

Opinnäytetyö (AMK)
Sosiaalialan koulutusohjelma
Sosiaalipalvelutyö
2014

Minna Jalava

TIEDOT JA TAIDOT IKÄIHMISTEN PÄIHDETYÖSSÄ

– mitä opiskelijan tulisi tietää?



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Minna Jalava

Tiedot ja taidot ikäihmisten päihdetyössä

Opinnäytetyössäni tutkin opiskelijoiden näkökulmasta, mitä tietoa ja taitoa ikäihmisten päihdetyössä tarvitsee, jotta voisi tunnistaa ja puuttua ikäihmisten alkoholin käytön riskikulutukseen. Tavoitteenani on saada tietoa siitä, mitä opiskelijat ajattelevat, että olisi tärkeää osata päihdetyön kentällä, kun työskennellään ikäihmisten kanssa. Ikäihmisten päihdetyössä on omat erityispiirteensä, jotka työkentällä tulee huomioida. Päihdetyötä ei painoteta ammatti- ja korkeakoulutasoilla läheskään tarpeeksi; siksi otan nyt selvää, mitä tietoa ja taitoa opiskelijoiden tulisi koulutuksessaan päihdetyöstä saada.

Toimeksiantajana toimii Hasic-projekti, joka on kansainvälinen ikäihmisten terveellisiä elämäntapoja, sosiaalista aktiivisuutta ja kohtuullista alkoholinkäyttöä edistävä projekti. Hasic kuuluu kolmanteen terveysohjelmaan, jolla edistetään ikäihmisten hyvinvointia.

Aihetta lähestyn kvalitatiivisella tutkimuksella; pääpainoni opinnäytetyössäni on opiskelijoiden ryhmähaastattelulla, jossa teemoittain käsitellään tutkittavia aiheita. Haastattelutilanteen tarkoitus on vapaamuotoisen keskustelun keinoin tuottaa tietoa ikäihmisten alkoholin käytön riskeistä, tunnistamisesta, puuttumisesta, ja siitä, mitä osaamista edellä mainittuihin tarvitaan.

Vertailupohjaksi opiskelijoiden tuottamaan tietoon olen tehnyt myös kaksi asiantuntija-haastattelua, joita käytän pohdinnassani vertailuna. Tulokset osoittivat opiskelijoiden ja asiantuntijoiden samankaltaiset näkemykset; haastattelut tukivat toisiaan hyvin.

Ryhmähaastattelun tuloksista voidaan todeta, että opiskelijoilla on hyvä tietämys ikäihmisten alkoholin käytön riskeistä, hälytysmerkeistä ja puuttumisesta. Tuloksista käy hyvin ilmi myös osaamisen tarve päihdetyössä opiskelijan näkökulmasta; perustiedot päihteistä ja niiden vaikutuksista, päihteidenkäyttäjän kohtaaminen ja muutokseen motivoiminen koettiin olennaisiksi osaksi, ja kuulua päihdetyön koulutukseen.

ASIASANAT:

riskikulutus, päihdetyö, ikäihmiset, ennaltaehkäisy, osaaminen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Social services | Social service work

November 2014 | Total number of pages 44

Tiina Laakso

Minna Jalava

Knowledge in elderly person's substance abuse work

In my thesis I study in students point of view, what kind of knowledge does one need in order to recognize and intervene in elderly person's alcohol problem. My goal is to get information from students's point of view, what one needs to consider when working with elderly person with alcohol problem. In elderly person's alcohol abuse problems are characteristics that needs to be noticed. Preventing substance abuse problems is not part of trade school or universities nearly enough; that's why I'm finding out, what kind of knowledge the students should get about preventing substance abuse problems in their education.

My mandator in this thesis is the Hasic-project that is the third health care program. Hasic's aim is to support elderly people's welfare by healthy life choices, social activity and reasonable alcohol use.

I approach this subject by qualitative research; the main thing in this thesis is the student's group interview, where selected themes are discussed in quite free atmosphere. The aim of this group interview is to produce information about elderly people's alcohol problems, risks, recognition, intervention and prevention. Also the aim is to give us information of what kind of knowledge does one need in those subjects.

As a comparison to the group interview I have done two professional interviews. The results shows that the students have very similar point of views that the professionals have. As a result, the interviews supported each other well.

The group interview shows that the students have very good knowledge of the elderly persons drinking problem risks, alarm signs and prevention. The results also shows that the necessity of education in substance abuse area is needed in students point of view. Basic knowledge of drugs and alcohol, effects, confronting a person with substance abuse problem and motivating in the change was thought to be relevant.

KEYWORDS:

risk consumption, substance abuse work, prevention, elderly people, knowledge

SISÄLTÖ

1 Johdanto	6
2 Ikäihmiset ja päihteet	8
2.1 Ikäihmisten määrittelyä	8
2.2 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus	10
2.3 Ikäihmisten alkoholinkäyttö ja sen näyttäytyminen yhteiskunnassa	11
2.4 Normaalikäytöstä riskirajoille	14
2.5 Riskit ja haasteet ikääntyneiden päihteidenkäytössä	15
3 Ennaltaehkäisy	19
3.1 Alkoholin riskikulutuksen tunnistamisen vaikeus	19
3.2 Puheeksi otto ja muut työkalut puuttumiseen	21
3.3 Ennaltaehkäisevät palvelut	24
3.4 Arvostava kohtaaminen olennainen osa vanhustyössä	25
4 Päihdetyön osaamisen tarve	26
4.1 Asiantuntijuuden määrittäminen	26
4.2 Osaamisen tarve	27
4.3 Opetusministeriön linjaukset	28
5 Tutkimuksen toteutus	29
5.1 Tutkimuksen lähtökohdat	29
5.2 Kohderyhmän kuvaus	30
5.3 Aineiston keruu	31
5.4 Aineiston analyysi	33
5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	34
6 Tutkimuksen tulokset	36
6.1 Ryhmähaastattelun kulku	36
6.2 Riskitekijät opiskelijoiden näkökulmasta	37

6.3 Hälytysmerkit	38
6.4 Kenen pitäisi puuttua – opiskelijoiden ajatuksia	39
6.5 Päihdetyön osaaminen	41
7 Johtopäätökset ja pohdinta	43
7.1 Päätelmiä ryhmähaastattelusta	43
7.2 Ryhmähaastattelun tulosten vertaaminen asiantuntijoiden näkemyksiin	44
7.3 Opinnäytetyön arviointi	45
Lähteet	48
Liitteet	
Liite 1. Ryhmähaastattelun teemat	
Liite 2. Asiantuntijoiden kysymykset	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni asiakasryhmänä ovat ikäihmiset, eli 65+ vuotiaat, ja opinnäytetyön aiheena on, mitä tietoa ja taitoa ikäihmisten päihteidenkäytön ennaltaehkäisyyn, hälytysmerkkien tunnistamiseen ja ikääntyneen päihdeongelman kohtaamiseen tarvitaan. Aihetta lähestyn opiskelijoiden näkökulmasta.

Teen opinnäytetyöni Hasic-hankkeelle, joka on kansainvälinen, 65+ vuotiaiden eurooppalaisten ikäihmisten terveyttä ja hyvää elämänlaatua edistävä hanke. Hasicin tavoitteena on edistää ikäihmisten terveyttä, liikunnallisuutta, kohtuullista alkoholin käyttöä sekä sosiaalisuutta. Hasic käynnistyi tammikuussa 2014, ja sen kesto on 30 kuukautta. Hasicin yhtenä pyrkimyksenä on ikäihmisten kanssa työskentelevien koulutuksen kautta edistää ikäihmisten palveluja, sekä lisätä palvelujen kannattavuutta ja laatua.

Suomessa Hasicin yhteistyökumppanina toimii Turun Ammattikorkeakoulu. Hasicin rahoittajana toimii Euroopan parlamentti, joka hyväksyi vuosiksi 2014–2020 kolmannen terveysohjelman, jonka myötä edistetään kansainvälistä yhteistyötä terveyden edistämiseksi sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ammattitaidon kohentamiseksi. (europa.eu)

Itse kytkeydyin Hasic-hankkeeseen miettiessäni opinnäytetyöni aihetta. Halusin tutkia jotakin päihteisiin liittyvää, mutta ikäihmiset olivat myös toinen kiinnostuksen kohteeni. Sain yhteysopettajaltani, Maija-Liisa Aronpäältä, joka kuuluu Hasic-projektiin ammattikorkeakoulun puolesta, aiheen opinnäytetyölleni. Tutkimusongelmani on, mitä tietoa ja taitoa opiskelijat, tulevaisuuden työntekijät, tarvitsevat kohdatakseen ja tunnistaakseen ikäihmisten päihteidenkäyttöä.

Ikäihmisten keskuudessa päihteidenkäyttöä on ollut varmasti aina, mutta viime vuosina siihen on todella alettu kiinnittää huomiota. Ikäihmisten kohdalla yleisin päihde on alkoholi, ja sen vuoksi käsittelen sen riskikulutusta opinnäytetyössäni. Ikäihmisten alkoholinkäytössä on muihin asiakasryhmiin nähden erityispiirteitä. Opinnäytetyössäni käyn läpi ikäihmisten alkoholin käyttöä yleisellä tasolla, sen

erityispiirteitä ja sen näyttäytymistä, sekä ennaltaehkäisyä. Päihdetyön ennaltaehkäisy on osa laaja-alaista terveyden edistämistä, johon kuuluu päihdetyön ennaltaehkäisyn kautta turvallisuuden ja terveyden edistäminen, päihteettömyyden ja hyvinvoinnin lisääminen sekä päihdehaittojen ehkäiseminen. (Opetusministeriö 2007). Olen myös selvittänyt, mitä osaamista päihdetyössä nykyään vaaditaan ja mitkä ovat tiivistetysti opetusministeriön linjaukset siihen. Toisessa osassa, tutkimusosassa, olen opiskelijoiden ryhmähaastattelulla selvittänyt heidän näkemyksiään näihin teemoihin liittyen, sekä haastatellut kahta ikäihmistä kanssa jo pitkään työskennellyttä, ja vertaan heidän kokemuksiinsa niihin vastauksiin, joita olen saanut opiskelijoilta. Opiskelijoiden haastattelulla pyrin saamaan tietoa siitä, mitä heidän mielestään koulutukseen olisi hyvä sisältyä, ja minkä he olisivat kokeneet tarpeelliseksi oppia koulussa, jotta heillä olisi valmiuksia kohdata ikäihmistä päihteidenkäyttöä.

Hasicia edeltäneitä projekteja ovat mm. Selvä suunta ja Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi-projektit. Selvä suunta on vuonna 2012 päättynyt, ikäihmistä päihteidenkäyttöön ja mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn suuntautunut hanke, joka toteutettiin yhteistyössä senioreiden itsensä, eli oman ikäryhmänsä asiantuntijoiden kanssa. Selvä suunta-hankkeesta koottiin myös ryhmäkäsikirja, jossa otetaan huomioon eri elämäntilanteet, ja elämän eri osat alueet. Rahoittajana toimi sosiaali- ja terveysministeriö sekä Turun ammattikorkeakoulu.(selvasuunta.fi)

Liika on aina liikaa-hanke toimi vuosina 2005–2008 ja sen rahoitti Raha-automaattiyhdistys. Hanke syntyi tarpeesta tuottaa ikäihmisille uudenlaisia päihdepalveluja. Liika on aina liikaa-hankkeesta syntyi ns. monitoimimalli, jossa yhdistyy vanhus- ja päihdetyön osaaminen. Hanketta koordinoi Sininauhaliitto. (sininauhaliitto.fi)

Hasic on nyt jatkoa kyseisillä projekteille. Mikä tekee Hasicista vieläkin kiinnostavamman ja tuo uutta näkökulmaa, on sen kansainvälisyys. Hasicissa panostetaan alkoholin kohtuukäytön ohella ikäihmistä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin.

2 IKÄIHMISET JA PÄIHTEET

2.1 Ikäihmisten määrittelyä

Vanhuuden määrittely on monen eri osatekijän summa. Vanhuus on kokemuksia, viisautta, elettyä elämää, muistoja, elämän asteittaista seestymistä. Toisaalta vanhuus on myös kehon rappeutumista, sairauksia, aivojen ja muistin vanhentumista. Vanhuutta voi määritellä eri tavoin, mutta riippumatta siitä, miten vanhuus määritellään, tulisi tämäkin ikäkausi ottaa huomioon ja arvostaa yhteiskunnan yhtenä ryhmänä, joka on elämää nähnyt ja oman osansa tuonut yhteiskunnalle. Suhosen mukaan käsitykset vanhuudesta voivat olla hyvinkin tulkinnan varaisia, kun vanhat ja uudet käsitykset sekoittuvat. Tilanteet ja tulkinnat, kokemukset ja arvostukset, ihmiset ja käsitykset kohtaavat. (Suhonen 2005, 6)

Vanhuus on kokemuksena kaikille yksilöllinen. Silti miellämme vanhukset helposti yhdeksi massaksi, jossa jokainen vanhenee samalla tavoin, ja tietyt stereotyyptit värittävät käsitystämme vanhuudesta. Mutta vanhuus ei ole se, mikä määrittelee ihmistä, oli hänen ikänsä mikä hyvänsä. Vanhuksella on ainutlaatuiset elämäkokemukset, muistot ja yksilöllisyys. Toiveet ja tavoitteet vanhuudesta voivat olla hyvinkin erilaiset; joku toivoo rauhaa ja lepoa eläkepäiviinsä, joku haluaa pitää elämänsä aktiivisena eläkkeelläkin. Joku panostaa terveyteen ja sosiaalisuuteen, joku toinen vetäytyy syrjään ja täyttää päivänsä toisin. Ihmistä ei voi niputtaa yhteen muottiin. (Viljanen & Levo 2010, 71).

Vanhuus mielletään usein pelottavaksi asiaksi. Se koetaan menetysten ja muutosten aikana, jolloin oma keho ikääntyy ja sairauksien kautta rappeutuu, oma toimintakyky heikkenee, ystävät ja vanhemmat sukulaiset sairastuvat ja menehtyvät. Oma tilanne saattaa vaatia kotoa muuton ja alistumisen toisten huolenpidolle. Vuorovaikutus näissä muutoksissa on tärkeää, ja vanhuuden hyväksyminen, sekä työntekijällä sen näkeminen, että vanhus ei ole tietyllä muotilla elävä eikä toimiva, vaan ainutlaatuinen yksilö. (Siltala 2013, 8-9)

Käsitykset vanhuudesta ovat viime vuosien saatossa alkaneet muuttua. Siinä missä ennen oli vallalla käsitys vanhuudesta raihnaisuuden, rappeutumisen ja syrjäytyneisyyden aikakautena, ovat käsitykset muuttumassa ja korostamassa tätä ikäkautta aktiivisuuden, sosiaalisuuden ja voimavaraistuneen ja laadukkaan elämän aikakautena. (Suhonen 2005, 6)

Vanhuudessa tapahtuu väistämättä muutoksia verrattuna entiseen elämään. Avain on siinä, että löytää tasapainon muutoksien ja aikaisemman elämän välillä. Riittävä tasapaino elämän eri osa-alueilla ja esteetön fyysinen ympäristö auttavat säilyttämään henkisen hyvinvoinnin. Riittävä unensaanti, virikkeellisyys, terveelliset elämäntavat ruokavalioineen ja liikuntaharrastuksineen luovat tasapainoa elämään. Tärkeää on myös tuntee kuuluvansa johonkin ja tunne siitä, että on läheisiä elämässä, luovat henkistä hyvinvointia. (Heikkinen & Marin 2002, 31.)

Ennen vanhuuden koettiin alkavan eläkkeelle jäännistä, eli n. 65 vuotiaana. Nykyään asiaa ei koeta enää niin mustavalkoisena, vaan työiän ja vanhuuden väliin on syntynyt ns. kolmas ikä, joka alkaa 55 vuotiaana ja päättyy 80 vuoden tienoilla, kun vanhuudeksi kutsuttu ikäkausi alkaa. (Levo 2008, 9). Suhosen (2005) mukaan ikäihmisten määrittely on tuo kolmas ikä, ja vanhuudeksi kutsutaan sen jälkeen alkavaa aikakautta. (Suhonen 2005, 6). Ikäihmisiä ei enää nähdä pelkästään eläkkeelle jääneinä, yhteiskunnasta hiljalleen syrjäytyvinä vanhuksina, vaan he synnyttävät uudenlaisia käsityksiä henkisesti rikkaalla elämäntyyllillään, uusilla kokemuksillaan ja laadukkaalla elämällä. Ikäihmisten toimintakyky ja elämänlaatu ovat aikaisempaa paremmat, heillä on edeltäjiään paremmat mahdollisuudet elämän nautintoihin, parempiin tuloihin, terveyteen ja sosiaalisuuteen. Varallisuutta ja henkistä pääomaa on edeltäjiään enemmän. (Levo 2008, 9.)

Ikäihmisten ja vanhusten kanssa työskentelevillä on tärkeä rooli. Työntekijä voi auttaa ikäihmistä hyväksymään elämäntilanteensa ja kohtaamaan sen, näkemään tämän aikakauden yhtä rikkaana ja kokemuksellisena kuin menneisyyden. Eläkkeelle jäännin ja vanhenemisen ei tarvitse olla lopun odottamista, vaan elämäntilanne, jossa on aikaa itselle ja uusille kokemuksille. Kohtaamalla ikäihmisen yksilönä, jolla on vielä paljon annettavaa elämälle, sekä kunnioittamalla hänen kokemuksiaan ja tietoaan, voi työntekijä avata ovia asiakkaalleen. Työntekijän

tulee kuitenkin huomioida kaikki asiakkaansa, oli heillä avuntarvetta tai ei. Etenkin ne, jotka helposti vetäytyvät syrjään, voivat olla niitä, jotka tarvitsevat eniten tukea ja vuorovaikutusta. Yhteiskunnassa ovat aikaisemmat käsitykset vanhuudesta alkaneet väistyä, ja rikkaudet sekä riskit vanhuudessa on alettu hahmottaa uudella tavalla. Vanhuuden moninaisuus nähdään rikkautena, mutta myös vanhusten syrjäytyminen, päihteidenkäyttö ja yksinäisyys on asia, johon on alettu uudella tavalla kiinnittää huomiota.

2.2 Ikäihmisten palvelujen laatusuositus

Ikäihmisten palveluille on määritelty laatusuositus, (Stm, 2008) joka ohjaa palvelujen tarkoituksenmukaisuutta, riittävyttä ja laatua. Koska suuret ikäryhmät vanhenevat, ovat ikäihmisten palvelut entistä suuremmassa osassa. Laatusuosituksilla halutaan taata tasavertaiset ja laadukkaat palvelut kaikille ikäihmisille. Laatusuositusten kautta pystytään myös seuraamaan, toteutuvatko asetetut tavoitteet vanhustyössä, sekä seuraamaan vanhustyön laatua, riittävyttä ja palvelujen saatavuutta eri kunnissa. Suhosen mukaan (2010) ikäihmiset jäävät tarpeineen yhteiskunnassa kuitenkin vähemmälle huomiolle, ja tämä heijastuu myös palvelujen laatuun. Tämä johtuu siitä, että ikäihmisten osaamiselle, elämäkokemuksille ja henkiselle rikkautelle ei ole yhtä paljon käyttöä yhteiskunnassa kuin nuorten, opiskelevien tai työtätekevien ikäryhmien. Tästä johtuen ikäihmisten palvelujärjestelmään panostetaan vähemmän, heidän ongelmiaan ei huomioida samalla tavoin. Tämä koskee niin sosiaali- kuin terveyspalvelujakin. (Suhonen 2010, 73.) Viljasen ja Levon (2010) mukaan on hienoa, että lapsiin ja nuoriin panostetaan yhteiskunnassa, mutta ikääntyneet eivät saisi jäädä näkymättömiin palvelujärjestelmässä. Eivät edes ne, jotka eivät palveluja aktiivisesti käytä. (Viljanen & Levo, 2010, 71).

Ensimmäinen laatusuositus on annettu keväällä 2001, jonka tavoitteena on taata kunnissa tasavertaiset, ikäihmisille soveltuvat palvelut, jotka takaavat mahdollisimman pitkään kotona pärjäämisen ja tuen saamisen, sekä tätä kautta laitoshoidon vähenemisen. Laitoshoidon vähenemisellä karsitaan myös sosiaali- ja terveyspalvelujen kuluja. Suosituksissa esitetään strategisia linjauksia ikäihmisten palveluiden parantamiselle: hyvinvointi ja terveys, henkilöstö ja johtaminen sekä

asuin- ja hoitoympäristö. Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Ikäihmisten kohdalla tämä tarkoittaa erityisesti oikeuksia sosiaaliturvaan, sosiaali- ja terveyspalveluihin, yhdenvertaisuuteen ja välttämättömään huolenpitoon. Nämä arvot ovat lähtökohta palveluiden kehittämiseksi. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 9-10, 12) Laatusuositukset painottavat terveyden edistämisen näkökulmaa. Terveyden edistäminen on pähkinänkuoressa ikäihmisen vanhuuden turvaamista, terveellisten elämäntapojen ja aktiivisuuden tukemista, sairauksien ehkäisyä, sairauksien hoitoa ja varhaista puuttumista ja ennalta ehkäisyä kunnan huononemiseen, kehon ja mielen hyvinvoinnin tukemista ja liikuntamahdollisuuksien tarjoamista sekä mahdollisuus ohjaukseen ja neuvontaan. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tuetaan kotona asumista kotipalveluilla, tavoitteellisella yhteistyöllä eri toimijoiden kesken ja myös niiden ihmisten kotikäynneillä, jotka eivät ole palvelujen piirissä. Olennaista laatusuosituksissa on myös vanhustyön henkilöstön riittävä mitoitus ja osaaminen, sekä ikäihmisten laadukas ja turvallinen asumis- ja hoitoympäristö. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 20, 38–39). Myös päihdetyö kuuluu laaja-alaiseen terveyden edistämiseen ja ennalta ehkäisyyn. Ennalta ehkäisy on kaikkein tehokkainta päihdetyötä; varhainen puuttuminen ja tiedottaminen. Päihdetyön ohjauksesta ja koordinoinnista vastaa Suomessa terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ehkäisevä päihdetyö on osa päihdehuollon ja raittiustyölakia. Neuvoa antavat on työkalupakki, joka on koottu päihdehuollossa ja ennalta ehkäisevässä päihdetyössä työskenteleville. Tätä ylläpitää terveyden ja hyvinvoinnin laitos, ja pakista löytyy niin keskusteluja, kuin tapahtumia ja työvälineitä päihdetyöhön. (thl.fi).

2.3 Ikäihmisten alkoholin käyttö ja sen näyttäytyminen yhteiskunnassa

Ikääntyvien päihteidenkäyttö on hiljalleen kasvava ongelma. Vaikka valtaosa ikäihmisistä käyttääkin Haarnin ja Hautamäen (2008) mukaan alkoholia kohtuullisesti, on ikääntyvien alkoholinkäyttö osassa väestöä lisääntynyt. (Haarni & Hautamäki 2008, 8). Koska se on vasta viime vuosikymmeninä alkanut yleistyä (tai

ongelmaan alettu enemmän kiinnittää huomiota) tietoa ikääntyneiden päihteidenkäytöstä ja sen tunnistamisesta ei ole vielä paljon. Etenkin muutama vuosi sitten sekä tutkimustieto että käytännön tieto oli vielä vähäistä. Esille nousi se seikka, että ikääntyneiden parissa on päihteidenkäyttöä lisääntyvissä määrin, eikä iän pitäisi ratkaista avun saamista. (Nykky ym. 2010, 6). Etenkin nyt suurten ikäryhmien vanhetessa, jäädessä eläkkeelle ja kokiessa elämänmuutoksia, tulee ikäihmisten päihteidenkäyttö yhä isommaksi osaksi suomalaista yhteiskuntaa. Tämä opinnäytetyöni pohjautuu pitkälti sen tiedon varaan, että ikäihmisten päihteidenkäyttö koskee enimmäkseen alkoholinkäyttöä. Sen vuoksi viittaa eniten juuri alkoholin käyttöön.

Ikäihmisten alkoholinkäyttö on pitkään nähty eri tavalla kuin muiden ikäryhmien; heidän alkoholinkäyttönsä on ajateltu olevan kohtuullista, ellei jopa olematonta. Vasta viime vuosina on alettu nähdä ongelma käsitysten alla: siinä missä muissa ikäryhmissä alkoholin käytön määrät vaihtelevat, niin se vaihtelee myös ikäihmisten keskuudessa. He ovat yksilöitä, omat elämäkokemuksensa taustallaan. Ja myös heidän ikäryhmässään on yksilöitä, joilla on päihdeongelma. Ikäihmisten päihteidenkäytöllä ja alkoholin riskikulutuksella on kuitenkin se yhdistävä teema, että alkoholi nähdään omana asiana, jota vähätellään, piilotellaan ja hävetään. Tämä tuo omat haasteensa ikäihmisten päihteidenkäytön katkaisemiseksi, sekä myös se, että tietoa siitä on edellä mainittujen syiden takia vaikea saada.

Päihdeongelma nähdään monesti määrittävän yksilön sen sijaan, että sitä pidettäisiin yksilöstä täysin erillisenä asiana, joka ei määritä hänen persoonallisuuttaan. Toki pitkään jatkunut alkoholin tai muun päihteenkäyttö jättää omat leimansa ihmisen persoonaankin, mutta päihdeongelma pitäisi erottaa yksilöstä ja nähdä persoona sen takana: ihminen tiedoilla, taidoilla, kokemuksilla, muistoilla, ominaisuuksilla ja luonteenpiirteillä. Suhosen mukaan etenkin ikääntyneiden päihdeongelmaisten kohdalla heidät niputetaan helposti yhteen näkemättä erillisiä yksilöitä elämäkokemuksineen. Ikääntyneiden päihdeongelmien hoidossa kiinnitetään paljon huomiota ongelman fyysisiin puoliin, kuten miten päihteet vai-

kuttavat ikäihmisen elimistössä ja yhteisvaikutuksessa lääkkeiden kanssa, huomioitta sosiaalista puolta. (Suhonen teoksessa ikääntyminen ja alkoholi 2010, 74–75.)

Alkoholin kohtuukäytöllä viitataan sellaiseen alkoholin käyttöön, joka on satunnaista ja jolla ei tavoitella humalatilaa. Riskikulutus tarkoittaa riskirajojen yli menevää kulutusta, jolla voi jo olla terveystahaittoja. Riskirajat eivät tarkoita turvakäyttöä, vaan alkoholin suurkulutuksesta erotettavaa rajanvetoa. Alkoholin käyttö ja sen riskit ihmiselle ja elimistölle ovat kuitenkin hyvin yksilölliset. (Selvä suunta 2012 80-82). Havio ym. (2013) mukaan miehet käyttävät alkoholia useammin kuin naiset. (Havio ym. 2013, 53). Haitallisesta käytöstä puhutaan, kun selviä haittoja alkoholin käytöstä on jo tullut fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen osaluokkaan elämässä. THL:n vuoden 2012 raportin mukaan raittiiden eläkeikäisten osuus väestössä on merkittävästi pienentynyt vuodesta 1985 vuoteen 2011. Vähintään 8 alkoholiannoksen viikkokulutus on lisääntynyt 65–79 vuotiaiden miesten keskuudessa. 5 viikkoannosta ottavien naisten määrä on myös kasvanut 65–74 vuotiaiden ikäryhmissä. Ikäihmisten alkoholin käytön suurkulutuskerrat eivät Selvä suunta-hankkeen mukaan ole lisääntyneet, mutta alkoholin käytön säännöllisyys on lisääntynyt. (Selvä suunta 2012, 17–18,80-82.)

Mahdollisia syitä alkoholin riskikäyttöön on paljon: yksilön henkilökohtaisessa elämässä olevia syitä on paljon: elämänmuutokset; eläkkeelle jäänti, puolison kuolema, yksinäisyys, sairaudet, kipu, tarpeettomuuden tunne, kehon heikkeneminen ja päivien tyhjyys voivat laukaista alkoholin käytön lisääntymisen. Myös alkoholin nykyinen helppo saatavuus, ja alkoholin vuoden 2004 hinnanaleneminen lisäsivät alkoholin käyttöä. Ennaltaehkäisy, ennen kuin päihteidenkäyttö lisääntyy riskirajoille, on tärkeää. (Selvä suunta, 2012, 81–82).

Alkoholin ajatellaan myös kuuluvan juhliin, ja viikonloppuihin. Useimmat suomalaiset kokevat alkoholin liittyvän yhteisiin hetkiin, hauskanpitoon ja tunnelman luomiseen. Asenteet alkoholia kohtaan vaihtelevat kuitenkin paljon. Kokonaan raittiita aikuisia suomalaisia on vain 12 % väestöstä. Rajanveto alkoholiasenteissa menee kuitenkin alkoholin ”juhla” käytön ja alkoholismien välillä; vaikka alkoholiin

suhtaudutaan suopeasti juhlissa ja erityistapauksissa sekä viikonloppuisin, katsotaan alkoholin suurkulutusta ja alkoholista karsaasti. (Havio ym. 2013, 53.) Alkoholin käyttöön vaikuttaa myös ulkoisen kontrollin väheneminen kieltolain kaotamisen myötä. Tämä vaikutti alkoholin käytön yleistymiseen myös vanhemmissa ikäluokissa. Tämän päivän ikääntyneet ovat kieltolain murenemisen aikana tottuneet vapaampaan alkoholin käyttöön. Vaikka yhteiskunnassa alkoholiverotuksella, alkoholin mainostamisen kielloilla ja tiukemmilla ikärajaesudoilla yritetäänkin puuttua alkoholin käyttöön entistä tiukemmin, koskettavat nämä keinot eniten nuorempaa väestöä. (Nykky ym. 2010, 10–11.)

Alkoholin käyttöön on kuitenkin pyritty puuttumaan verotuksella, mainonnan kieltämisellä ja aikarajoituksella (saatavuus vain tietyssä aikana vuorokaudesta). Vaikka juomista ei voidakaan kieltää eikä kieltolakia palauttaa (joka tuskin olisi itsemääräämisoikeuden kannalta hyvä keino), on kuitenkin kehitetty kyseiset keinot alkoholin käytön vähentämiseksi. Päihtyneelle ei myös saa lain mukaan myydä, eikä alaikäiselle. Tämän lisäksi myös tiedottamisella ja eri kohderyhmien interventioilla pyritään vaikuttamaan. (Soikkeli & Warsell 2013, 39.)

2.4 Normaalikäytöstä riskirajoille

Käsitykset ja asenteet alkoholin käytöstä ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä. Siinä missä muutama vuosikymmen sitten alkoholin käyttö pidettiin omana asiana, ja sen käyttöä saatettiin jopa katsoa karsaasti, on nykypäivänä alkoholin käyttö kohtuudella luonnollinen osa elämää. Alkoholin käytön runsaampi kuluttaminen on kuitenkin myös yleistynyt asenteiden muuttumisen myötä. Alkoholin käyttö on siis sidonnainen aikaan, mutta myös kulttuuriin. Elämme maassa, jossa alkoholin kertakulutus on runsaampaa kuin muualla. (Nykky ym. 2010, 6-9). Suuret ikäluokat vanhenevat, mikä aiheuttaa myös sen, että yli 60 vuotiaita alkoholi-ongelmaisia on myös enemmän, sillä alkoholin riskikulutus yli 60 vuotiailla on myös kasvava ongelma.

60-vuotiaista, alkoholia liikaa käyttävistä on vaikeaa saada tietoa. Riskikuluttajiksi luokiteltavat ikääntyneet osallistuvat kohtuukäyttäjiä harvemmin kyselyihin, tai arvioivat alkoholinkäytön vähäisemmäksi kuin mitä se todellisuudessa on. (Nykky ym. 2010, 8) Vaikka käyttöä ei voitaisikaan luokitella suurkulutukseksi, vaan käyttö on vasta alkoholin riskikäytön varhaisvaiheessa, on siitä kuitenkin jo koitunut haittoja ihmisen sosiaaliseen elämään ja terveyteen. Tämä luokitellaan riskikulutukseksi. (Havio ym. 2013, 55)

Puhuttaessa ikäihmisten alkoholinkäytöstä, tulee kuitenkin huomioida, että heidänkään alkoholinkäyttöään ei voi niputtaa yhteen ja samaan lokeroon. Vaikka voidaan todeta, että harva ikääntyvä on enää raitis, vaihtelee kuitenkin heidän juomatottumuksensa, ja heidänkin alkoholinkäyttönsä on yhtä moninaista kuin muillakin ikäryhmillä. Monilla ikäihmisillä alkoholinkäyttö vähenee iän myötä, vaikka tilanteet, joissa alkoholia käytetään, pysyisivät samana. Aina näin ei kuitenkaan käy. Monilla ikääntyneillä, jotka voidaan käyttönsä perusteella luokitella riskikuluttajiksi, on alkoholin runsas käyttö alkanut nuorempana. Tätä kutsutaan nimellä *early onset*. Ikäihmiset, joiden kulutus taas on lisääntynyt huomattavasti aikuisiällä, lukeutuvat *late onset*-ryhmään. Yhdysvalloissa nämä suuntaukset on selvästi näkyvillä, Suomessa ei vielä yhtä voimakkaasti. (Levo 2008, 41–42)

Alkoholista voi tulla iäkkäällä ongelma myös ikään kuin huomaamatta. Suurkulutuskertojen määrä vähenee useimmilla iäkkäillä, mutta ns. ”tissuttelu”, eli pienten alkoholiannosten säännöllinen nauttiminen lisääntyy. Alkoholin käyttö siis ei siinänsä vähene, vaan muuttaa muotoaan, ja tällaiseen jatkuvaan pienempään käyttöön voi olla jopa vaikeampi puuttua, koska haitat eivät näy yhtä nopeasti kuin riskikuluttajalla. Iäkkään voi kuitenkin olla vaikea olla ilman yötömpsyään tai päiväkaljaansa. Vaikka fyysisetkään haittavaikutukset eivät ole samankaltaiset kuin suurkuluttajalla, vaikuttaa rauhallisemminkin nautittu alkoholiannos, jos käyttökertoja on useita, eikä iäkäs kykene olemaan ilman alkoholia. Päihdeongelma voidaan diagnosoida silloin, kun ihminen ei kykene olemaan ilman alkoholia, ja se tuottaa ongelmia sosiaalisille suhteille, ympäristölle ja ihmiselle itselleen. (Lappio 2009, 66–67.)

2.5 Riskit ja haasteet ikääntyneiden päihteidenkäytössä

Kaikkien ikäryhmien alkoholinkäytössä piilee aina riskinsä. Ikäihmisten ja vanhusten alkoholinkäytössä on kuitenkin omanlaisensa riskit. Kehon vanhentuessa se ei siedä alkoholia yhtä hyvin, alkoholi poistuu elimistöstä hitaammin, ja sairauksia saattaa olla jo useampia, joissa voi olla lääkityksiä, jotka eivät sovellu alkoholin kanssa. Alkoholilla voi olla lääkettä voimistava tai heikentävä vaikutus, silloinkin kun niitä ei otettaisi samaan aikaan. Seuraukset voivat olla vakavat. Kaatuilu on yleisimpiä seurauksia vanhuksen alkoholin käytöstä. Oireina voi myös esiintyä sekavuutta, muistihäiriöitä ja huimausta. Vaikka yleensä suurimmat riskit liittyvät alkoholin pitkäaikaiseen käyttöön, myös yksittäinen, liian suuri alkoholiannos voi olla kohtalokas iäkkäälle, esimerkiksi kaatumisen takia. (Nykky ym. 2010, 9-10).

Pitkäaikaisella alkoholin suurkulutuksella on vaikutuksensa sekä fyysiseen että psyykkiseen osaan elämässä. Se vaikuttaa aivoissa kognitiivisiin toimintoihin, kuten päättelykykyyn ja muistiin, sekä muualle kehoon esimerkiksi lihomiseen, verenpaineeseen, useisiin sairauksiin yms. Alkoholi vaikuttaa myös kauan käytettynä arjen hallintaan. Alkoholistilla henkilökohtainen hygienia jää usein hoitamatta, koti siivoamatta ja raha-asioiden hoito takkuua. (Nykky ym. 2010, 11). Alkoholin runsas käyttö aiheuttaa myös käytöshäiriöitä. Alkoholin vaikutuksen alainen ihminen voi käyttäytyä aggressiivisesti, estottomasti, ja mielialat voivat heitellä. Alkoholin vaikutuksen alaisena myös arvostelukyky saattaa heikentyä. Fyysisiä oireita ovat kävelyn ja seisomisen epävakaus tai puheen epäselvyys. Humaltunut ihminen tekee herkemmin itsensä kannalta huonoja päätöksiä ja voi toiminnallaan satuttaa muita. (Havio ym. 2013, 70).

Koska alkoholi tuo myös kylläisyyden tunnetta, voi säännöllinen ruokailu jäädä. Tämä on kohtalokasta etenkin diabeetikoille. Alkoholin on myös todettu vaikuttavan psoriasikseen, parantumattomaan ihosairauteen, jonka puhkeamista ja leviämistä alkoholi edesauttaa. Alkoholin riskikulutus vaikuttaa myös sosiaalisiin suhteisiin. Ystävyysuhteet saattavat rikkoutua lähipiirin kyllästyessä alkoholinkäyttöön. Alkoholin riskikuluttuja myös vetää helposti puoleensa muita samankaltaisessa tilanteessa olevia, ja ongelmasta on vaikeaa vertaistuen puuttuessa

päästä pois. Myös harrastukset ja muu elämä jää taka-alalle, mikäli alkoholiongelma saa ihmisestä vallan. Se alkaa helposti pyörittää ihmisen koko elämää. (Nykky ym. 2010, 11). Suurkulutuksen myötä jopa tavallisista arkielämän toiminnoista on vaikeaa suoriutua ilman alkoholia. Alkoholiriippuvuuden kehittyminen on pitkä prosessi, ja jokainen alkoholiriippuvainen on ollut jossain vaiheessa vasta kokeiluasteella. (Havio ym. 2013, 56–55).

Vanhusten kohdalla haasteensa päihdetyöhön tuo myös itsemääräämisoikeus. Kaiken ihmisten kanssa tehtävän työn lähtökohtana tulisi olla asiakkaan itsemääräämisoikeus, kyky kuunnella asiakasta, huomioida hänen näkökulmansa ja asiantuntijuutensa omassa elämässään ja tilanteessaan, ja työntekijän toimia ammattilaisena, joka ohjaa ja tukee oikeaan suuntaan. Todellisuus ei kuitenkaan ole aina tätä, etenkin ikäihmisten kanssa tehtävässä työssä. Ikäihmisillä voi olla sairauksia, jotka vaikuttavat muistiin, päättelyyn ja kykyyn tehdä oman hyvinvointinsa kannalta järkevimät päätökset.

Levon (2008) mukaan itsemääräämisoikeus ei ole oikeutta täydelliseen välinpitämättömyyteen itsestä tai ympäristöstä. On kuitenkin vaikea vetää rajaa siihen, mikä on itsemääräämisoikeutta, ja mikä alkaa olla jo ikäihmisen heitteillejättöä. Itsemääräämisoikeus ei saa olla este päihdeongelmaan puuttumiselle. Apua on saatava, eikä ihmisen iän tai elämäntilanteen tulisi vaikuttaa siihen. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu oikeus tehdä valintoja, mutta myös vastuu kantaa niiden seuraukset. (Levo 2008, 11–12.) Itsemääräämisoikeuden toteuttamisessa törmää väistämättä erilaisiin ristiriitoihin. Jos asiakas on humaltunut tai ottanut lääkkeitä, hän ei kykene tekemään rationaalisia ratkaisuja eikä hänen kanssaan kannata kyseisessä tilanteessa neuvotella. Työntekijä ei voi myöskään väkisin asiakasta kuulematta päättää, että tämä loppui tähän, ja heittää asiakkaan pulloja pois. Ei myöskään saa jättää auttamatta. Tilanteessa toimitaan asiakkaan parhaaksi, oli hän missä kunnossa tahansa. (Viljanen & Levo 2010, 71).

Entäpä, jos ikäihminen ei pysty kantamaan valintojensa seurauksia tai tekemään järkeviä valintoja? Jos ikäihmisen tekemät ratkaisut kantavat huonoa tulosta, menettääkö hän silloin oikeutensa tehdä itseään koskevia päätöksiä, joilla voi olla

myös muihin kantavia vaikutuksia? Levon (2008) mukaan itsemääräämisoikeuteen kuuluu oikeus tehdä vääriä päätöksiä, ilman että menettää oikeutensa ihmisarvoiseen kohteluun. Myös silloin, kun ihminen kieltäytyy tarjotusta avusta, tulee häntä kohdella inhimillisesti ja kunnioittaen, sekä järjestäen muu hoito niin hyvin kuin mahdollista. Ainoastaan tapauksissa, jolloin ihmisen juominen vaarantaa muitakin, voidaan pakkohoitoa käyttää äärimmäisenä keinona katkaista kierre, mutta tämäkin voi olla tuhoisaa ihmisen elämänhallinnan lähtiessä pois hänen omista käsistään. Kun jäljelle ei jää edes oikeutta määrätä omasta elämästään, voi alkoholi toimia helpotuksena. Siksi muu päihdetyö on entistä tärkeämpää, jotta ikäihminen saisi pitää itsemääräämisoikeutensa. (Levo 2008, 11–12.)

3 ENNALTAEHKÄISY

3.1 Alkoholin riskikulutuksen tunnistamisen vaikeus

Koska kyse on ennalta ehkäisystä, viitataan hälytysmerkeillä niihin merkkeihin, jota kertovat alkoholin käytön mahdollisesta lisääntymisestä, ennen kuin ongelma varsinaisesti on vielä päässyt alkamaan. Hälytysmerkkien tunnistaminen on Nykky ym.(2010) mukaan vaikeaa monestakin syystä. Ensinnäkin ikäihmiset muita asiakaskuntia harvemmin hakeutuvat hoitoon alkoholin käytön takia. Alkoholinkäyttöä saatetaan vähätellä, piilotella tai jopa hävetä, tai sitä ei koeta ongelmaksi, joten hoitoa harvemmin yritetään hankkia siihen. (Nykky ym. 2012, 18.) Yksi syy voi olla myös tietämättömyys: koska ikäihmisten riskikulutus on vasta viime vuosina nostettu pöydälle, ei päihdepalveluistakaan ole vanhuksille jaettu tietoa. Myöskään suoraan ikäihmisille suunnattuja päihdepalveluita ei ole. Täten ikäihmiset eivät välttämättä edes tiedä, mistä lähteä apua hakemaan, vaikka kokisivatkin sitä tarvitsevansa.

Terveyskeskus on ratkaisevassa asemassa ikäihmisille ja vanhuksille tiedottajana. Terveystarkastusten yhteyteen on päihteidenkäyttö hyvä ottaa puheeksi, ja jakaa tietoa päihteidenkäytön haittavaikutuksista ja avun saamisesta. Yksi suurimmista syistä on myös ikäihmisten sukupolven käsitys alkoholin käytöstä häpeällisenä asiana, johon ei haeta apua ja joka ei kuulu muille. Tämän vuoksi työntekijöiden tai lähipiirin voi olla vaikea havaita asiaa; vanhus saattaa peitellä tai vähätellä juomistaan, jotta ongelmaan ei puututtaisi. (Nykky ym. 2010, 17).

Haasteensa alkoholiongelman havaitsemiseen tuo myös se, että alkoholin suurkulutuksen oireet sekoittuvat helposti erinäisten sairauksienkin oireisiin. Koska ikääntyneiden alkoholiongelmaasta puhuminen on tullut vasta viime vuosina esille, ei alkoholiongelmaa ajatella ensimmäiseksi terveydenhuollossa pohdittaessa oireiden syytä. Myös tunne siitä, että alkoholinkäytöstä ei uskalleta kysyä, tuntu omasta osaamattomuudesta ja liika hienotunteisuus voivat nousta työntekijälle

esteiksi asiasta kysymiseen. (Nykky ym.2010, 18) Levon (2008) mukaan puheeksi ottoa jännitetään usein turhaan, sillä usein asiakkaiden reaktio on myönteinen. Osa kuitenkin kieltää jyrkästikin ongelman olemassaolon. (Levo 2008, 6). Joskus esteeksi voi nousta myös työntekijän tietämättömyys päihteistä. Etenkin sairaanhoidossa perustiedot päihteistä tulisi olla hallussa, jotta asiakasta voi auttaa päihdeongelman kanssa. (Havio ym. 2013, 66).

Merkkien tunnistaminen ei siis ole helppoa tai yksiselitteistä, mutta kaatuilut ja tapaturmat, jotka ovat toistuvia, ovat yksi merkki. Muutos persoonallisuudessa, esimerkiksi aiemmin sosiaalisesta ja itsestään hyvin huolehtivasta ihmisestä tulee sulkeutunut ja epäsiisti, kodinhoito menee retuperälle, aiemmat harrastukset ja aktiviteetit jäävät ja muiden ihmisten näkeminen vähenee huomattavasti, voi olla merkki alkoholinkäytöstä. Myös vastahakoisuus avun hakemiseen ja eristäytyneisyys kertovat mahdollisesta alkoholiongelmasta. (Nykky ym. 2010, 18) Näissä tilanteissa työntekijällä tulee olla taitoa havainnoida kyseiset asiat, sekä rohkeutta ja osaamista puuttua niihin. Vaikka ensin selvitettäisiin mahdolliset sairaudet yms, tulee alkoholin käyttö myös huomioida selvitettäessä syytä muuttuneeseen tilanteeseen. Pelko asiakkaan loukkaantumisesta ei saa olla syy jättää selvittämättä alkoholin käyttöä. Ammattitaitoinen työntekijä kykenee ottamaan asian esille niin, ettei saa asiakkaalle häpeän tunnetta tai kokemusta leimaantumisesta alkoholistiksi. Alkoholismi on diagnoosi, ja sen saadessaan ihminen leimaantuu alkoholistiksi, vaikka diagnoosilla ei pitäisi määritellä ihmistä, vaan hänen sairauttaan hoitoon pääsemiksi. (Laapio 2009, 66.)

Tärkeää päihdeongelmaisen kanssa työskennellessä on ymmärrys päihdeongelman luonteesta. Päihdeongelmainen saattaa usein ulkoistaa ongelman itsestään, sysätä vastuuta ongelmastaan työntekijälle tai yrittää tuoda työntekijälle tunnetta, että hän on ensimmäinen, joka todella haluaa auttaa. Usein henkilö ei kuitenkaan ole ensimmäistä kertaa ongelmansa käsittelemässä. Koska päihdeongelma on usein liian vaikea ihmiselle itselleenkin myöntää, on helpompaa yrittää erottaa päihdeongelma itsestä. Vaikka onkin tärkeää erottaa ihmisen oma persoona, eikä nähdä vain ”alkoholistia”, on Levon (2008) mukaan oleellista nähdä muut osatekijät päihdeongelmassa. Päihdeongelma ei katoa, jollei muutoksia ihmisen

muussa elämässä tapahdu. Tekijät, jotka vaikuttavat päihdeongelman olemassaoloon, on muutettava. (Levo 2008, 35)

Työntekijän on tärkeää siis paitsi ymmärtää päihdeongelman luonnetta, myös osattava johdonmukaisesti tukea matkaa kohti päihdeettömyyttä, menemättä itse kuitenkaan tunnepuolella liian syvälle mukaan. Työntekijän tulee pystyä tukemaan ja ohjaamaan asiakasta kohti tavoitteita, vaikka retkahduksia tapahtuisikin, sekä uskoa asiakkaaseen silloinkin, kun hän ei itse siihen pysty. (Levo 2008, 35)

Kun ikääntynyttä autetaan päihdeongelmastaan, on huomioitava tekijät päihdeongelman ympärillä. Vaikka ihminen tulee kohdata ainutlaatuisena yksilönä, on huomioitava, että päihdeongelma harvoin katoaa, mikäli tekijöihin ympärillä ja syihin ei vaikuteta. Esimerkiksi päiviään alkoholilla täyttävä ikääntynyt ei helposti pääse ongelmastaan, jos alkoholin käytön tilalle ei kehitetä muuta toimintaa.

3.2 Puheeksi otto ja muut työkalut puuttumiseen

Puheeksi otto

Ikäihmisten sukupolvessa alkoholin käyttö koetaan ns. ”omana asiana”, josta on kiusallista ja jopa häpeällistä puhua. Tämän vuoksi huolen puheeksi otto voi olla vaikeaa myös työntekijälle. Kysymys siitä, kenelle kuuluu vastuu asiakkaan alkoholin käytön puheeksi otosta voi myös olla syy siihen, että puheeksi otto jää kokonaan tekemättä. Niin ei kuitenkaan saisi tapahtua. Vastuu on kaikilla sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla, joilla nousee huoli asiakkaasta. (Levo 2008, 63–64). Puheeksi otto tulisi tehdä tuomitsematta tai olettamatta, kysyen ja kannustuen asiakasta itseään tarkastelemaan päihteidenkäyttöään ja sen mahdollisia seurauksia. Kommunikaatio tämän tyyppisessä asiassa voi olla vaikeaa: asiakas voi puolustautua tai vähätellä juomistaan, olla kuuntelematta neuvoja tai ylipäättään kieltäytyä puhumasta asiasta. Puheeksi ottoon työntekijällä tulee olla ammattitaitoa ja kykyä puhua asiasta niin, että hän kannustaa asiakasta kohtaamaan mahdollisen ongelmansa. (Nykky ym. 2010, 19)

Puheeksi otossa voidaan käyttää huolen arviointilomaketta, johon sisältyy kysymykset ennen puheeksi ottoa, sen aikana ja välittömästi sen jälkeen. (paihdelinkki.fi). Puheeksi otto-tilannetta on hyvä pohtia ennen tilannetta ja sen jälkeen myös omalta kannalta. Onko puheeksi otto vaikeaa, miten arvelet asiakkaan suhtautuvan, miten tilanne meni, miten itse reagoit jne. On tärkeää analysoida tilanteen kulku; vähenikö huoli, uskotko työntekijänä asiakkaan pystyvän muutokseen, työskenteletkö vielä itse tilanteen hyväksi vai riittikö puheeksi otto? (Eriksson & Arnkil 2009, 15–17)

Mini-interventio

Mini-interventio on terveyskeskuskäynnin yhteydessä toteuttava menetelmä ennaltaehkäistä ikäihmisen päihteidenkäytön lisääntymistä. Mini-interventiossa alkoholin käyttö otetaan puheeksi ja sen tuomia riskejä asiakkaalle arvioidaan ja keskustellaan yhdessä siitä, mitä asiakas voisi tehdä riskien vähentämiseksi alkoholin käytön suhteen. Sosiaali- ja terveysministeriö on vuonna 2006 julkaissut Otetaan selvää- oppaan, jonka tarkoituksena on helpottaa puheeksi ottoa asiakkaan alkoholin käytöstä. (Alanko & Haarni 2007, 40)

Mini-interventioon kuuluu neljä osaa: ensimmäisessä vaiheessa alkoholin käytöstä keskustellaan yleisellä tasolla, ja samalla otetaan puheeksi asiakkaan omaa käyttöä. Toisessa osassa työntekijä ja asiakas pohtivat yhdessä, onko alkoholin käyttö kohtuuden rajoissa. Mikäli asiakas tulee siihen tulokseen, että se ei ole, kolmannessa vaiheessa tehdään suunnitelma siitä, miten käyttöä voisi vähentää, ja mitä tukimuotoja asiakkaan olisi mahdollista saada. Neljäs vaihe on seuranta-vaihe, jossa asiakkaan edistymistä ja tavoitteiden toteutumista seurataan, sekä sitä, riittävätkö tukitoimet. Omaisten tuki on tärkeää, jotta asiakas onnistuu tavoitteissaan. Mikäli työntekijän tarjoama tuki ei riitä, on asiakkaalle tarjottava muita tukitoimia. (paihdelinkki.fi.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyrkinyt juurruttamaan mini-intervention osaksi perusterveydenhuoltoa jo vuodesta 2004 lähtien. Kyseessä oli sosiaali- ja terveysministeriön rahoittama vamp-hanke, joka oli perusterveydenhuollon mini-

intervention hanke sekä työterveyshuollon hankkeella Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön. Mini-intervention käyttöä ei kuitenkaan ole vielä niin laajalti, kuin alkuperäisenä tavoitteena on ollut. (stm, Selvityksiä 2008:10)

Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on yksi päihdetyön yleisimpiä menetelmiä, ja paljon käytetty. Päihdetyössä asiakkaan kuuntelu ja vuorovaikutus on olennaista, ja parhaimpia tuloksia saadaankin keskustelulla. Siitä lähtökohdasta päihdetyö alkaa, asiakkaan kuuntelemisesta ja aidosta kuulemisesta sekä hänen tilanteensa ymmärtämisestä.

Motivoivan haastattelun ideana on nimenomaan keskustelu. Motivoivalla haastattelulla pyritään herättelemään asiakasta pohtimaan omaa tilannettaan, motivoimaan asiakasta haluamaan itse muuttaa asioidensa suuntaa ja vähentämään päihteidenkäyttöään, sekä tuetaan asiakasta hänen asettaessaan itselleen tavoitteet. Motivoivan haastattelun tarkoituksena ei ole asiakkaan opettaminen tai hänen painostamisensa, vaan auttaa häntä löytämään itsestään tahtoa muuttaa tilannettaan. (paihdelinkki.fi). Motivoivan haastattelun avulla pyritään saamaan asiakas pohtimaan muutoksen etuja ja tarvetta hänelle itselleen. Ulkopuolelta tuleva painostus vain saa ihmisen ahdistumaan ja herättää vastustusta. (Koskijännes ym.2008, 43).

Paihdelinkin mukaan työntekijän on tärkeämpää valistamisen sijaan keskittyä todella ymmärtämään asiakkaan tilannetta. Motivoivassa haastattelussa on tärkeää luoda sellainen ilmapiiri, jossa asiakas pystyy turvallisesti kohtaamaan tilanteensa ja työntekijän tukemana asettamaan tavoitteita itselleen. (paihdelinkki.fi.) Jotta työntekijä kykenisi auttamaan asiakasta avoimessa ja ymmärtävässä ilmapiirissä, tulee hänen olla tietoinen omista asenteistaan, ennakkoluuloistaan ja arvoistaan sosiaalityössä, sekä tiedostaa mahdolliset eettiset konfliktit. (Parrot 2010, ix)

3.3 Ennaltaehkäisevät palvelut

Palveluja, jotka ennalta ehkäisevät päihteiden käyttöä, ovat kaikki ne palvelut, jotka tukevat ikäihmisen hyvää ja laadukasta elämää myös eläkeaikana. Hyvinvointi- ja päivätoimintakeskukset tarjoavat erilaisia palveluja ja virikkeitä ikäihmisille, tästä esimerkkinä mm. Turun Ruusukorttelin ja Lehmusvalkaman hyvinvointikeskukset, joissa järjestetään erilaista toimintaa ja neuvontaa, sekä tapahtumia. Aktiivinen ja sosiaalinen elämä ennalta ehkäisee syrjäytymistä ja yksinäisyydestä johtuvaa päihteidenkäyttöä. (turku.fi)

Turussa ja Tampereella toimii myös Kotosalla-säätiö, joka tarjoaa itsenäisille yli 55 vuotiaalle asumispalveluja, joissa toimii myös palveluohjaaja. Palveluohjaaja järjestää toimintahetkiä ja toimii arjen tukena ja ohjaajana, sekä toimii alulle panijana monissa asukastapahtumissa, kuten retkissä, talon toiminnoissa ja kahviteluissa. (kotosalla.fi).

Virkistystoiminnan ohella ennalta ehkäisevänä palveluna toimii jo aiemmin mainittu terveyskeskus. Terveyskeskukset ovat tärkeässä asemassa päihdeongelman havaitsemiseen, esim. vuosikontrollien yhteydessä. Toinen tärkeä taho on kotihoito. Koska kotihoito on tiiviissä vuorovaikutuksessa asiakkaaseen muihin tahoihin nähden, on kotihoidon helpompi havaita poikkeavaa käytöstä, arjen hankaloitumista ja asiakkaan kunnon heikkenemistä, jotka voivat kieliä alkoholiongelma.

3.4 Arvostava kohtaaminen olennainen osa vanhustyössä

Ikäihmisten kanssa työskennellessä, oli sitten kyse päihdetyöstä, kotihoidosta, terveyskeskuksissa tehtävästä työstä, palveluohjauksesta tai päivätoiminnasta, tulee huomioida asiakkaan kunnioittava kohtaaminen. Tämä on tärkeää, oli sitten kyse mistä tahansa asiakasryhmästä, mutta korostuu etenkin ikäihmisten kanssa tehtävässä työssä. Asiakkaan kuuntelu, näkemykset ja päätöksiensä kunnioittaminen kuuluvat jokaisen työntekijän työhön. Tutkimuksessa A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan, kävi työntekijöiden haastatteluissa ilmi kunnioittavan

kohtaamisen tärkeys ja aito välittäminen ikääntyvää asiakasta kohtaan. Myös rehellisyys, vanhuksen omassa tahdissa kulkeminen sekä iäkkään elämänhistorian ja elämäkokemuksen kunnioittaminen on tärkeää. (Suhonen 2005, 62–63)

Ikäihmisten kanssa tehtävässä päihdetyössä on haasteensa siinä, missä määrin kunnioitetaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta, ja toisaalla mikä taas on suoranaista heitteille jättöä. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen menee liian pitkälle silloin, kun selkeästi hoitoa tarvitseva asiakas jätetään tilanteeseensa. Mattilan (2008) mukaan työntekijällä ja asiakkaalla voi myös olla eri näkemykset siitä, mikä on asiakkaan parhaaksi. Eettisesti oikean toimintatavan valitseminen voi tällöin olla vaikeaa. Vanhuus yksinään ei määrittele ikäihmisen kykyä päättää asioistaan. Vaikka keho olisi vanhentunut, mieli ei välttämättä ole. Ikäihminen tekee päätöksensä oman elämäkokemuksensa perusteella. Ulkopuoliselle tämä päätös ei välttämättä näyttäydy parhaansa mahdollisena valintana, mutta asiakkaan tahtoa on kunnioitettava iästä riippumatta. Aina ei iäkäs kuitenkaan kykene päätöksentekoon, jos ei ymmärrä päätöstä, jota tekee. Sairaudet saattavat heikentää iäkkään rationaalista päätöksentekoa siinä määrin, että puuttumatta jättäminen olisi heitteille jättöä. Kun vanhus ei kykene saavuttamaan omaa tahtoaan, huolehditaan hänestä siten, että se parhaiten edistää hänen hyvinvointiaan. (Mattila 2008, 62–63.)

4 PÄIHDETYÖN OSAAMISEN TARVE

4.1 Asiantuntijuuden määrittäminen

Päihdetyön osaamisen tarvetta on enenevissä määrin terveys- ja sosiaalialalla. Kuitenkin, jotta voitaisiin osaamista määrittää, tulisi myös asiantuntijuus määritellä. Mitä on asiantuntijuus, ja mitä on osaaminen? Itse miellän asiantuntijuuden laajoiksi tietokokonaisuuksiksi kyseisestä asiasta, sekä sen, että kyseistä tietoa osataan käyttää. Tiedolla ei tee mitään, jollei sitä osaa soveltaa ja käyttää työssään. Asiantuntijalla on paitsi hallussaan tietoa, myös työuran kautta tullutta kokemusta sen käytöstä.

Isopahkala-Bouret (2008) puolestaan mieltää asiantuntijuutta monesta eri näkökulmasta. Asiantuntijuus on hänen mukaansa tiedon ja kokemuksen lisäksi kykyä suunnistaa uusissa ja epävarmoissa tilanteissa; kykyä kyseenalaistaa ja antaa suuntaviivoja, mutta ei valmista vastausta. (Isopahkala-Bouret 2008, 85).

Halkola toteaa pro gradu-tutkielmassaan (ks. Jakku-Sihvonen 2005, 142), että asiantuntijuutta on kirjallisuudessa määritelty hyvinkin erityyppisesti, mutta pääelementit ovat samat. Asiantuntijuus on oppineisuuden ja työkokemuksen summa. Asiantuntijuuden muotoutuminen riippuu perusopinnojen jälkeisten opintojen ja työuran laadusta. (Halkola 2008, 20)

Asiantuntijuutta kuitenkin edeltää oppiminen. Asiantuntijuutta ei voi saavuttaa ilman aitoa oppimista. Tynjälä (2002) määrittää oppimisen tietojen lisääntymiseksi, kyvyksi soveltaa tietojaan, ymmärtää ja nähdä asioita uudella tavalla. (Tynjälä 2002, 12). Mielestäni asiantuntijuuteenkin kuuluu kyky omaksua uutta tietoa ja päivittää jo ollutta tietoa; kykyä katsoa uuden tiedon valossa jo tuttua asiaa uusin silmin, ja kykyä kyseenalaistaa tietoa, sen sijaan että sokeana vain omaksuisi kaiken. Asiantuntijuus ei myöskään ole käsite, jonka saavutettuaan ihminen voi lakata oppimista; ihminen kerää tietoa itselleen ja ns. "päivittää" asiantuntijuuttaan koko elämänsä ajan. Asiantuntijuus lakkaa olemasta asiantuntijuutta, jos tietoa ei enää omaksu itseensä, eikä ole avoin uudelle tiedolle.

4.2 Osaamisen tarve

Opinnäytetyössäni tutkin, mitä tietoa ja taitoa opiskelijat tarvitsevat tunnistaakseen ja ennalta ehkäistäkseen ikäihmisten päihteidenkäyttöä. Tunnistamisella tarkoitan merkkejä, jotka kertovat alkoholin runsaamman käytön alkaneen, mutta ongelmaa ei vielä ole.

Laatukriteerit järjestöjen pitämille päihdetyön lisä- ja täydennyskoulutuksille linjattiin vuonna 2009. Laatukriteerien tarkoituksena on antaa minimitavoitteet koulutusten sisällöille, sekä antaa viitettä siitä, mitä opiskelijoiden tulisi osata koulutuksen jälkeen. Laatukriteerien mukaan opiskelijoiden tulisi hallita perustiedot päihteistä, niiden ominaisuuksista ja riskeistä, olla tietoinen omasta suhtautumisestaan päihteisiin sekä kyetä kohtaamaan päihdeongelmainen asiakas kunnioittavalla ja ammattitaitoisella tavalla, tunnistaa ja kohdata päihteidenkäyttäjä ja hänen läheisensä, sekä tuntea oman alueensa päihdepalvelut ja palveluverkosto ja lainsäädäntö, sekä tietää ennalta ehkäisyn merkityksen. Laatukriteereihin kuuluu myös osaaminen tukea päihteidenkäyttäjää kuntoutuksessa ja ohjata tarvittaessa palveluissa eteenpäin, sekä osata myös omassa työyhteisössä puuttua päihteidenkäyttöön. (Viljanen & Levo 2010, 43–44.)

4.3 Opetusministeriön linjaukset

Vuonna 2005 opetusministeriö sekä sosiaali- ja terveysministeriö asettivat kehittämistyöryhmän päihdetyön ehkäisyn ja hoidon nykytilanteen kartoittamiseksi sekä kehittämiseksi. Päihdetyön opettaminen sekä osaaminen vaihtelivat tuolloin alasta ja koulutuksesta riippuen; päihdetyön opettamista painotettiin, mikäli koulussa oli päihdetyöhön perehtynyt opettaja, tai tehty omaa tutkimusta. Päihdetyön määrä ja laatu vaihtelivat siis hyvin paljon koulutusalaista riippuen, sen sijaan, että olisi yleiset, yhtenäiset painotukset. Tavoitteena oli tehdä esitys päihdetyön perusohjelmasta soveltuvilla koulutusaloilla sekä täydennysohjelma. Esityksessä tuodaan esille minimisisältö päihdetyön osaamiselle kaikilla koulutusaloilla.

Opetusministeriö linjasi osaamisen tarpeen:

”Ehdotetussa päihdetyön koulutuksen minimisisällössä on keskeistä, että opiskelija: 1) hallitsee perustiedot päihteistä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja haitoista, 2) on tietoinen omista asenteistaan päihteiden käyttöön ja pystyy suhtautumaan avoimesti ja ammatillisesti päihdeongelmiin, 3) tuntee vähintään omaa alaansa koskevan päihteisiin liittyvän lainsäädännön ja oman alueensa päihdetyön palveluverkoston sekä alueellisen ja paikallisen monialaisen päihdetyön perusteet niin, että kykenee osallistumaan siihen, 4) osaa tunnistaa ja kohdata päihdeiden riski- ja ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä, 5) tietää varhaisen puuttumisen merkityksen ja osaa soveltaa työssään varhaisen puuttumisen menetelmiä, 6) osaa auttaa ja tukea asiakkaita oman ammattikuvansa puitteissa ja ohjata heitä tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä ja 7) ymmärtää päihdehaittojen ehkäisyn merkityksen työympäristössä ja osaa puuttua päihdeiden käyttöön omassa työyhteisössään.” (Opetusministeriö 2007 tiivistelmä)

Opetusministeriön tekemän selvityksen mukaan ammatillisessa tutkinnossa päihdetyö painottuu ainoastaan mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelmassa. Kuntouksessa sen lisäksi on maininta päihdetyöstä.

Ammattikorkeakoulutasolla päihdetyötä painotetaan vielä vähemmän. Ammattikorkeakoulujen koulutussisältöjä kahlatessani en ole törmännyt missään sosionomiin koulutusohjelmassa päihdetyön painotukseen. Opetusministeriön selvityksessä päihdetyötä opetetaan vain siellä, missä siihen on kiinnostusta ja aiheeseen perehtynyt opettaja. (Opetusministeriö 2007, 36).

Päihdetyön koulutuksen minimisisältöön ja osaamiseen ei opetusministeriön selvityksen mukaan välttämättä kuulu uuden opetuksen sisältöjen luominen, vaan päihdeopetuksen perusosaamisen lisääminen jo olemassa oleviin koulutuksiin. Tärkeää on, että perustiedot päihteistä ja päihdeidenkäytön tunnistaminen olisi laajemmalla osalla opetuksessa, niin ammatti- kuin ammattikorkeakoulutasollakin. (Opetusministeriö 2007, tiivistelmä)

Päihdetyö on nyky-yhteiskunnassamme alati laajeneva työkenttä. Sen vuoksi osaamista tarvitaan enemmän myös sosiaalialalla. Päihdetyö ei ole ainoastaan terveydenalaan kuuluvaa, vaan tarvitsee myös sosiaalialan osaajia.

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen lähtökohdat

Tarve tutkimukselleni tuli Hasic-hankkeelta, jonka tavoitteena on ikäihmisten hyvinvoinnin tukeminen liikunnan, terveellisen ruokavalion, sosiaalisen aktiivisuuden ja alkoholin kohtuukäytön kautta. Hasic-projekti on kansainvälinen ja sitä toteutetaan seitsemässä Euroopan maassa. (turkuamk 2014)

Koska alkoholin kohtuukäyttö on olennainen osa Hasicia, ja ikäihmisten hyvinvointia, tähdätään myös Hasicissa alkoholin käytön ennalta ehkäisyyn ennen kuin käyttö yltyy riskikulutukseksi. Jotta ennalta ehkäisy onnistuu myös tulevaisuudessa, on tärkeää, että tulevaisuuden työntekijöillä on osaamista päihdetyössä ja ennaltaehkäisyssä.

Saadakseni selville, mitä tietoa ja taitoa opiskelijat tarvitsevat kohdatakseen ja tunnistaakseen ikäihmisten päihteidenkäyttöä, päätin tehdä kvalitatiivisen tutkimuksen. Kvalitatiivisella tutkimuksella halutaan syvällisempää tietoa tietystä aiheesta; kvalitatiivinen tutkimus ei ole yhtä yleistettävissä kuin kvantitatiivisen tutkimuksen, mutta tuottaa syvempää tietoa aiheesta. Aaltolan ja Vallin (2010) mukaan kvalitatiivinen tutkimus soveltuu silloin, kun tutkimusta tehdään jollekin hankkeelle ikään kuin esitutkimuksena.(Aaltola & Valli 2010, 21).

Kvalitatiivinen tutkimus soveltuu myös jonkin tietyn erityisryhmän tai vähemmän tunnetun asian tutkimiseen.(Aaltola & Valli 2010, 21). Ikäihmisten alkoholinkäytöstä löytyy paljonkin kirjallisuudesta tietoa, mutta päihdetyön osaamisen tarpeesta etenkin ikäihmisten kanssa tehtävästä työstä huomattavasti vähemmän. Kvalitatiivisen tutkimuksen avulla pyrin saamaan tästä asiasta tietoa, joka kertoisi nimenomaan opiskelijoiden näkökulman osaamisen tarpeeseen. Opiskelijat ovat opinnäytetyöni asiantuntijoita ja toimijoita, jotka tuottavat syvällisempää tietoa aiheesta ryhmähaastattelun keinoin. Kvantitatiivisella tutkimuksella olisin voinut saavuttaa laajemmin kohderyhmää tutkimuksessa, esimerkiksi kyselylomakkeella, mutta en olisi välttämättä saanut yhtä kokonaisvaltaista tietoa.

5.2 Kohderyhmän kuvaus

Tavoitteenani oli selvittää, mitä tietoa ja taitoa opiskelijat tarvitsevat tulevaisuuden työelämässä tunnistaakseen ikäihmisten päihteidenkäyttöä ja puuttuakseen siihen. Ammattikorkeakoulutasolla päihdetyötä ei käsitellä laajalti, ja siitä harvoin keskustellaan ikäihmisten yhteydessä. Opetusministeriö on linjannut osaamisen tarpeen ja vaatimukset päihdetyön osaamiselle (2007), mutta halusin selvittää jo kokemusta omaavien opiskelijoiden näkökulmasta, mitä heidän mielestään päihdetyötä varten olisi tarpeen osata, etenkin kun puhutaan ikäihmisistä ja heidän päihteidenkäyttöön liittyvistä erityispiirteistään.

Haastatteluun valikoitui 5 opiskelijaa, joista kolme olivat jo pitkälle edenneitä opiskelijoita. Heistä yhdellä oli päihdetyön kokemusta opiskelun harjoittelun sekä työkokemuksen kautta, kahdella oli vanhuspuolesta kokemusta; toinen heistä oli ollut esimiestason tehtävissä kotihoidossa, toisella oli harjoittelun kautta kokemusta vanhuspuolesta sekä myös kiinnostusta päihdetyöhön, ja itsenäisesti hankittua tietoa siitä. Kahdella opiskelijoista oli koulutus vasta alkanut. Vaikka alkuperäinen suunnitelma ei ollut ottaa haastatteluun mukaan vasta aloittavia opiskelijoita, päätyivät he haastatteluun kotihoidon työkokemuksensa kautta, joka on tärkeimpiä väyliä tunnistaa päihdeongelma. Koska heillä oli työkokemusta ja sen vuoksi tarpeellista tietoa haastatteluun, koin rikkautena saada eritasoisia opiskelijoita mukaan, joilla oli antaa työhistorian kautta tietoa, mutta myös eri opiskelijanäkökuulia.

Haastattelin vertailun vuoksi myös kahta ikäihmisten kanssa työskennellyttä työntekijää; sairaalan vanhuspuolen sosiaalityöntekijää sekä vanhuspuolen palveluohjaajaa. Heidän yksilöhaastatteluidensa teemat kulkivat käsi kädessä opiskelijoiden ryhmähaastattelun kanssa, ja toimi vertailuna pohdinnassani. Alun perin olin ajatellut haastatella 3-4 asiantuntijaa, mutta koin sen tarpeettomaksi ryhmähaastattelusta saamani materiaalin perusteella, sekä niiden vastausten perusteella, joita kahdessa asiantuntijahaastattelussa sain; kokemukset ja tieto olivat hyvin samankaltaisia, joten päätin jättää asiantuntijahaastattelut vain kahteen ja käyttää pohdintaosuudessa.

5.3 Aineiston keruu

Päätin tehdä kvalitatiivisen tutkimuksen, jotta saisin syvällisempää ja yksityiskoh-
taisempaa tietoa siitä, mitä osaamista päihdetyössä ikäihmisten kanssa tarvitaan.
Koska tietoa kerätään opiskelijoiden osaamista varten, oli tärkeää miettiä, min-
käläinen lähestymistapa tutkimuksessa palvelisi parhaiten juuri tätä tarkoitusta.
Jo pitkään työelämässään päihteidenkäyttöä kohdanneet osaavat asiantuntijan
näkökulmasta kertoa päihdetyöstä ikäihmisten kanssa, mutta sen lisäksi, että tar-
koituksena oli saada konkreettista tietoa ja kokemuksia ikäihmisen päihteiden-
käytön tunnistamisesta, oli tärkeää saada selville, mitä juuri kohderyhmä eli opis-
kelijat kokisivat tärkeäksi osata. Kuitenkin haastateltavien opiskelijoiden tuli olla
opiskeluissaan jo niin pitkällä, että heillä olisi jo kättä pidempää tietoa ikäihmisten
kanssa työskentelystä tai päihdetyöstä.

Päädyin fokusoimaan opinnäytetyöni opiskelijahaastatteluiden ympärille. Mene-
telmäksi valikoitui ryhmähaastattelu, jonka etuja Hirsjärven ja Hurmeen mukaan
(2008) ovat ne, että ryhmähaastattelulla saadaan paljon tietoa samanaikaisesti.
Myös sellaiset henkilöt, kenellä voisi yksilöhaastattelussa olla ujuden takia vai-
keuksia vastata kysymyksiin, voivat helpommin osallistua keskusteluun ryhmä-
haastattelussa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63.)

Päädyin haastattelemaan oman ammattikorkeakouluni opiskelijoita käytännöllii-
syyden takia; minun oli helpointa tavoittaa oman kouluni opiskelijoita haastatte-
luun, ja ajattelin olevan myös selkeämpää haastatella saman koulutusalan opis-
kelijoita. Lähestyin opiskelijoita sähköpostitse haastattelupyynnöillä. Pyyntöjä lä-
hetin kakkosvuositason ja siitä pidemmälle edenneille opiskelijoille. Edellytyk-
senä haastatteluun osallistumiselle oli, että opiskelijalla on työ- tai harjoitteluko-
kemusta joko ikäihmisten kanssa tehtävästä työstä tai päihdetyöstä.

Ruusuvuoren ja Tiittulan mukaan (2005) ryhmähaastattelu on järjestetty tilanne,
jossa keskustellaan avoimesti mutta fokusoidusti tietyistä teemoista. Suomessa
käytetään noin 6-8 osallistujaa, riippuen haastattelutilanteesta, haastateltavista
sekä haastattelijan kokemuksesta. 10 haastateltavan ryhmä on jo haasteellinen
kokeneemmallekin haastattelijalle. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 223.)

Omaan haastatteluuni valikoitui 5 haastateltavaa. Alun perin ideani olisi ollut 8 haastateltavaa, mutta kolme haastateltavaa putosi joukosta aikatauluongelmien takia. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan (2008) tämä onkin yksi ryhmähaastattelun kompastuskiviä. Myös ryhmän välinen dynamiikka voi hankaloittaa haastattelua, sillä usein ryhmähaastatteluun päätyy erilaisia yksilöitä; toinen voi olla arempi puhuja, toinen dominoi keskustelua. Haastattelijan on tärkeää tällöin ohjata keskustelua sen verran, että esittää kysymyksiä hiljaisemmille, jotta kaikkien äänet pääsevät kuuluviin. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63.)

Loppujen lopuksi 5 haastateltavaa oli hyvä määrä, sillä tein ryhmähaastattelua ensimmäistä kertaa, ja ryhmähaastattelussa on tärkeää saada ohjattua keskustelua siten, että pysytään aiheessa. Minulla oli neljä teemaa, joista pyrin saamaan keskustelua ja tietoa. Teemahaastattelussa edetäänkin avoimesti keskustellen etukäteen mietittyjen teemojen mukaan, jossa voi tarpeen tullen tehdä tarkentavia kysymyksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 77). Haastattelussa käytin nauhuria videon sijaan, sillä tässä haastattelun analysoinnissa ei ole keskeistä, kuka on sanonut mitään. Vaikeutena nauhurin käytössä saattaa olla se, että hiljainen puhe ei välttämättä tallennu nauhurille, vastaukset saattavat olla päällekkäisiä ja vastausten analysointi on aikaa vievää (Grönfors 1982, 138). Koin kuitenkin nauhoituksen parhaana vaihtoehtona, sekä haastateltavien kannalta mukavampana kuin kuvaamisen, jonka koin muutoinkin tarpeettomaksi, sillä tärkeää tuloksien kannalta on se, mitä on puhuttu, eikä kuka.

Haastattelutilanteessa jaoin kullekin osallistujalle paperin, joihin olin kirjannut teemat, joiden mukaan haastattelussa edetään. Haastateltavat tiesivät siis etukäteen, mistä aiheista toivoin keskustelua, mutta muutoin jätin tilaa haastateltavien avoimelle keskustelulle. Tein tarkentavia kysymyksiä haastattelun edetessä, mutta keskustelua tuli hyvin sekä toivomistani aiheista. Sain hyvin vastauksia tutkimusongelmaani, ja haastattelua oli luontevaa johdattaa teemasta toiseen. Haastateltavat osallistuivat kaikki tasapuolisesti keskusteluun, joten minun ei tarvinnut tutkijana tehdä erikseen hiljaisemmille osallistujille lisäkysymyksiä, eikä myöskään rajata kenenkään puheenvuoroja. Vastaukset olivat selkeitä, puheenvuoroja käytettiin yksitellen, ja puhe tallentui selkeästi nauhurille.

5.4 Aineiston analyysi

Aineistoni koostuu pääasiallisesti opiskelijoiden ryhmähaastattelusta. Asiantuntijoiden yksilöhaastatteluja käytän vasta pohdinnassa, kun vertailen ryhmähaastattelun vastauksia asiantuntijoiden näkemyksiin. Tärkeintä analyysitavan valinnassa on, että se tuo vastauksen tutkittavaan asiaan. Analyysitavat voidaan jakaa karkeasti kahteen luokkaan: 1. selittämiseen pyrkivä lähestymistapa 2. Ymmärtämiseen pyrkivä lähestymistapa. Ensimmäinen kuvaa tilastollista analyysitapaa ja päätelmien tekoa, toinen laadullista analyysitapaa ja päätelmien tekoa. (Hirsjärvi ym. 1992, 55–56.)

Oma aineistoni on laadullisen tutkimuksen aineistoa, tämän vuoksi analysoin aineistoani siihen pohjautuvalla sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on dokumenttien kuvaamista tiiviissä ja yleistetyssä muodossa. Dokumenttina voi toimia niin haastattelut, päiväkirjat, artikkelit yms, hyvinkin laajasti mikä tahansa, mikä on kirjallisessa muodossa. Tärkeää on tuoda tieto esille siten, että informaatio pysyy samana, vaikka aineisto pyritäänkin tuomaan esiin selkeästi ja tiivistäen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 103, 108.) Sisällönanalyysin vaiheet etenevät seuraavasti: analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, luokittelu, tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 23- 24).

Miles ja Huberman jaottelevat aineiston sisällönanalyysin kolmeen osaan: 1. aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2. aineiston klusterointi eli ryhmittelu ja 3. abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Aineiston pelkistäminen on prosessi, jossa kaikki tarpeeton jätetään aineistosta pois, ja auki kirjoitetaan aineisto, minun opinnäytetyössäni siis ryhmähaastattelu sekä yksilöhaastattelut. Aineisto pelkistetään niin, että jätetään vain se osa aineistoa, jolla on tutkimustehtävän kannalta merkitystä. Aineisto voidaan myös pilkkua osiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109.) Tässä opinnäytetyössä olen itse jaotellut aineistoni teemojen mukaisesti neljään eri ryhmään, jonka jaottelun avulla minun oli selkeämpää kirjoittaa tuloksia, sillä jaottelun avulla eri osa-alueet olivat omia kokonaisuuksiaan, joista tein koonnin.

5.5 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen tekemiseen liittyy aina eettisyys. Tutkimuksen eettiset kysymykset eivät nouse esiin vasta tutkimuksen toiminnallisessa vaiheessa, vaan jo itse aiheen valinta on eettisyyttä. Ketä tutkimuksen aihe palvelee, kenen näkökulma huomioiden se tehdään, millä tavoin se toteutetaan jne. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131–132). Pohdinnan alaiseksi nousee myös se, millä perustein tutkija tekee tutkimustaan, tai millä perustein tutkijoita osallistuu suurempaan hankkeeseen. Tutkimuksen tekoa voi ohjata aidon kiinnostuksen sijasta muut tarkoitusperät, jotka saattavat vääristää tulosta. (Grönfors 1982, 190–191). Tuloksia voi vääristää myös se, jos tutkija pitää liian tiukasti kiinni hypoteesistaan, sen sijaan että suorittaisi tutkimuksen objektiivisesti.

Oman tutkimukseni aihe tuli minulle ulkopuolelta. Otin aiheen vastaan, koska minulla on suuri henkilökohtainen kiinnostus sekä ikäihmisiin asiakasryhmänä, että päihdetyöhön. Eettiseltä kannalta tarkasteltuna aiheeni valinta oli oikein, mutta jos en olisi tuntenut aiheeseen minkäänlaista mielenkiintoa ja olisin silti valinnut sen, on mahdollista että tutkimuksen eettisyys olisi kärsinyt motivaation puutteesta. Grönforsin mukaan (1982) eettisyyteen liittyy myös kysymys siitä, mitä tutkija voi ja ei voi tehdä. (Grönfors 1982, 188). Tutkijan tulee noudattaa hyvää eettistä käytäntöä tutkimusta suorittaessaan ottaen huomioon muut tutkimuksen tekemiseen osallistuvat, tutkimuskäytäntöjen oikeanlaisen toteuttamisen ja tutkimukseen osallistuvien kohtelun. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 132–133.) Tutkijalla on eettinen velvollisuus kohdella tutkittavia kunnioittavasti, ja kertoa selkeästi mihin tutkimukseen he osallistuvat, ja mitä seikkoja heidän tulee huomioida tutkimukseen osallistuessaan. Lähtökohtaisesti tutkija ei kuitenkaan saisi tehdä senkaltaista tutkimusta, johon ei itse suostuisi tutkittavaksi. (Grönfors 1982, 188.)

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy vahvasti aineiston hankinta ja tallentaminen; millä tavoin aineistoa hankitaan ja keneltä. Tutkimukseen osallistuville tulee kertoa selkeästi, millaiseen tutkimukseen he osallistuvat, mitä heiltä odotetaan ja tietysti myös selvittää, tuleeko materiaali tutkimukseen nimettömänä vai käytetäänkö heidän nimeään. Nimeä käytettäessä tulee ehdottomasti pyytää lupa. Omassa tutkimuksessani opiskelijat osallistuivat haastatteluun siten, ettei heidän nimeään

käytetä tutkimuksessa eikä heitä erotella puhujina millään tavoin. Tutkimuksessa heidän vastauksensa ikään kuin sulautuu massaksi. Tärkeää on myös kertoa haastatteluun osallistuville, millä tavoin haastattelumateriaali lähtee eteenpäin ja millä tavoin se tuhoetaan niin, että nimettömyys säilyy. Tutkimuksessa tulee myös huomioida, onko tutkimukseen osallistuvilla tutkimuksen kannalta oikeanlaista tietoa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 228–229).

Ryhmähaastattelutilanteessa on tärkeää muistaa myös tutkijan rooli – ja osallistumattomuus. Ruusuvuoren ja Tiittulan mukaan (2005) haastattelun vetäjä ei osallistu aktiivisesti varsinaiseen keskusteluun, vaan pyrkii ainoastaan ohjaamaan sitä haluttuun suuntaan tarvittaessa. (Ruusuvuori & Tiittula 2005, 234). Ryhmähaastattelussa pyrin käyttämään tätä ohjenuoranani, jotta en siten vaikuttaisi tutkimuksen luotettavuuteen johdattelamalla haastateltavien vastauksia, ainoastaan keskustelun kulkua. Tässä mielessä uskon haastattelun tulosten olevan luotettavia; oma roolini ei ole ratkaisevasti vaikuttanut tuloksiin.

Sen sijaan tuloksiin saattaa vaikuttaa ryhmään osallistuneiden koulutussuuntautumisen yksipuolisuus. Kaikki haastateltavat opiskelevat sosiaaliaalaa. Heillä on kuitenkin työkokemusta, joka tuo haastatteluun syvempää tietoa aiheesta. Tutkimukseni tieto ei kuitenkaan ole yleistettävissä lähihoitajatutkimuksen tai sosionomikoulutuksen ulkopuolelle.

Silvermanin (2005) mukaan tutkimuksen validius on yhtä kuin totuus. Laadullisen tutkimuksen kulmakiviä on tutkimuksen luotettavuuden osoittaminen niin itselle kuin yleisöllekin, muillakin kuin muutamilla esimerkeillä. (Silverman 2005, 275–276). Tutkijalla tulee olla kattavasti hankittua materiaalia tutkimuskohteestaan ja objektiivinen näkemys tutkimuksesta. Tutkijan tulee voida osoittaa tutkimustuloksensa jollain lailla paikkaansa pitäviksi tutkimusmateriaalilla ja mahdollisesti analysointitavoilla. Hirsjärven ja Hurmeen (2008) mukaan aineiston luotettavuus riippuu myös materiaalin laadusta; onko puhe tallentunut tasaisesti, onko kaikki haastateltavat haastateltu jne. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 185). Omassa tutkimuksessani olen onnistunut saamaan haastatteluun osallistuneiden mielipiteet kaikilta osin kuuluviin ja materiaali on ollut laadukasta.

6TULOKSET

6.1 Ryhmähaastattelun kulku

Opiskelijoiden ryhmähaastattelussa muodostin teemarungon sen mukaan, mitä halusin aiheesta tietää. Tutkimusongelmani on, mitä tietoa ja taitoa opiskelijat tarvitsevat tunnistaakseen ja puuttuakseen ikäihmisten päihteidenkäyttöön. Tämän kysymyksen pohjalta tein teemat, joista halusin keskustelua. Teemoja oli neljä: 1. riskitekijät riskikäytölle 2. Hälytysmerkkien tunnistaminen 3. Puuttuminen sekä 4. tiedot ja taidot. Ideana oli ”brain storming” eli aivoriihi-tyyppisesti tuottaa tietoa teemoista avoimen keskustelun muodossa. Haastattelussa johdattelin aiheeseen kertaamalla haastattelun tarkoituksen, sekä sen, mitä tietoa toivon saavani opinnäytetyöhöni. Haastattelu lähti hitaasti käyntiin, mutta jo muutaman minuutin kuluttua keskustelu kävi vilkkaana; aihe oli selvästi mielenkiitoinen haastateltaville.

Haastattelun aikana tein tarpeen mukaan tarkentavia kysymyksiä; pyrin olemaan johdattelematta keskustelua, sillä tutkijana en halunnut puuttua keskusteluun kulkuun tai vaikuttaa omalla osallistumisella tuloksiin, mutta halusin kysymyksillä varmistaa, mitä haastateltava tarkalleen tarkoitti saadakseni mahdollisimman luotettavan tuloksen. Haastattelussa oli nauhuri keskellä pöytää, jotta puhe tallentuisi tasaisesti. Minulla oli myös kannettava tietokone, johon tein muistiinpanoja. Haastattelun jälkeen siirsin materiaalin omalle koneelleni, ja tuhosin nauhurissa olleen materiaalin, joka ei siis ollut omani.

Haastattelussa kirjasin opiskelijoiden näkemykset kunkin teeman alle, ja puhtaaksikirjoitin, eli litteroin, jälkikäteen. Apuna litteroinnissa olivat sekä nauhoite, että muistiinpanot. Nauhoitteessa puhe oli tallentunut selkeästi, ja kuului hyvin, joten litterointi sujui hyvin. Aikaa haastatteluun kului suunnitellusti, eli noin tunti. Jokaiseen teemaan käytettiin suunnilleen saman verran aikaa, ja mielestäni aikaa oli sopivasti, sillä kaikki olennainen tuli esille, mutta jos aikaa olisi ollut enemmän, olisi voinut tulla väkisin tuotettua materiaalia, joka ei välttämättä olisi ollut oleellista tutkimusongelman kannalta.

6.2 Riskitekijät opiskelijoiden näkökulmasta

Ensimmäinen teema oli riskitekijät opiskelijoiden näkökulmasta, ja kokemusten perusteella. Riskitekijöiden tiedostaminen on tärkeää ennalta ehkäisevässä päihdetyössä, sillä joihinkin tekijöihin voidaan etukäteen puuttua. Kaikkein ei tietenkään voi varautua, mutta esimerkiksi ikäihmisten eristäytyneisyyteen ja masennukseen voidaan yrittää puuttua ajoissa, ennen kuin ikäihminen käyttää päihdettä helpottajana. Käyn läpi tuloksien kannalta olennaisimmat syyt läpi, joita opiskelijat toivat esille. Syyt, joita opiskelijat tuovat esiin, pohjautuvat yhteisiin ajatuksiin ja heidän omiin kokemuksiinsa.

Opiskelijat pohtivat, mitä ovat ne riskitekijät käytännössä, jotka laukaisevat alkoholinkäytön, tai puolestaan lisäävät sitä. Ikäihmisten päihteidenkäytölle on olemassa monia syitä, kuten muidenkin asiakasryhmien päihteidenkäytölle, ja aina syytä ei edes löydy. Moni on myös saattanut juoda nuoresta asti.

Opiskelijoiden mukaan yksinäisyys on yksi tekijä. Moni ikäihminen juo yksinäisyyteensä, ja tekemisen puutteen takia. Yksinäisyyden ajateltiin johtuvan eristyneisyydestä, puolison kuolemasta tai läheisverkon puuttumisesta/muutoksista. Opiskelijat kokivat, että alkoholi voi toimia myös tekemisen puutteeseen; alkoholilla täytetään yksinäisiä, tyhjiä päiviä. Alkoholinkäyttö voi myös lisääntyä kontrollin puuttuessa; jos puoliso kuolee, ja hän toimii alkoholinkäytön kontrolloijana, voi alkoholinkäyttö lisääntyä.

Yksinäisyys johtaa helposti myös masennukseen, ja mielenterveydenhäiriöt ja päihteidenkäyttö kulkevatkin usein käsi kädessä; haastattelussa ilmeni, että Kela ei myönnä ikääntyneille terapiatukea, jolla masennuksen hoitoa voitaisiin tukea. Opiskelija ajatteli sen johtuvan siitä, että ikäihmisen mielenterveyskuntouttamiseen ”ei haluta nähdä vaivaa”.

Toisena syynä nähtiin alkoholi yhteistekijänä lääkityksen kanssa. Mikäli lääkitys ei auta esimerkiksi sairauden tuomiin kipuihin, käytetään alkoholia yhdessä lääkkeiden kanssa, ns. ”yöhömpsynä”. Muistisairailla tämä on erityisesti riskialtista; muistisairas ei välttämättä muista juomaansa määrää, joten kulutus saattaa siksi mennä riskirajoille. Alkoholin vaikutus saattaa tulla hitaasti, ja siihen mennessä

kun vaikutukset alkavat, alkoholia on jo nautittu runsaasti. Toisaalta alkoholinkäytön takia lääkitys voi unohtua, ja tämän takia terveys horjuu.

Yhteiskunnan näkökulmasta riskitekijänä ikäihmisen alkoholin riskikäytön tunnistamiselle toimii se, että ikäihmisten päihteidenkäytöstä on edelleen ”kaunis kuva”, jota vahvistaa ikäihmisten oma halu peittää alkoholinkäyttönsä. Alkoholin riskikäyttöä vähätellään tai kielletään. Opiskelijat kokivat, että ikäihmiset häpeävät alkoholinkäyttöään, tai kokevat sen omana asianaan, minkä vuoksi ikäihmisten kanssa työskentelevien on vaikeampi nähdä tilannetta. Tämä yhdistettynä yhteiskunnassa olevaan stereotypiaan ikäihmisten juomisesta, on se riskitekijänä ikäihmisten päihteidenkäyttöön puuttumiselle.

6.3 Hälytysmerkit

Toisena teemana opiskelijat pohtivat omassa työhistoriassaan ilmi tulleita hälytysmerkkejä riskikäytöstä. Työntekijälle on tärkeää tunnistaa, mitkä tekijät voivat viitata lisääntyneeseen alkoholinkäyttöön. Useat merkit voivat viitata myös sairauten tai sairaskohtaukseen, mutta sairauksien rajautuessa pois, on otettava alkoholinkäyttö myös huomioon.

Kotihoidossa asiakkaan näkee omassa ympäristössään, joten siellä on helppointa huomata muuttuneet merkit joko asiakkaan omassa olemuksessa, käytöksessä, tai asunnon kunnossa. Haastateltavista neljä on työskennellyt kotihoidossa, kaksi heistä on aiemmalta koulutukseltaan lähihoitajia. Heille on siis kertynyt kokemuksia työhistoriaansa asiakkaista, joilla alkoholinkäyttö on lisääntynyt.

Yleisempinä merkkeinä asiakkaan alkoholinkäytön lisääntymiselle oli asiakkaan haju, epäsiisti olemus ja pöhöttyneet kasvot. Ennen siisti ja hyvin pukeutuva asiakas voikin muuttua olemukseltaan täysin. Vaatteet ovat epäsiistit eikä hygieniasta huolehdita. Ylipäättään asiakkaan muuttuneen persoonallisuuden nähtiin olevan yksi hälytysmerkki; asiakas on ennen saattanut olla sosiaalinen ja avoin, ja persoonallisuus muuttuukin pikkuhiljaa sulkeutuneeksi, salailevaksi ja olemusel-

taan epäsiistiksi. Ikäihminen saattaa hävetä juomistaan, joten hän vastaa välttelevästi kysymyksiin, on ärtynyt, sulkeutunut ja välttää sosiaalisia tilanteita, joissa saattaisi ns. ”jäädä kiinni”.

Fyysiset merkit ovat toinen hälytysmerkki. Jatkuva kaatuilu voi olla merkki myös sairaudesta, mutta kuuluu myös alkoholinkäytön lisääntymisen tunnusmerkkeihin. Kaatuilusta saattaa jäädä jälkiä, ja hälytyskellojen tulee soida, mikäli kaatumisia on usein. Alkoholilla myös turvottaa, joten punoittava, turvonnut naama voi kieliä alkoholiongelmasta. Henkilö voi myös olla hajamielinen, ja tokkurainen, ja kysymyksiin vastaaminen voi olla vaikeaa; henkilö ei saa ajatuksen päästä kiinni, ja on väsynyt.

Pullojen löytyminen on yleisimpiä merkkejä. Yleensä niitä on piilotettu, jos riskikulutusta ei ole ollut kauaa, ja ihminen häpeilee juomistaan. Pulloja voi löytyä kaapin kätköistä ja muihin paikkoihin piilotettuna. Kotihoidossa hälytysmerkkien tunnistaminen on helpointa, mutta tärkeää on, että olisi samat työntekijät, joiden olisi helpompaa havaita muuttunut käytös tai kodin kunto.

6.4 Kenen pitäisi puuttua – opiskelijoiden ajatuksia

Kolmantena teemana opiskelijat pohtivat, minkä tahojen pitäisi alkoholin riskikäyttöön ikäihmisten kohdalla puuttua, ja miten. Ihanteellisinta olisi todeta, että kaikkien, mutta todellisuudessa vastuuta työnnetään helposti paikasta toiseen. Puuttumisessa on myös omat haasteensa, sillä ulkopuolisena on vaikeaa havainnoida, mikä on poikkeavaa juuri kyseisen asiakkaan kohdalla. Haasteensa tuo myös kysymys, kuka määrittää riskirajan? Kuka määrittää, mikä on riskialtista juuri tämän asiakkaan kohdalla? On vaikeaa vetää rajaa siihen, milloin pitäisi vielä katsoa tilannetta, ja milloin puuttua.

Kotihoidossa puuttumista vaikeuttaa sijaisten suuri määrä. Opiskelijoiden mukaan sijaisia käytetään paljon, ja itse olen myös ollut Kuntarekryn kautta sijaisena, josta sijaisuuksia tarjotaan kaikille palveluun rekisteröityneille. Vaihtuvat si-

jaiset eivät tunne asiakaskuntaa niin hyvin, jotta pysyisivät havaitsemaan hälytysmerkkejä. Tiimipalaverit ovatkin tärkeitä tiedonkulkuväyliä; palavereissa voidaan keskustella, onko tällainen käytös tyypillistä tälle asiakkaalle? Kotihoidosakaan ei kuitenkaan opiskelijan mukaan epäillä alkoholia heti; ensin poissuljetaan sairaudet yms, ennen kuin alkoholinkäyttöä ruvetaan enemmän tarkastelemaan. Kun alkoholinkäytöstä puhutaan, on tärkeää ottaa keskustelu avoimesti ja asiakasta kuullen esiin, ilman syyttävää ja tuomitsevaa asennetta. Opiskelijat kokivat turvallisen ja avoimen keskusteluilmapiirin tärkeäksi puheeksi otossa. Puheeksi otto tulisi kuitenkin tehdä, mikäli alkoholin riskikulutusta epäillään; puheeksi ottoa ei saa jättää tekemättä, vaan ottaa se suoraan puheeksi, ja miettiä asiakkaan kanssa, mitä tilanteelle voisi tehdä. Opiskelijoiden mukaan dialogisuus on tärkeää; asiakkaan kuuleminen ja hänen näkemyksensä huomioon ottaminen. Opiskelijat kuitenkin toivat esiin sen tosiseikan, että jos henkilö ei apua halua, kukaan ei sitä hänelle voi pakottaa.

Mikäli asiakas käyttää alkoholia korvaamaan tekemisen puutetta, olisi asiakkaan kanssa hyvä miettiä, missä tilanteissa alkoholia tulee otettua, ja mitä korvaavaa tekemistä alkoholille voisi olla. Alkoholi voi myös kuulua arjen rutiineihin. Esimerkiksi jos iltarutiineihin kuuluu alkoholin nauttiminen, asiakkaan kanssa voisi miettiä, voisiko toimintatapoja muuttaa siten, ettei alkoholi kuuluisi iltaan.

Opiskelijat ehdottivat puuttumiseen motivoivaa haastattelua, sekä nelikenttää, jossa kartoitetaan vahvuuksia ja heikkouksia. Audit-testi on myös terveyskeskuksessa yleisessä käytössä.

Opiskelijoiden mukaan terveyskeskus on tärkeä väylä ikäihmisten kohtaamiselle, jos muita kontakteja ei ole. Vuosikontrollit ja muut terveystarkastukset kuuluvat yleensä jokaisen ikäihmisen elämään, joten terveystarkastusten yhteydessä päihteidenkäyttö olisi luontevinta ottaa yleisellä tasolla puheeksi. Opiskelijoiden mukaan terveyskeskukseen yhteyttä otettaessa ikäihmisen päihteidenkäytöstä, ”pallo heitetään yleensä kotihoidolle”. Vastuuta siis työnnetään toiselle taholle, mikä vaikeuttaa hoidon saamista. Opiskelijat totesivat myös, että jos ikäihminen sanoo kaiken olevan hyvin, asiaan ei terveyskeskuksissa puututa sen enempää.

Audit-testi valottaisi tilannetta, mikäli vain asia nostettaisiin pöydälle ja siitä keskusteltaisiin.

Puuttumista vaikeuttaa ikäihmisen tilanteen puheeksi oton vaikeus, ja motivoinnin lisäksi hoidon saatavuus, sekä mahdollisen läheisverkoston puuttuminen. Ilman tukea ikäihmisen motivointi voi olla vaikeaa. Opiskelijat totesivat, että monelta puuttuu läheisverkosto: sukulaisia ei ole tai he asuvat kaukana. Omaiset olisivat myös tärkeässä roolissa alkoholin riskikäytön tunnistamisessa.

6.5 Päihdetyön osaaminen

Viimeisenä teemana opiskelijat miettivät päihdetyön osaamisen tarvetta. Opiskelijat pohtivat myös, mitä tietoa ja taitoa opiskelijan tulisi koulutuksessaan saada, jotta olisi valmiuksia kohdata ja tunnistaa ikäihmisen päihteidenkäyttöä. Riskitekijöiden ja tunnistamisen lisäksi opiskelijalla tulisi koulutuksen puitteissa saada koulutusta menetelmiin, mutta myös arvokkaaseen kohtaamiseen, asiakkaasta riippumatta.

Opiskelijat kokivat yhdeksi osaamisen alueeksi perustiedot päihteistä, ja miten ne vaikuttavat elimistössä, etenkin ikäihmisille, joilla on erityisriskit. Riskitekijöiden ja hälytysmerkkien tunnistaminen koettiin myös tärkeäksi, mitä koulussa pitäisi opettaa.

Tärkeää on myös asiakkaan kohtaaminen; erityisesti päihdeongelmaisen asiakkaan kohtaamista pitäisi opiskelijoiden mielestä käsitellä koulutuksessa enemmän. Päihdeongelma tulisi irrottaa ihmisen persoonallisuudesta, ja nähdä ihminen päihdeongelman alla, ainutlaatuisena ja arvokkaana yksilönä. Asiakasta ei saa syyllistää ongelmastaan, vaan käsitellä asiaa avoimesti ja tuomitsematta. Päihdeongelman lisäksi tulisi kuitenkin huomioida elämänhistoria, ja elämän muut osa-alueet, ja pohtia, miten päihteidenkäyttö on saanut alkunsa, mikä siihen vaikuttaa jne. Pelkästään päihdeongelman käsitteleminen, jättäen huomioimatta muut osa-alueet, ei välttämättä johda hyviin lopputuloksiin.

Työntekijällä tulee olla rohkeutta ottaa päihteidenkäyttö puheeksi; opiskelijoiden mielestä valmiuksia puheeksi ottoon tulisi käsitellä koulutuksessa nykyistä enemmän ja päihdetyötä opettaa syvemmin. Myös vuorovaikutustaidot ovat tärkeitä, jotta työntekijä kykenee luomaan luottamuksellisen suhteen asiakkaaseen. Työntekijän tulee kunnioittaa asiakkaan näkemystä ja itsemääräämisoikeutta, mutta kuitenkin löytää asiakkaasta halu motivoitumiseen ja päihteettömämpään elämään. Motivointi ja asiakkaan tukeminen ovat tärkeitä elementtejä asiakastyössä. Asiakastyössä työntekijän tulee olla myös pitkäjänteinen, sillä muutos saattaa olla asiakkaalle pitkään prosessi, ja työntekijän tulee jaksaa tukea asiakasta takapakkienkin sattuessa. Muutosvaihemallin osaamisen opiskelijat mainitsivat tärkeäksi osata, jotta työntekijä on tietoinen muutoksen eri vaiheista ja muutosprosessista. Asiakkaan lukeminen, ja eri menetelmien osaamisen opiskelijat kokivat myös tärkeäksi; kyseisen asiakkaan kanssa sovelletaan hänelle sopivaa menetelmää, eikä sullota asiakasta samaan muottiin muiden asiakkaiden kanssa. Työntekijällä pitää olla siis kykyä joustaa asiakkaan tarpeiden mukaan ja katsoa asioita eri näkökulmista. Opiskelijoiden mielestä tärkeää on myös, että on tietoinen omista asenteistaan päihteisiin ja niiden käyttöön, sekä tietää kohtuukäytön suositukset. Itse-reflektio on tärkeää asiakastyössä; kyky erottaa oma näkemys asiakkaan näkemyksestä.

Ikäihmisen omatoimijuuden ja harrastuksiin motivoinnin opiskelijat kokivat olevan myös tärkeää, jotta ihminen ei jää yksin kotiin ja eristäydy muusta maailmasta. Työntekijän on tärkeää osallistaa ikäihmistä itseään olemaan aktiivinen ja osallistumaan sosiaalisiin tapahtumiin. Myös terapiaan ohjaaminen asiakasta ja hänen tilannettaan ymmärtäen on olennaista, jotta asiakas saa apua, mutta ei koe huonommuuden tunnetta avuntarpeestaan. Jotta asiakasta voitaisiin tehokkaasti ohjata tapahtumiin ja palveluihin, olisi tärkeää osata myös asiakasryhmittäin palveluverkostoa ja palveluohjausta enemmän, kuin koulutuksessa on läpikäyty. Pidemmälle ehtineet opiskelijat kokivat, että palveluohjausta- ja verkostoa on ollut heidän koulutuksessaan liian vähän. Ennaltaehkäisyn osaaminen, riskitekijöiden läpikäyminen sekä se, miten riskitilanteissa voidaan tukea, olisi opiskelijoiden mielestä tärkeää kuulua päihdetyön koulutukseen menetelmien ja päihteiden perustietojen lisäksi.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

7.1 Päätelmiä ryhmähaastattelusta

Ryhmähaastattelu toi esille paljon samoja tuloksia, joihin olen kirjallisuudessa törmännyt. Vanhus- ja päihdetyön kirjallisuudessa käsitellään samoja riskitekijöitä ja hälytysmerkkejä, kuin ryhmähaastattelussa tuli esiin. Tästä voidaan ainakin päätellä, että teorian tieto ja todellisuus kohtaavat, ja opiskelijoilla on kertynyt jo paljon kokemustietoa vanhus- ja päihdetyöstä.

Tuloksista voidaan päätellä, että haastateltavat pitävät tärkeänä riskitekijöiden ja hälytysmerkkien tunnistamista. Ennalta ehkäisevässä työssä on tärkeää tiedostaa, mitä ovat riskitekijät vanhuksien riskikäytölle, jotta siihen voidaan mahdollisuuksien mukaan puuttua. Hälytysmerkkien tunnistaminen on myös oleellista; koulutuksessa olisi tärkeää läpikäydä olennaisimmat hälytysmerkit. Maalaisjärjellä pääsee pitkälle hälytysmerkkien havaitsemisessa, mutta kokemattomammalle työntekijälle voi olla haasteellisempaa tunnistaa hälytysmerkkejä.

Päihdetyön syvällisempi koulutus kaiken kaikkiaan olisi oleellista myös sosionomikoulutuksessa. Lähihoitajan koulutuksessa päihdetyö on mahdollista valita, mutta se kuuluu ainoastaan yhteen koulutusohjelmaan; mielenterveys- ja päihdetyön koulutusohjelma. Muihin koulutusohjelmiin lähihoitajan työssä päihdetyö ei kuulu pakollisena, sen voi valita ainoastaan valinnaisena tutkinnon osana. (turku.fi)

Myöskään sosionomikoulutuksessa ei painoteta päihdetyötä muissakaan amk:ssa Turun ohella. Päihdetyö on valittavissa valinnaisissa aineissa, mutta ei painotu perusopinnoissa. Haastattelun tulosten perusteella perustiedot päihteistä ja niiden vaikutuksista, riskeistä ja tunnusmerkeistä tulisi opiskelijoiden mielestä kuulua opetussuunnitelman peruspakettiin.

Kotihoito ja terveydenhoito olivat haastattelun tuloksien perusteella tärkeimpiä tahoja puuttua päihdeongelmiin. Vastuuta ei saisi sysätä taholta toiselle, vaan ongelmaan puuttua siellä missä se on tullut ilmi.

7.2 Ryhmähaastattelun vertaaminen asiantuntijoiden näkemyksiin

Haastattelin ryhmähaastattelun vertailupohjaksi myös kahta vanhustyön pitkän linjan työntekijää, kaupungin sairaalan vanhustyön sosiaalityöntekijää sekä yksityisen puolen palveluohjaajaa. Asiantuntijoiden kysymykset kulkivat käsi kädessä ryhmähaastattelun teemojen kanssa. Kysymykset käsittelivät heidän kokemuksiinsa ikäihmisten päihteidenkäytöstä, tunnusmerkeistä ja päihteidenkäytön lisääntymisestä.

Sosiaalityöntekijän mukaan ikäihmisten päihteidenkäyttö on lisääntynyt, mutta se ei aina tule ilmi. Hänen mukaansa päihteidenkäyttöä vähätellään ja siitä ei keskustella yleisesti. Alkoholinkäytöstä voidaan kysyä, mutta aina potilas ei vastaa rehellisesti. Tieto saattaa enemmin kulkea omaisten kautta. Kaatuilu on sairaalamaailmassa selkeimpiä merkkejä riskikulutuksesta, mutta siinäkään ei heti alkoholia osata epäillä. Ikäihmisten päihdetyö on haasteellista juuri näiden seikkojen takia, sekä siksi, että yksinomaan ikäihmisille suunnattua päihdepalvelua ei ole; ikäihmisten päihdepalvelukontakteja ovat katko, A-klinikka ja asumispalvelut. Sosiaalityöntekijä koki, että kyseiset palvelut ovat kuitenkin hankalia asiakkaille käyttää. Ikäihmisille olisi parempi olla olemassa heille suunnattu taho, jossa syrjäytyneille ja päihdeongelmallisille järjestettäisiin korvaavaa toimintaa, sen sijaan että päiviä täytetään alkoholilla. Kysyttäessä, kenen pitäisi puuttua päihteidenkäyttöön, vastaus oli opiskelijoiden lailla että kaikkien, mutta sosiaalityöntekijä koki, että terveyshuollon henkilökunnalla saattaa olla enemmän auktoriteettia puheeksi ottamisessa ja mahdollisuus perustella terveyden kannalta riskikulutuksen vähentämistä. Joka tapauksessa asiaa usein aristellaan kysyä. Mini-interventio eli lyhyt kysely alkoholinkäytöstä on olemassa, ja sen mukaan seulotaan alkoholinkäyttöä. Jos potilas ei kuitenkaan myönnä alkoholiongelman olemassaoloa, on tilanteeseen lähes mahdotonta puuttua.

Palveluohjaajan mukaan päihteidenkäyttöön törmää kyllä palveluohjaajan työssä, mutta vaikuttamismahdollisuudet ovat rajalliset. Terveyskeskus on se yhteystaho, jonne otetaan yhteyttä. Hän nimesi myös kotihoidon tärkeäksi tahoksi ikäihmisten päihteidenkäytön tunnistamisessa. Palveluohjaaja on itse toiminut

kotihoitajana ennen nykyistä toimeaan ja sosionomikoulutusta. Hän nimesi opiskelijoiden tavoin pullojen löytymisen, kaatuilun, sotkuisen asunnon ja virttyneen olemuksen ja muutokset ihmisessä merkeiksi päihteidenkäytöstä. Hän toi myös esiin sen, että päihteidenkäytöstä ei haluta puhua ja alkoholia ei välttämättä osata heti epäillä. Asunnossa käynti ja rohkea puheeksi otto tuovat eniten tietoa tilanteesta, mutta aina näilläkään keinoin ei ole mahdollista puuttua. Kaikissa haastatteluissa todettiin, että jos asiakas ei apua halua, on häntä lähes mahdotonta auttaa.

Kaiken kaikkiaan asiantuntijoiden vastaukset kulkivat käsi kädessä opiskelijoiden vastausten kanssa. Opiskelijoilla oli jo nykyisen kokemuksensa perusteella kattava tietopohja haastatteluun, mutta myös tuore opiskelijatausta. Asiantuntija-haastattelut tuovat tutkimukseen hyvää vertailupohjaa ja luotettavuutta tutkimuksen tuloksiin, sillä ne vastaavat opiskelijoiden vastauksia. Näkemykset vastasivat toisiaan, sekä myös kirjallisuutta. Asiantuntijat kokivat opiskelijoiden lailla, että perustiedot päihteistä ja ikääntyneen päihteidenkäyttäjien kohtaamisesta olisivat olennaisia eväitä tyouralla. Asiantuntijat totesivat myös tärkeäksi oikean asenteen ja rohkeuden puuttua päihdetyössä.

7.3 Opinnäytetyön arviointi

Opinnäytetyötäni arvioidessani käyn läpi opinnäytetyön vaiheet alusta johtopäätelmiin. Opinnäytetyöni alkoi saatuaani tiedon Hasic-hankkeesta ammattikorkeakouluni opettajalta. Yhteysopettajanani Hasic-hankkeeseen toimi päihdetyön opettaja Maija-Liisa Aronpää. Opinnäytetyöni alkoi rakentua pääosin päihdetyöhön ja ikäihmisten päihteidenkäytön kirjallisuuteen tutustumalla. Keräsin tietoa ja kirjallisuutta Sininauhaliiton sivuilta, netistä, opettajalta sekä kirjallisuuden lähdeluetteloista. Opinnäytetyöni rakenne hahmottui pikkuhiljaa; päätin koota teoriaosuuteeni tietoa ikäihmisistä yleisellä tasolla, alkoholista päihteestä sekä riskirajoista, sekä ikäihmisten juomisesta. Halusin käydä teoriassani läpi myös ennalta ehkäisyä, sekä muutamia keinoja siihen. Viimeinen ja oleellinen kappale teoriaani oli osaamisen tarve, ja se, mitä opetusministeriö oli linjannut siihen.

Saadakseni aiheeseen tietoa, alkuperäinen idea oli haastatella opiskelijoita yksittäin. Yksilöhaastattelussa olisi kuitenkin ollut se hankaluus, että olisi pitänyt tehdä strukturoidumpi haastattelu, ja haastateltavien olisi saattanut olla vaikeampi vastata kysymyksiin. Vaikka opiskelijat valikoituivat kokemuksen perusteella, koin ryhmähaastattelun tuottavan monipuolisemmin tietoa. Ryhmähaastattelun muodostin siten, että opiskelijat keskustelivat melko vapaamuotoisesti teemoittain aiheista, ja tämä mielestäni toimi hyvin; keskustelua käytiin annetuista aiheista, kuitenkin kattavasti. Tarkentavilla kysymyksillä sain luotettavuutta siihen, että ymmärsin mitä haastateltava tarkoitti. Myös haastattelun eteenpäin ohjaus sujui luontevasti. Tarkemmin määriteltyihin kysymyksiin olisi saattanut olla hankalampi vastata.

Tarkoitus oli myös haastatella 3-4 asiantuntijaa, mutta päädyin haastattelemaan kahta, ja vertailemaan heidän vastauksiaan ryhmähaastatteluun. Ryhmähaastattelun tuloksista sain kattavasti materiaalia, jotka olivat samansuuntaisia asiantuntijoiden vastausten kanssa; tämän vuoksi asiantuntijahaastatteluiden määrä rajautui. Suuremman määrän koin tarpeettomana.

Ryhmähaastattelu toteutui toukokuun lopulla; litteroin sen samalla viikolla. Kesäkuusta heinäkuuhun tutustuin kirjallisuuteen, ja kirjoitin teoriaosuutta. Elokuussa tein kaksi asiantuntijahaastattelua, toinen sairaalan sosiaalityöntekijälle, ja toinen vanhustyön palveluohjaajalle.

Syyskuusta lokakuuhun viimeistelin teoriaosuuden, ja kirjoitin tutkimusosuuden. Aiheeni valikoitui melko myöhään, mutta sain hyvässä ajassa tärkeimmän tiedon hankinnan, eli ryhmähaastattelun, toteutettua. Olen kuitenkin jälkikäteen pohtinut, olisiko minun pitänyt laajentaa opiskelijoiden kokemuspäiriä ottamalla haastatteluun esimerkiksi sairaanhoidon opiskelijoita, joilla olisi mahdollisesti ollut kokemusta terveydenhuollon puolelta. Tutkimustani ei opiskelijoiden koulutusalojen rajallisuuden vuoksi voi yleistää; toisaalta, kotihoito on tärkeä väylä ikäihmisten kanssa työskentelyyn, ja tätä kokemusta oli kolmella viidestä haastateltavasta. Toisaalta ajattelen myös, että opiskelijoiden koulutusalojen liiallinen monipuolisuus haastattelussa olisi tehnyt opinnäytetyöstä liian laaja-alaisen. Uskon myös, että keskustelua oli helpompi tuottaa saman alan opiskelijoiden keskuudessa.

Ryhmähaastattelu tuotti kuitenkin monipuolisesti tietoa, eikä käytännön ongelmia haastattelun toteuttamisessa ilmennyt haastattelutilanteessa tai sen jälkeen.

Asiantuntijahaastattelujen uskoin riittävän, sillä ne eivät ole oleellinen osa opin- näytetyötäni; tarkoitus oli kuitenkin saada tietoa opiskelijoita varten, ja nimen- omaan opiskelijanäkökulmasta. Olen kuitenkin pohtinut, olisiko opinnäytetyöhöni tuonut enemmän näkökulmaa haastatella laajemmin asiantuntijoita.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöni teko on sujunut hyvin ja tuonut itselleni paljon lisätietoa aiheesta. Ikäihmisten päihteidenkäytössä on paljon erityispiirteitä ja ulottuvuuksia, joiden tietäminen on työkentillä olennaista, jotta päihteidenkäytön tunnistaa. Toivon tulevaisuudessa työllistyväni vanhus- tai päihdetyöhön, ja us- kon opinnäytetyöni antavan tulevaisuuden työkenttiä varten hyvät eväät molem- piin työalueisiin.

Toivon opinnäytetyöni tuovan myös uutta tietoa Hasic-projektille. Päihdetyön koulutus on yhä tärkeämpää kaikkien asiakasryhmien keskuudessa. Ikäihmisten päihteidenkäyttö on kuitenkin ollut tapetilla viime vuosina, ja siihen yritetään ene- nevissä määrin puuttua. Sosionomin koulutuksen pitäisi antaa edellytykset myös päihdetyöhön; kuitenkin päihdetyö painottuu koulutuksessamme hyvin vähän. Omassa koulutusohjelmassani päihdetyötä käsiteltiin enemmän vasta suuntaa- vissa opinnoissa, eikä sielläkään mielestäni kyllin kattavasti, joten on hyvä asia, että päihdetyön tarpeellisuuteen koulutuksessa on alettu kiinnittää huomiota. Opinnäytetyöni toivon tuovan suuntaa siihen, mitä opiskelijat kokevat, että tule- vaisuuden työntekijöiden olisi tärkeää osata, sekä antavan kouluttajille ja päihde- työn ammattilaisille suuntaviivaa päihdetyön sisällölle opiskelijanäkökulmasta. Opinnäytetyöni tuo toivottavasti opiskelijoiden ääntä kuuluviin siinä, mitä päihde- työn koulutuksen olisi hyvä sisältää.

LÄHTEET

Aaltola, J. & Valli, R. 2010. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodivalinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus

Alanko, A. & Haarni, I. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.

Eriksson, E. & Arnkil, T. 2009. Taking up one's worries. A handbook on early dialogues. Helsinki: National institute for Health and Welfare.

http://ec.europa.eu/health/newsletter/126/focus_newsletter_fi.htm

Viitattu: 5.11.2014

Grönfors, M. 1982. Kvalitatiiviset kenttätömenetelmät. Helsinki: WSOY.

Haarni, I. & Hautamäki, L. 2008. Ikääntyvät juomatavat. Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Halkola, A. 2008. Asiantuntijuuden jäljillä. Yliopisto-opiskelun ja työkokemuksen tuoma käsitys omasta ammatillisesta osaamisesta. Pro Gradu-tutkielma. Teoksessa viitattu -> Jakku-Sihvonen, R. 2005. Kasvatustieteiden opetus ja asiantuntijan arkipätevyys. Jyväskylä: PS-kustannus

Havio, M.; Inkinen, M. & Partanen, A. 2013. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Heikkilä, M. & Lahti, T. 2007. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Helsinki: Stakes.

Heino, E. & Marin, M. 2002. Vanhuuden voimavarat. Vammala: Kirjapaino Oy.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelu ja sen käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.

Hirsjärvi, S.; Remes, P.; Liikanen, P. & Sajavaara P. 1992. Tutkimus ja sen raportointi. Helsinki: Kirjayhtymä.

Holstila, A.; Helakorpi, S. & Uutela, A. 2012. Eläkeikäisen väestön terveystäytyminen ja terveys keväällä 2011 ja niiden muutokset 1993-2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Isopahkala-Bouret U. 2008. Asiantuntijuus kokemuksena. Aikuiskasvatus/Artikkelit 2/2008

<http://www.kotosalla.fi/kotosalla-asuminen/miksi-kotosalla-asuminen>

Viitattu 9.11.2014

Koski-jännes, A.; Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.

Laapio, M. 2009. Osattomuudesta osallisuuteen. Vammala: Kirjapaino Oy.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen L. 2003. Sisällönanalyysi laadullisen aineiston analyysimenetelmänä. Teoksessa Janhonen S. & Nikkonen M.(toim.), 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoito-tieteessä. Juva: WS Bookwell.

Levo, T. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Helsinki: Sininauhaliitto.

Mattila, K. 2008. Arvostava kohtaaminen; arjessa, auttamistyössä ja työyhteisössä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Nykky, T.; Heino, T.; Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.

Opetusministeriö 2007. Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17

<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mini-interventio-eli-lyhytneuvonta> Viitattu: 28.9.2014

Parrot, L. 2010. Values and ethics in social work practice. Second Edition. Exeter: Learning matters.

Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino.

<http://selvasuunta.fi/> Viitattu: 5.11.2014

Siltala, P. 2013. Vanhuus – elämä haluaa tulla eleyksi. Helsinki: Kirjapaja.

Silverman, D. 2010. Doing qualitative research. Los angeles: Sage.

http://www.sininauhaliitto.fi/verkkolehti/uutiset/tutkimus_kehitys/ikaantyminen_ja_alkoholi_-hanke_kertoi_saavutuksistaan/

Viitattu: 5.11.2014

Soikkeli, M. & Warsell, L. 2013. Laatu tähtää kiertämässä. Ehkäisevän päihdetyön laatu käsikirja. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Viljanen, M. & Levo, T. 2010. Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa. Vammala: Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. ja Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

<http://www.turkuai.fi/public/default.aspx?contentid=31468>

Viitattu: 5.11.2014

Tynjälä, P. 2002. Oppiminen tiedon rakentamisena. Helsinki: Tammi.

Liite 1.

Ryhmähaastatteluiden teemat



Liite 2.

Asiantuntijahaastatteluiden kysymykset

- Kuvailisitko työnkuvaasi?
- Miten asiakkaat ohjautuvat asiakkaiksi?
- Oletko huomannut asiakkaiden päihteidenkäytön lisääntyneen?
- Mitkä merkit kertovat päihteidenkäytön lisääntymisestä?
- Minkä ikäisillä päihteiden riskikulutusta yleisimmin lisääntyy? (65+ vuotiaista ylöspäin)
- Mitä ovat riskitekijät päihteidenkäytön lisääntymiselle?
- Kenen pitäisi puuttua?
- Millä keinoin riskikulutukseen on puututtu?
- Mitä valmiuksia työntekijä tarvitsee päihdeongelmaisen ikäihmisen kohtaamiseen?
- Mitä tietoa ja taitoa opiskelijat tarvitsevat päihdetyöhön?

