkoholinkäytön seurauksena ongelmana piti 3 % vastaajista, verenpaineen vaihtelua 3 % ja verensokerin vaihtelua 5 % vastaajista. Fyysisistä ongelmista suurimpana vastaajat pitivät suurentunutta kaatumisriskiä sekä hygienian laiminlyömistä alkoholinkäytön seurauksena, kummassakin 11 %. Kohtaan muut olivat kirjattuna ikääntyneen masennus, virtsan ja ulosteen pidätyskyvyttömyys sekä se että liiallisesti alkoholia käyttävä ikääntynyt jättää helposti ruokailut väliin jolloin yleiskunto romahtaa helposti. Vastauksissa ne edustavat 2 %. Kuvio 6. kuvaa alkoholinkäytöstä aiheutuvia ongelmia ikääntyneellä, mutta myös seikkoja, joista voi päätellä ikääntyneellä olevan ongelmia juomisessa.



Kuvio 6. Alkoholinkäytön ongelmia ikääntyneellä.

### 5.3 Ikääntyneen päihdeongelman puheeksiotto

Mikäli ikääntyneellä huomataan liiallista alkoholinkäyttöä, pyrkii työntekijä keskustelemaan suurimmassa osassa tapauksista suoraan asiakkaan kanssa. Samalla hoitotyöntekijä selventää alkoholinkäytöstä seuraavia vaaroja sekä riskitekijöitä. Vastaukset kussakin ammattiryhmässä olivat hyvin toistensa kaltaisia, kaikki pyrkivät keskustelemaan, ottamaan yhteyttä omaisiin, lääkäriin sekä pyrkivät selvittämään juomisen syyn.

“ Asiasta tulee puhua tavalla tai toisella. Selvitetään alkoholin haittoja, sivuvaikutuksia ja sekin kuka tuo alkoholia.”

“ Selvitän mitä ongelmia voi tulla lääkityksen, kaatumisriskin ja muun sellaisen kanssa ja tarvittaessa otan yhteyttä muihin (lääkäri, omaiset, muu hoitotiimi).”

Vaikeaksi ikääntyneen päihdeongelmaisen kohtaamisessa työntekijät kokivat asiakkaan itsemääräämisoikeuden, asiakas vetoaa siihen usein että saa itse päättää mitä tekee. Ongelmaa salaillaan ja vähätellään tai se kielletään kokonaan. Asiasta puhuttaessa ei asiaa haluta ymmärtää ja saatetaan käyttäytyä arvaamattomasti. Hoitotyöntekijälle alkoholinkäytöstä aiheutuvat riskit ovat itsestäänselvyyksiä, joita ei kuitenkaan asiakas tai omaiset tahdo ymmärtää.

“ Se kun haluaa auttaa, mutta huomaa ettei siitä ole apua.”

“ Se kun asiakas salaa ongelman ja vähättelee. Ei tunnista ongelmaksi ja terveys reistaa.”

“Ikääntyneen alkoholiongelmaisen kohtaamisessa ovat samat ongelmat kuin minkä tahansa alkoholiongelmaisen kohtaamisessa.”

Vastaajien mukaan kohtaamisessa helppoa on se, että usein ikääntyneet ovat hyväntuulisia ja avoimia asiasta keskustelulle, vaikka neuvoja ei aina kuunnella. Kuitenkin lähes puolet kaikista vastaajista oli sitä mieltä ettei asiassa ole mikään helppoa.

“ Usein ikääntyneet ovat melko avoimia kun asia otetaan puheeksi.”

“ Tutun asiakkaan kanssa helppo puhua ja nostaa kissa pöydälle.”

“ Mikään ei ole helppoa.”

Vastaajien mukaan silloin kun ikääntyneen päihdeongelma otetaan puheeksi, suhtautuu yli puolet asiakkaista siihen vähättelevästi ja suuttumalla. Kolmannes asiakkaista suhtautuu puheeksi ottamiseen myönteisesti, ymmärtäväisesti tai myöntävät ongelman.

“ Puheen annetaan valua kuin veden hanhen selästä.”

“ Kun päihdeongelman ottaa puheeksi on reaktio kielteinen, vähättelevä.”

“ Riippuu asiakkaasta. Toiset ovat helpottuneita, toiset taas kiukkuisia.”

“ Avoin suhtautuminen. Avoimesti kertovat elämänhistoriaa ja etsivät sieltä syitä tilanteeseen.”

Kun ikääntynyt kieltää alkoholinkäytön hän vetoaa 65 % vastauksista siihen, ettei ole ottanut kuin yhden ja että mitään ongelmaa ei olekaan. Kiputiloihin, yksinäisyyteen ja tylsyyteen vedotaan 19 % vastauksista. 8 % vastauksista koetaan, että ikääntynyt vetoaa siihen että hoitajat ainoastaan kuvittelevat ja 8 % vastauksista alkoholi toimii lääkkeenä ikääntyneen puolustellessa sen käyttöä.

“ Ei huikka alkoholistiksi tee.”

“ Ei muutama kalja mitään ole.”

“ Alkoholinkäyttöni on hallinnassa, olen juonut hallitusti koko ikäni.”

“ Hoitajat kuvittelevat kaikkea.”

Hoitajien keinot vastata kieltoon ovat varsin niukat. Lähinnä keskustellaan ja kerrataan jämäkästi alkoholin haitat lääkkeiden kanssa. Toiset taas kaivavat esiin pullokatköt ja yrittävät sitä kautta selvittää tilannetta ikääntyneelle.

“ Keskustelemalla, mietitty onko tosiaan normaalia ottaa pullo kirkasta päivittäin.”

Puheeksiottamisessa kannattaa korostaa kotikuntoisuutta ja terveyttä. Joko alkoholinkäytöstä aiheutuvien terveysriskien muodossa tai oman terveyden edistämisen kannalta. Lisäksi huomioitavia asioita ovat lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset sekä kaatumis- ja tapaturmariskin kasvaminen. Yksi vastaajista oli nostanut esiin omaiset, sen kuinka tärkeä asiakas on omaisilleen, lapsilleen ja lapsenlapsilleen.

“ Mahdollisesti olemassa olevia omaisia/lapsenlapsia, korostaa sitä kuinka tärkeä ihminen asiakas on heille.”

Puheeksiottamisessa kannattaa vastaajista kolmasosan mielestä välttää syyttelyä. Lopuissa vastauksissa vältettäviin asioihin kuuluivat kiukuttelu asiasta asiakkaalle, liiallinen saarnaaminen ja toisaalta myös liiallinen valvominen. Osa vastaajista etenisi tilanteen vaatimalla tavalla vedoten asiakkaiden erilaisuuteen. Ihmiset ovat kovin erilaisia ja myös tapa puuttua ongelmaan on silloin erilainen. Tällöin myös asiat joita korostaa / välttää puheeksiottamisessa ovat erilaisia.

#### 5.4 Työyhteisön tuki alkoholinkäyttöön puututtaessa

Se, millaista tukea työntekijöillä on ollut saatavilla silloin, kun ikäänntyneen alkoholiongelmaan on puututtu jakaantuu selkeästi omaisilta saatavaan tukeen puolessa tapauksista ja hoitohenkilökunnan sekä työtovereiden antamaan tukeen puolessa tapauksissa. Muita tukitahoja ovat olleet sairaala- /vuodeosastojakso ja lääkärien antama tuki. Edunvalvonnasta on koettu olevan tukea tapauksista, silloin on asiakkaalta saatu käteisvaroja rajoitetuksi ja alkoholin hankinta on vaikeutunut.

“ Vaikea asia koska aina joku kantaa viinaa. Kerran olen saanut maistraatin avulla asiakkaalta käteisvarat pois ja juominen loppui.”

Muutamissa vastauksissa mainittiin sosiaalitoimisto, A-klinikka, Toivontalo ja Sillanpieli. Myös alkoholistien hoitolasta on ollut työntekijä kotipalvelun apuna.

“ Joskus kävi alkoholistien tuki-asuntolasta työntekijä meidän tukena.”

Osa vastaajista on jäänyt kokonaan ilman tukea asiaan puuttuessa.

“ Tukea on ollut huonosti. Taitaa silti johtua siitä että kaikki apu käytöksen muuttamiseen lähtee henkilöstä itsestä.”

Vastaajat olisivat toivoneet puuttumistilanteissa ammattiapua 21% vastauksissa.

“ Päihdetyöntekijän aktiivista seuraamista ja ohjausta juuri niiden vaikeiden aikojen aikana. Usein on niin, että jos pullon avaamista pystyy siirtämään se siirtyy pitkäksi aikaa tai jää kokonaan pois.”

“ Ammattiauttajan tukea. Nykyään käytettävissä psykiatrinen sairaanhoitaja, joka on hyvä juttu.”

Myös omaisilta saatu tuki olisi voinut 14% vastauksissa olla suurempaa.

“ Enemmän omaisten tukea.”

“ Omaiset voisivat jättää viinan tuomisen.”

Lisäksi vastauksista tuli esiin selkeän toimintamallin tarve puuttumistilanteeseen, tietynlaista jämäkkyyttä asian hoitamisessa ja parempia hoitoon pääsy mahdollisuuksia.

Yhtenäisiä toimipaikan sisäisiä toimintaohjeita puuttumiseen ei juurikaan vastaajien mukaan ollut. 39 % vastaajien työpaikoista toimintaohjeet asiaan puuttumisesta puuttuivat kokonaan.



“ Ohjeita ei ole laadittu vaan olemme yhdessä työtovereiden kanssa suunnitelleet toiminnan.”

“ Ei mitään selvää toimintamallia. Ne auttavat joilla on pitkä työkokemus asiasta.”

Puolet vastaajista kertoivat heillä olevan ohjeistuksena keskustella asiasta omaisten sekä muun työryhmän kanssa ja yhdessä mietitään asiaan ratkaisua.

“ Keskustelua ja “pullot piiloon”, lisäksi seurataan.”

“ Keskustellaan ja yritetään auttaa hoitoon.”

“ Mietitään työporukassa ja tarvittaessa pyydetään pomolta apua.”

Osassa paikoista on ohjattu tekemään parikäynti sellaisen ikääntyvän luo, jolla on alkoholiongelmia ja tiivistämään seuranta.

“ Mennään suoraan työparina puhumaan asiasta. Otetaan yhteyttä sairaanhoitajaan/lääkäriin. Viestitetään omaisille.”

“Tarvittaessa kotikäynnit parin kanssa. Asiakkaan taustoja selvitetään ennen kotikäyntiä ja ennen ensimmäistä käyntiä otetaan puhelimitse yhteys.”

Ikääntyneiden alkoholiongelmiin puuttumiskäytäntöön koskevaan kysymykseen vastaamatta oli jättänyt 68 %. Ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen panostaisi 33 % vastanneista. 25 % satsaisi enemmän henkilökunnan koulutukseen, loisi puuttuvia toimintamalleja ja palkkaisi lisää henkilökuntaa töihin. Vastauksissa toivottaisiin myös juuri ikääntyneille alkoholisteille sopivia hoitopaikkoja, ikään kuin

dementiayksikköjä alkoholiongelmista kärsiville ikääntyneille. Pakkohoito ilman alkoholiongelman omaa suostumusta ja ajokortin poisottaminen nopeasti tuotiin esille vastauksissa.

“ Lakimuutos, hoitoon myös ilman alkoholiongelman suostumusta, esim. omaisten, työntekijöiden ja ystävien kuuleminen.”

“Asiaan puututtaisiin heti kun se huomataan. Kotipalvelu saisi tukea ja neuvoja alanammattilaisilta.”

“ Jonkinlaista dementiayksikön kaltaista vastaavaa toimintaa tarvitaan.”

“Tulohaastattelussa kotisairaanhoidon asiakkaaksi tulevalta rutiininomainen kysymys suhtautumisesta alkoholiin. Paljonko käyttää myös “hienostorouvilta”.”

-

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksena, valmiiksi maksetut palautuskuoret olivat kyselykaavakkeiden mukana. Tästä huolimatta vastausprosentti jäi odotettua alhaisemmaksi ollen 48,4 %. Postikyselyjen suurimpiin riskeihin kuuluu vastauskato, joka tässä kyselyssä oli 51,6 % (Hirsjärvi ym.2005, 190). Nykyisiin survey-tutkimuksien vastausprosentteihin verrattuna on tulos tyydyttävä.

Sain vastaukset asettamiini tutkimusongelmiin. Suurimmaksi osaksi vastaajat olivat kuvailleet monipuolisesti ja kattavasti sitä, kuinka ikääntyneen kotihoidon asiakkaan liiallinen alkoholin käyttö vaikeuttaa heidän työtään ja sitä miten se vaikeuttaa myös asiakkaan hoitoa ja kohtaamista. Lähes puolet vastanneista työntekijöistä oli sitä mieltä, että ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt heidän työuran aikana. Kansaneläkelaitoksen vuonna 2007 toteuttaman yli 65-vuotiaiden terveyskäyttäytymistutkimuksen mukaan alkoholinkäyttö 65-84 -vuotiaiden keskuudessa on lisääntynyt ja raittiiden osuus pienentynyt. Pääasiassa alkoholiongelmaiset ikääntyneet ovat miehiä, mutta enenevässä määrin myös ikääntyvillä naisilla on ongelmia alkoholinkäytössä. Varsinkin nykyinen viinin juomista suosiva kulttuuri lisää naisten käyttämää alkoholimäärää huomattavasti ja huomaamatta. Myöhään alkavassa suurkulutuksessa useimmiten liiallisesti juova on sukupuolelta nainen. Tapaukset joissa epäillään ikääntyneen käyttävän liiallisesti alkoholia koskevat useimmiten miehiä, mutta myös naisia. Muutamat vastaajista olivat huomanneet yhä useammin liikakäyttö epäilyn koskevan naista. Valtaosa vastanneista kotihoidon työntekijöistä olivat törmänneet ikääntyneiden alkoholinkäyttöepäilyihin. Lyhyt työura oli yhteydessä siihen, ettei epäilyihin ollut törmännyt. Vastanneiden kuntien kotihoidon asiakkaina on tällä hetkellä 35 sellaista asiakasta jolla on alkoholiongelma, samaan aikaan 22 asiakkaan kohdalla epäillään ongelmia alkoholinkäytön suhteen. Luku ei kerro koko totuutta, koska kyselyssä ei kysytty sitä kuinka monta asiakasta on kaikkiaan hoidettavana kuntien kotihoidossa. Työntekijöiden suhtautuminen ikääntyneiden alkoholinkäyttöön oli ammatin puolesta joko neutraalia tai kielteistä. Syyksi kielteiseen suhtautumiseen oli mainittu hoidon

vaikeutuminen arvaamattoman käytöksen vuoksi ja lääkityksen hankaloituminen.

Alkoholin liiallisen käytön tunnistaminen on vastaajien mukaan helpointa asiakkaan poikkeavan käytöksen vuoksi. Osassa tapauksissa asiakas on selkeästi humalassa. Usein kuitenkin tunnistaminen tapahtuu silloin kun ongelma on edennyt jo pitkälle. Ikääntynyt itse ja joskus omaisetkin peittelevät ongelmaa ja se vaikeuttaa tunnistamista. Juomista helposti salataan ja peitellään, jolloin työntekijän löytämä pullokätkö voi toimia perusteena epäillä ikääntyneen ongelmallista alkoholinkäyttöä. Alkoholin haju joko asiakkaan kotona tai asiakkaassa itsessä voi olla syy miksi asiakkaan juomista tarkkaillaan tiiviimmin. Kun työntekijän huoli on herännyt tulisi hänellä olla rohkeutta ottaa asia puheeksi. Tutkimuksessa tuli selkeästi ilmi että ikääntyneellä alkoholiongelmaisella on suurimmassa osassa tapauksista myös muita ongelmia. Monissa lähteissäkin todettiin alkoholinkäytön ja ikääntymisen mukanaan tuomat muutokset olevan kuin kaksiteräinen miekka. Liiallinen alkoholinkäyttö voidaan tulkita dementiaksi, mielenterveysongelmaksi tai masennukseksi. Tutkimuksessani vastaajat toivat esille mielenterveysongelmien liittyvän kiinteästi liialliseen alkoholinkäyttöön. Dementiaa ja lääkkeiden samanaikaista käyttöä on myös havaittavissa. Sekakäyttöä koskevassa kysymyksessä ei eroteltu sitä, onko alkoholin ja lääkkeiden samanaikainen käyttö tahallista vai tahatonta sekakäyttöä. Vastaustuloskaan ei ole silloin täysin luotettava. Lähes jokaisella ikääntyneellä kotihoidon asiakkaalla on jokin reseptivalmiste käytössä ja samanaikaista käyttöä on lähes pakostakin. Työntekijälle tilanne on ongelmallinen, lääkettä pitäisi toteuttaa mutta toisaalta lääkkeet sopivat huonosti tai ei ollenkaan yhteen alkoholin kanssa. Yhteisvaikutuksia on tutkittu vain vähän. Yhteisvaikutusten riski kasvaa sen mukaan mitä useampia valmisteita asiakkaalla on käytössä. Työntekijät kokivatkin lääkityksen toteuttamisen kolmanneksi suurimmaksi ongelmaksi ikääntyntä alkoholiongelmaista hoitaessaan. Suurin ongelma ikääntyneiden alkoholinkäyttäjien kohdalla on se, että alkoholin aiheuttamat haitat näkyvät nopeasti ikääntyneen yleiskunnossa. Yleiskunnan laskiessa kaatumisriski kasvaa. Omasta terveydestä sekä hygieniasta huolehtiminen ei enää onnistu entiseen tapaan. Muistiongelmat, arvaamattomuus, aggressiivisuus ja sopimattomien ehdottelu

olivat vastaajista työtä vaikeuttavia asioita, joiden takia ikääntyneen alkoholiongelmaan olisi saatava apua mahdollisimman pian.

Ikääntyneen alkoholiongelmaan puuttuessa työntekijä keskittyy keskustelemalla selvittämään liiallisen juomisen riskit sekä vaarat. Tätä ensimmäistä puuttumista varten työntekijät tarvitsevat rohkeutta ja riittävästi tietoa kertoa alkoholin vaikutuksista ikääntyneen kohdalla. Erilaiset puuttumisen avuksi tarkoitetut lomakkeet voivat toimia apuna huolen ilmaisemisessa. Kaikkien ammattiryhmien edustajat vastasivat hyvin toistensa kaltaisesti keskustelewansa asiakkaan ja omaisen kanssa. Sen jälkeen tarvittaessa ottavansa yhteyttä lääkäriin. Moniammatillinen yhteistyö onkin avainasemassa puuttumisen onnistumisessa. Kuitenkin usein puuttuminen on vaikeaa, koska ikääntyneet kiistävät juovansa liikaa tai että se on ongelma. Joko sitä ei tunnusteta ongelmaksi itse tai ei myönnetä. Tällöin asiakas suuttuu työntekijän puuttuessa heidän omiin asioihin. Varsinkin kun työskennellään asiakkaan omalla “reviirillä” ja heillä on itsemääräämisoikeus. Siihen vedotaan, että saavat itse päättää mitä tekevät ja työntekijät kuvittelevat asiakkaan ongelmat. Toisinaan asiakkaan ja omaisten on vaikea ymmärtää jopa pienen määrän aiheuttamat haitat.

Puolet vastaajista kertoi, ettei ikääntyneen alkoholiongelman kohtaamisessa ole mitään helppoa. Mitä enemmän vastaajalla oli ikää ja työvuosia sen enemmän varmuutta asiaan puuttumisessa on. Ikääntyneet koettiin vastauksissa hyväntuulisiksi ja keskustelulle avoimiksi asiaan puuttumistilanteessa. Useimmissa vastauksissa oli havaittavissa hyvin realistinen kuva kohdata ikääntynyt alkoholinkäyttäjää. Alkoholin ajatellaan kuuluvan osaksi kotihoidon työntekijöiden arkea ja siinä tiedostetaan vahvasti asiakkaan itsemääräämisoikeus. Asiakkaan suhtautuminen puheeksiottoon jännittää työntekijöitä, pääasiassa ongelmia vähätellään ja työntekijälle suututaan. Silloin työntekijällä tulee olla riittävästi varmuutta pitää kiinni siitä, että hänellä on huoli asiakkaan alkoholinkäytöstä. Työntekijän ilmaisema huoli yleensä kumotaan toteamalla sen olevan lääkettä johonkin vaivaan tai yksinäisyyteen ja yksinäisyyteen. Huolen puheeksiotto kannattaa kuitenkin aina vaikka keinot vastata kieltoon ovat vähäiset. Jämähä ote ja toistuva muistutus alkoholin haitoista koetaan parhaaksi

tavaksi puuttua asian mitätöintiin. Toisaalta kotihoidossa työ on muutenkin kiireistä, kuormittavaa ja voimavarat alkoholiongelmaisen kohtaamiseen voivat olla vähäiset, se kuitenkin kannatta koska sillä estetään ongelman vakavoituminen. Puheeksiottamisessa saatetaan miettiä sitä, kuinka asian esittää ikääntyneelle loukkaamatta tätä. Siksi työntekijät kokevatkin parhaaksi tavaksi tarttua asiaan kotikuntoisuuden kautta. Alkoholien haittojen vuoksi yleiskunto laskee niin nopeasti ettei kotona pärjää. Lisäksi oman terveyden edistäminen ja ylläpitäminen ovat huomioitavia seikkoja. Lääkityksen ja alkoholin yhteisvaikutuksista ei voi puhua myöskään liikaa. Tavallaan itse ongelmaan eli liiallisen alkoholinkäytön vähentämiseen ei puututa vaan puututaankin ongelmiin joita tulee jos juo liikaa. Työntekijät voivat miettiä vaikeutuuko heidän työ mikäli asiaan puututaan. Koskaan ei kannata syytellä eikä saarnata asiasta koska silloin tehdään hallaa yhteistyö- ja vuorovaikutussuhteelle.

Työntekijät kokevat merkittäväksi työyhteisöltä saatavan tuen, ilman sitä omat ponnistelut koetaan merkityksettömiksi. Lisäksi yhteiset toimintalinjaukset ovat merkittävässä asemassa työyhteisössä. Omaisilta saatava tuki puuttumistilanteessa on arvokasta, joskin sitä voisi olla enemmän. Häpeä saattaa estää omaisia näkemästä ikääntyneen alkoholiongelman, jolloin tukeminen sen vähentämiseen voi olla vaikeaa. Ammattiavun tarve puuttumistilanteissa tuli selkeästi esiin. Tähän saattaisi auttaa kotihoidon henkilökunnan kouluttaminen alkoholiongelmaisen kohtaamisessa. Silloin kun työntekijällä on riittävä tieto asiasta ja tarvittava tuki käytössä on kohtaaminenkin helpompaa. Monessa toimipaikassa vastaajien mukaan ei ollut minkäänlaisia toimintaohjeita mikäli ikääntyneellä asiakkaalla havaitaan alkoholiongelmia. Sen vuoksi jokaiseen toimipisteeseen olisi hyvä yhdessä luoda selkeä toimintamalli miten ongelmiin puututaan. Lisäksi ennaltaehkäisevästi voisi kaikkien asiakkaiden kanssa käydä läpi Otetaan selvää! - esitteen ja laittaa se asiakaskansion väliin. Rutiininomaisena toimenä se ei leimaisi ketään, mutta saattaisi paljastaa ongelmatapauksia. Valtakunnallisilla ohjeilla saataisiin kunnat pureutumaan ikääntyneiden alkoholiongelmiin ja kaikilla olisi suosituksen puitteista selkeä toimintamalli. Mikäli toimipaikalla oli ohjeita tilanteeseen jossa ikääntyneellä

epäillään alkoholinkäyttöä koskivat ne lähinnä keskustelua ikääntyneen, omaisten ja työryhmän kanssa jolloin yhdessä asiaan pohditaan ratkaisua. Toisissa paikoissa ohjeena on käydä alkoholi-ongelmaisen ikääntyneen luona pareittain. Monissa paikoissa yhteiset toimintalinjaukset puuttuvat, jolloin työntekijän rohkeus tarttua asiaan ja aktiivisuus toimia asian eteen ratkaisevat.

Tutkimuksessani tulokset olivat yhtenevät aiempien tutkimustulosten kanssa. Alkoholiongelmat eivät työntekijöiden mielestä olleet niin häiritseviä ja yleisiä kuin ajattelin tutkimuksen aloittaessani. Toimipisteissä oli muutama vanhus joille alkoholi oli iso ongelma ja työntekijöiden voimia kysyttiin heidän kohtaamisessa. Useimmat asiakassuhteet olivat pitkiä, vuosia kestäneitä jolloin työntekijän ja asiakkaan välille oli syntynyt kiinteä suhde. Sellaisessa asioiden puheeksiottaminen oli mutkattomampaa ja asioista puhuttiin suoraan oikeilla nimillä. Vastajaan lyhyempi työkokemus oli yhteydessä siihen kuinka asioista puhuttiin. Puheeksiottamisessa oli havaittavissa tiettyä arkuutta. Myös alkoholiongelmaa epäiltiin harvemmin jos työkokemusta oli vain vähän. Mittaria laadittaessa pohdin aiempien tutkimusten valossa sitä, mitä tahdon tietää ja vastausvaihtoehdot pohjautuivat aiempien tutkimusten tuloksiin. Näin ollen oman tutkimukseni tulokset olivat hyvin yhtenevät muiden tutkimuksien tulosten kanssa. Ilman valmiita vastausvaihtoehtoja tuloksissa olisi voinut olla enemmän eroavaisuuksia. Näin ollen mittarin reliabiliteetti olisi voinut olla parempi. Mittarin validiteetti oli hyvä, mittari mittasi sitä, mitä halusin ikääntyneiden alkoholiongelmaista tietää ja sain kaikkiin kysymyksiin vastauksen. Kysely olisi voinut olla selkeämpi ja joidenkin kysymysten kohdalla oli hieman toistoa. Kysymysten asettelu oli looginen ja kysely eteni sujuvasti. Ajankäytön suhteen olisin voinut olla tehokkaampi. Elämäntilanteesta johtuvia viivytyksiä tuli paljon ja aikataulut ei näin ollen onnistunut. Työ valmistui suunnitelmista poiketen vasta marraskuussa 2009.

## 7. JATKOTUTKIMUSHANKKEET

Työn tekemisen aikana nousi selkeästi esiin tarve yhdenmukaisille suosituksille, joita kaikki työpisteen hoitajat noudattavat. Tällaiset tunnistamista ja puuttumista helpottavat toimintaohjeet olisi hyvä olla kaikissa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon toimipaikoissa ja niin että ne ovat jokaisen hoitajan käytettävissä.

### Lähdeluettelo

Aejmelaesus, R. & Kan, S. & Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön - osaamista hyvään arkeen. WSOY. Helsinki.

Aira, M. 2005. Lääkärilehti. Viinaa lääkkeeksi? Alkoholineuvontaa vanhuksille - mutta minkälaisista? 2005;60 (33) : 3137-3139.

Alkoholiohjelma 2004-2007. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja.

Arnkil, T. & Eriksson, E. 2005. Huoli puheeksi - opas varhaisista dialogeista.

[http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/asiakaslahtoinen\\_arviointi-1.pdf](http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/asiakaslahtoinen_arviointi-1.pdf).

Havio, M. & Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Tammi. Helsinki.

Hirsjärvi, S. & Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kustannus oy Tammi. Helsinki.

Heino, T. 2007. Asiakaslähtöinen arviointi Seniori-hankkeessa. Diplomatyö. Kirkkopalvelut ry. Tyynelän kehittämiskeskus.

Ikonen, E-R. & Julkunen, S. 2007. Kehittyvä kotihoito. Edita. Helsinki.

Jyrkämä, J. 2008. Ikääntymisen ja alkoholin käytön muuttuvat näkymät. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.). Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki. Sininauhaliitto, 11-20.

Kankainen, T. 2005. Sosiaaliturva-lehti, 15/2005. Artikkelissa Estääkö häpeä puuttumisen vanhuksen juomiseen? 28-29.

Kejonen, A. 2007. Ikäihmiset ja alkoholi. Itä-suomen lääninhallitus, Joensuun palveluyksikkö. [verkkodokumentti]. Joensuu.  
<https://rtstm.teamware.com/resource.phx/alkoholi/julkaisuja/otetaanselvaa.htx.i825.doc>



- Laapio, M-L. 2008. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki. Sininauhaliitto, 47-57.
- Laine, V. 2006. Kansantaloudellinen aikakauskirja - 102.vsk-3/2006, Kunta- ja palvelurakennemuutoksen lähtökohdista ja tavoitteista, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Parviainen, T. 2005. Ikääntyvien elintapojen muutokset ja niiden tuomat paradoksit. Ikäinstituutti[verkkodokumentti]. Päihdepäivät. Tampere.  
[http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/paihdepaivat\\_tuire\\_parviainen2005.rtf](http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/paihdepaivat_tuire_parviainen2005.rtf).
- Pyhäjoki, J. 2008. Dialogisuuspäivä. Varhainen puuttuminen, avoin yhteistyö ja dialogisuuden edistäminen perheiden ja ammattilaisverkostojen kanssa. [verkkoaineisto]. Lahti. [www.edu.lahti.fi/~tukipro/cgi-bin/dialogisuuskoulutus.ppt](http://www.edu.lahti.fi/~tukipro/cgi-bin/dialogisuuskoulutus.ppt).  
  
[http:// www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnanopas-print/](http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnanopas-print/)
- Saarelainen, R. & Stengård, E. & Vuori-kemilä, A. 2005. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. WSOY. Porvoo.
- Saarenheimo, M. 2003 Vanhuus ja mielenterveys, arkielämän näkökulma. WSOY. Helsinki.
- Stm.2006. Alkoholiolot Eu-Suomessa. Kulutus, haitat ja politiikan kehitys 1995-2005. Helsinki.  
  
[www.stm.fi/vanhuspolitiikka](http://www.stm.fi/vanhuspolitiikka), esitteitä 1999:4  
  
[http:// www.stm.fi/resource.phx/socius/socius-12005/sivu6.htx?template=print](http://www.stm.fi/resource.phx/socius/socius-12005/sivu6.htx?template=print)
- Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu- tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaita ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48.
- Suhonen, H. 2005. Tiimi-lehti. Ikääntyneiden päihdeongelma - mistä oikein on kysymys? 2/2005.
- Sulander, T. & Helakorpi, S. & Nissinen, A. & Uutela, A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993-2005. Ktl:n julkaisuja B1 2006. Helsinki.
- Suominen, K. & Vuorinen, M. 1999. Kotihoidon arki & etiikka. Tammer-paino oy. Tampere.
- Taipale, V. & Lehto, J. & Mäkelä, M. & Kokko, S. & Muuri, A. 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. WSOY. Porvoo.

[http:// www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk\\_vaesto.html#vaestorakenne](http://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaestorakenne)

[www.tippavaara.info/hanke\\_pahkinankuoressa/?session=54965765](http://www.tippavaara.info/hanke_pahkinankuoressa/?session=54965765).

Vallenjo Medina, A. & Vehviläinen, S. & Haukka, U-M. & Pyykkö, V. & Kivelä, S-L.  
2006. Vanhustenhoito. WSOY. Helsinki.

Liite 1.

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haen opinnäytetyötäni varten lupaa kyselytutkimuksen suorittamiseksi. Kysely toteutetaan Satakunnan alueella 4 kunnassa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökunnalle. Opinnäytetyöni liittyy hoitotyön opintoihini Satakunnan ammattikorkeakoulun Harjavallan yksikössä ja toteutetaan yhteistyössä Sentteri-hankkeen kanssa.

Kyselylomakkeet tutkija toimittaa suoraan työpaikoille, vastaukset palautetaan postitse. Kysely toteutetaan helmi-maaliskuussa 2009.

Lomakkeiden toimittamista varten pyydän nimeämään yhteyshenkilön/yhteyshenkilöt kuntanne kotipalveluun ja kotisairaanhoidon.

Aineisto käsitellään salassapitosäännösten mukaisesti. Kyselyyn vastataan nimettömästi eikä kunta tai työpaikka, jossa kukin vastaaja työskentelee selviä kyselyn toteuttajalle. Kyselyn saatekirjeessä todetaan, että vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset annetaan nimettöminä.

Sitoudun toimittamaan valmiin opinnäytetyön sähköisesti kaikkiin osallistuneisiin kuntiin. Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika on kesällä 2009.

Toivon saavani päätökset tutkimusluvasta oheisessa kuoressa toimitettuna viimeistään [1.2.2009](#) mennessä.

Opinnäytetyön ohjaaja

Hanna Hyttinen  
Satakunnan ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala  
Myllykatu 10, 29200 Harjavalta  
XXXXXXXX

Liite 2.

Hyvä vastaanottaja!

Teen opinnäytetyötä aiheesta “Ikääntynyt alkoholinkäyttäjä - ongelmien tunnistaminen ja puheeksiottaminen“. Kysely on suunnattu Satakunnan alueen kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökunnalle.

Opinnäytetyön tavoitteena on kerätä uutta tietoa ikääntyneiden alkoholinkäytön tunnistamisesta ja asian puheeksi ottamisesta. Opinnäytetyö toteutetaan Satakunnan ammattikorkeakoulun Harjavallan yksikköön ja yhteistyössä senioripalvelujen kehittämishanke Sentterin kanssa.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa noin 10 minuuttia. Täytetty lomake suljetaan oheiseen kuoreen ja palautetaan nimettömänä postissa. Postimaksu on maksettu. Jokaisen työntekijän vastaus on tulosten kannalta tärkeä. Tuloksia käytetään kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökunnan osaamisen ja palvelujen kehittämiseksi.

Pyydän vastaamaan kyselyyn mahdollisimman pian, viimeistään toukokuun 22.päivään mennessä.

Kiitän vastauksestasi etukäteen!

Liite 3.

## Ikääntyneiden alkoholinkäyttöön puuttuminen - Kysely kotipalvelun ja kotisairaanhoidon henkilökunnalle

Kysely toteutetaan Satakunnan alueella kotisairaanhoidon ja kotipalvelun työntekijöille. Kyselyyn on tarkoitus vastata työkokemuksen perusteella.

### Vastaajaa koskevat tiedot

1. Ammattinimike \_\_\_\_\_

2. Ikäryhmä

1. Alle 20 vuotta \_\_\_\_

2. 20-39 vuotta \_\_\_\_

3. 40-59 vuotta \_\_\_\_

4. 60-65 vuotta \_\_\_\_

3. Työkokemuksen pituus

1. Alle 5 vuotta \_\_\_\_

2. 5-9 vuotta \_\_\_\_

3. 10-14 vuotta \_\_\_\_

4. 15 vuotta tai yli \_\_\_\_

3 b. Kuinka kauan olet työskennellyt nykyisessä työpaikassasi? \_\_\_\_\_ vuotta

### Ikääntyneiden alkoholinkäyttöä koskevat kysymykset

4. Miten suhtaudut ikääntyneiden alkoholinkäyttöön?

1. Myönteisesti \_\_\_\_

2. Neutraalisti \_\_\_\_

3. Kielteisesti \_\_\_\_

Miksi? \_\_\_\_\_

5. Oletko työurasi aikana törmännyt ikääntyneen alkoholinkäyttöepäilyihin?

1. Kyllä \_\_\_\_

2. Ei \_\_\_\_

Mikäli vastasit kysymykseen 5 "ei", siirry suoraan kohtaan 9.

6. Minkälaisen näytön perusteella epäily on herännyt?

1. Asiakas humalassa \_\_\_\_
2. Kalja- tai viinapullokatköt \_\_\_\_
3. Alkoholin haju asiakkaan kotona \_\_\_\_
4. Alkoholin haju asiakkaassa \_\_\_\_
5. Asiakkaan poikkeava käytös \_\_\_\_
6. Omaisen tai muun läheisen huoli \_\_\_\_

Jokin muu? \_\_\_\_\_

7. Kuinka montaa ikääntynyttä alkoholiongelmaista olet hoitanut tai hoidat parhaillaan? Ilmoita lukumäärät.

1. Alkoholiongelmaisia nyt \_\_\_\_
2. Alkoholiongelmaisia viimeksi kuluneen vuoden aikana \_\_\_\_
3. Alkoholiongelmaisia viimeksi kuluneen kolmen vuoden aikana \_\_\_\_

8. Kuinka montaa ikääntynyttä alkoholiepäilyä olet hoitanut tai hoidat parhaillaan? Ilmoita lukumäärät.

1. Epäilyt nyt \_\_\_\_
2. Epäilyt viimeksi kuluneen vuoden aikana \_\_\_\_
3. Epäilyt viimeksi kuluneen kolmen vuoden aikana \_\_\_\_

9. Mitä muita ongelmia ikääntyneillä alkoholiongelmaisilla tai epäilyillä on ollut?

1. Sekakäyttöä(lääkkeet + alkoholi) \_\_\_\_
2. Mielenterveysongelma \_\_\_\_
3. Dementia \_\_\_\_

Jotain muuta, mitä? \_\_\_\_\_

---

10. Ikääntyneistä käyttäjistä enemmistö on ollut

1. Naisia \_\_\_\_
2. Miehiä \_\_\_\_

11. Lukumäärällisesti enemmän epäilyjä on ollut

1. Naisilla \_\_\_\_
2. Miehillä \_\_\_\_

12. Kuinka ikääntyneiden alkoholinkäyttö on muuttunut työurasi aikana?

1. Vähentynyt \_\_\_\_
2. Pysynyt ennallaan \_\_\_\_
3. Lisääntynyt \_\_\_\_

13. Mitkä seuraavista vaihtoehdoista liittyvät ikääntyvien alkoholiongelmaan?

1. Asiakkaan ärtyneisyys \_\_\_\_
2. " aggressiivisuus \_\_\_\_
3. " arvaamattomuus \_\_\_\_
4. " ahdistelu \_\_\_\_
5. " sopimattomien ehdottelu \_\_\_\_
6. " terveyden laiminlyönti \_\_\_\_
7. " sairauden hoito epäonnistuu \_\_\_\_
8. " painonnousu \_\_\_\_
9. " verenpaineen vaihtelu \_\_\_\_
10. " verensokerin vaihtelu \_\_\_\_
11. " hygienian laiminlyönti \_\_\_\_
12. " lääkityksen vaikeutuminen \_\_\_\_
13. " kaatumisriski \_\_\_\_
14. " muistiongelmat \_\_\_\_

Joku muu, mikä? \_\_\_\_\_

14. Jos huomaat ikääntyneellä asiakkaalla ongelmia alkoholin kanssa, miten toimit/  
miten oletat toimivasi?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15. Mikäli olet yrittänyt puuttua ikääntyneen asiakkaan alkoholinkäyttöön, millaista

tukea on ollut käytettävissäsi?

---

---

16. Mikäli olet yrittänyt puuttua ikääntyneen asiakkaan alkoholinkäyttöön, millaista tukea olisit toivonut?

---

---

Vastaa kysymyksiin 17-20 vain, jos hoidat nyt tai olet hoitanut alkoholiongelmasta ikäihmistä.

17. Mikä on vaikeaa ikääntyneen alkoholiongelmaisen kohtaamisessa?

---

---

18. Mikä on helppoa ikääntyneen alkoholiongelmaisen kohtaamisessa?

---

---

19 a. Kun olet ottanut ikääntyneen asiakkaan päihdeongelman puheeksi, kuinka asiakas on siihen suhtautunut?

---

---

19 b. Kuinka asian käsittelyä on jatkettu?

---

---

19 c. Mihin ratkaisuun on päädytty?

---

---

19 d. Tyydyttikö ratkaisu sinua?

1. Kyllä \_\_\_\_

2. Ei \_\_\_\_

20. Jos ikääntynyt asiakas kieltää alkoholinkäytön, mihin hän kokemuksesi mukaan yleisimmin vetoaa?



---

---

21. Mitä olet kieltoon vastannut?

---

---

22. Mitä puheeksiottamisessa kannattaa mielestäsi korostaa?

---

---

23. Mitä puheeksiottamisessa kannattaa mielestäsi välttää?

---

---

24. Mihin olet tyytyväinen nykyisessä tavassa puuttua alkoholiongelmaan?

---

---

25. Kuinka työpaikallasi on ohjeistettu toimimaan, mikäli asiakkaalla havaitaan alkoholinkäyttöä?

---

---

26. Miten muuttaisit ikääntyneiden alkoholiongelmiin puuttumiskäytäntöä?

---

---

---

---

Tarvittaessa voit jatkaa paperin kääntöpuolelle.

Vastaus palautetaan oheisessa kuoressa, jonka postimaksu on maksettu.

*Kiitos vastauksistasi!*