

Seinäjoen
ammattikorkeakoulun
julkaisusarja

B

Päivi Niiranen
Sirpa Tuomela-Jaskari

Haasteena ikäihmisten päihdeongelma?

Selvitys ikäihmisten
päihdeongelman
esiintyvyydestä
pohjalaismaakunnissa

Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
B. Raportteja ja selvityksiä 40

Päivi Niiranen
Sirpa Tuomela-Jaskari

Haasteena ikäihmisten päihdeongelma?

Selvitys ikäihmisten päihdeongelman
esiintyvyydestä pohjalaismaakunnissa



Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja
Publications of Seinäjoki University of Applied Sciences

- A. Tutkimuksia Research reports
- B. Raportteja ja selvityksiä Reports
- C. Oppimateriaaleja Teaching materials
- D. Opinnäytetöitä Theses

Myynti:

Seinäjoen korkeakoulukirjasto
Keskuskatu 34 PL 97, 60101 Seinäjoki
puh. 020 124 5040 fax 020 124 5041
seamk.kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-5336-95-5 (verkkojulkaisu)
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)

Esipuhe

Ikäihmisten päihdeongelmat ovat viime vuosina nousseet esille entistä enemmän. Keskusteluista on välittynyt huoli päihdeongelmaisten ikäihmisten määrän kasvusta palvelujärjestelmän eri sektoreilla, kuten kotihoidossa, terveydenhuollossa ja sosiaalityössä.

Ikäihmisten (yli 65-vuotiaiden) päihdeongelman kasvun tilastollinen osoittaminen ja määrittäminen on osoittautunut haastavaksi, sillä gerontologinen päihdetyö ei ole ollut tutkimuksellisesti vahva alue ja haasteeseen on kiinnitetty huomiota vasta viime vuosina. Suomalaisessa tutkimusperinteessä ikääntyneiden päihdeongelmia on sivuttu lähinnä muihin teemoihin keskittyneiden tutkimusten ja selvitysten yhteydessä.

Haasteena ikäihmisten päihdeongelma -raportissa tarkastellaan ikäihmisten päihdeongelmaa pohjalaismaakuntien alueella. Selvitys pohjautuu vanhustyössä työskentelevien työntekijöiden näkökulmiin ongelman esiintyvyydestä ja laajuudesta toimintayksiköissä, päihteiden käytöstä aiheutuvista hoitotyön haasteista, käytöstä olevista toimintamalleista sekä kehittämistarpeista ja tulevaisuuden kuvista. Kyselyn ohella selvitystä taustoittaa pohjalaismaakuntien perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta saadut tilastotiedot päihtyneenä päivystysvastaanotoilla käyneiden ikäihmisten lukumäärästä.

Haasteena ikäihmisten päihdeongelma -raportti tuo esille, että ikääntyvien päihdeongelma pohjalaismaakunnissa on jo näkyvissä avohoidossa. Päihteiden runsaampi käyttö kohdentuu 65–75-vuotiaiden ikäryhmään. Päihteiden käytön lisääntyminen näkyy konkreettisesti hoidon tarpeen lisääntymisenä sekä ennalta arvaamattomien ongelmien esiintymisenä. Tutkimustuloksista heijastuu ongelman tuoreus ja siihen liittyvien toimintatapojen ja -mallien puutteellisuus sekä vanhustyötä tekevien puutteellinen osaaminen kohdata iäkäs päihdeongelmainen asiakas ja työskennellä hänen kanssaan.

Ikäihmisten päihteiden käytöstä aiheutuvista kustannusvaikutuksista on vähän käytettävissä olevaa tietoa. Menot koostuvat sekä suorista että välillisistä kustannuksista. Ikäihmisillä päihteistä johtuvat haitat näkyvät terveydentilan ja liikuntakyvyn heikentymisenä, mikä johtaa helposti kotona pärjäämättömyyden ongelmiin. Lisääntynyt hoidon tarve lisää puolestaan sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia. Ikääntyvien päihdeongelmien lisääntyminen on haaste palvelututannolle koskien kaikkia päihderiippuvaisia kohtaavia ammattikuntia.

Tulevaisuudessa ongelman arvellaan kasvavan räjähdysmäisesti, minkä vuoksi siihen tulisi paneutua jo tässä vaiheessa. Päihdeongelmaisten palvelut on suunniteltu vastaamaan työikäisen väestön tarpeita. Ikäihmisille suunnattuja palveluita ei ole juurikaan tarjolla. Ongelmaan tulee varautua selkeyttämällä palvelurakenteita, tarjoamalla asianmukaista hoitoa jo olemassa olevien ja potentiaalisten haittojen vähentämiseksi, sekä kehittämällä varhaisen puuttumisen ja ennaltaehkäisevän työn menetelmiä. Ikäihmisten parissa työskentelevien henkilöiden ammatillista osaamista tulee lisätä. Lisäksi tarvitaan lisää tutkimus- ja seurantatietoa kehittämisen ja päätöksentuen tueksi.

Haasteena ikäihmisten päihdeongelma -selvityksen ovat toteuttaneet projekti-koordinaattori Päivi Niiranen, Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö-hankkeesta ja päihdepalvelujen suunnittelija Sirpa Tuomela-Jaskari, Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIAsta (Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujen kehittämishanke). Ruotsinkielisestä osuudesta on vastannut ruotsinkielinen vanhustenhuollon kehittämisyksikkö -hanke Äldrecentrum Österbotten. Vastaavaa selvitystä ei ole aihepiiristä pohjalaismaakunnissa aiemmin tehty.

Haluamme esittää lämpimät kiitoksemme kyselyyn vastanneille vanhustyössä toimiville työntekijöille sekä tilastointiin osallistuneille perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työntekijöille. Vastauksenne ovat auttaneet luomaan kuvaa ikäihmisten päihdeongelmasta ja siihen liittyvistä kehittämistarpeista pohjalaismaakunnissa.

Seinäjoella 18.3.2009

Päivi Niiranen
projektikoordinaattori
Pohjalaismaakuntien vanhustyön
kehittämisyksikkö -hanke

Sirpa Tuomela-Jaskari
päihdepalvelujen suunnittelija /
kehittämishanke
Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan
osaamiskeskus SONet BOTNIA

Sisällys

1. PUHEENA IKÄIHMISTEN PÄIHDEONGELMA	7
1.1 Ikääntyvien päihteidenkäyttö lisääntyy.....	7
1.2 Kartoitus ikäihmisten päihdeongelmasta pohjalaismaakunnissa.....	10
 2. IKÄIHMISTEN PÄIHDEONGELMAN YLEISYYS POHJALAISMAAKUNNISSA	12
2.1 Toimintaympäristö	12
2.2 Päihdeongelman yleisyys	14
2.3 Pilottiluonteinen Audit -kysely ikäihmisten päihteidenkäytöstä Etelä-Pohjanmaalla	22
2.4 Tilastoidut päihde-ehtoiset käynnit perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysvastaanotoilla	24
2.5 Päihdeongelman kasvaminen tulevaisuudessa	26
 3. PÄIHTEIDENKÄYTTÖÖN LIITTYVÄT ONGELMAT	29
3.1 Päihteiden käytöstä johtuvat konkreettiset ongelmat	29
3.2 Työn haasteellisuutta lisäävät tekijät	32
3.3 Päihteidenkäyttö dementian yhteydessä.....	34
3.4 Yksiköissä käytössä olevat toimintamallit ja työvälineet	36
3.5 Ikääntyvän päihdeongelman hoitaminen	37
3.6 Yhteistyön kipukohdat – yhteistyö eri toimijoiden välillä	41
 4. YHTEENVETO JA TOIMENPIDESUOSITUKSET	44
 LÄHTEET	54
 Liite 1. Kyselylomake saatteineen (suomenkielinen).....	58
Liite 2. Kyselylomake saatteineen (ruotsinkielinen)	62
Liite 3. Ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyys pohjalaismaakuntien perus- terveydenhuollon päivystysvastaanotoilla, tilastointipyyntö (suomen- kielinen)	66
Liite 4. Ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyys pohjalaismaakuntien perus- terveydenhuollon päivystysvastaanotoilla, tilastointipyyntö (ruotsin- kielinen)	68
Liite 5. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet (STM esitteitä 2006:6)	70

TAULUKOT

Taulukko 1. Ikäryhmittäinen väestöennuste vuosille 2008–2030 (Pohjalais- maakunnat).....	8
Taulukko 2. Alkoholin tilastoitu kulutus pohjalaismaakunnissa	8
Taulukko 3. Suurkulutuksen jaottelu	17

KUVAT

Kuva 1. Pohjalaismaakuntien kartta, eriteltynä kuntien vastauslukumäärä	12
Kuva 2. Toimintayksiköiden keskeiset yhteistyötahot	42

KUVIOT

Kuvio 1. Työntekijöille kertynyt työkokemus vanhustyöstä	13
Kuvio 2. Päihdeongelmaisten ikäihmisten lukumäärä toimintayksikössä.	19
Kuvio 3. Päihteitä käyttävien ikäihmisten lukumäärä ikäryhmittäin jaoteltuna ..	22
Kuvio 4. Alkoholin käytön tiheys (Skinnari & Koukkari 2008)	23
Kuvio 5. Käytetyt annosmäärät (Skinnari & Koukkari 2008)	23
Kuvio 6. Käytetty annosmäärä 3 tai enemmän (Skinnari & Koukkari 2008)	24
Kuvio 7. Päihdeongelmien lisääntyminen	27
Kuvio 8. Päihteiden käytön näkyminen yksiköissä	30
Kuvio 9. Työn haasteellisuutta lisäävät tekijät.....	33
Kuvio 10. Päihteiden vuoksi dementoituneiden hoidon erityispiirteet.....	35
Kuvio 11. Käytössä olevat toimintamallit ja työvälineet	36
Kuvio 12. Ikääntyvien päihdeongelman hoitaminen	38
Kuvio 13. Ikääntyvien päihdeongelmaisten kohtaamista ja työsketnelyä edistävät tekijät	40
Kuvio 14. Yhteistyön kehittäminen eri yksiköiden välillä	43

1. PUHEENA IKÄIHMISTEN PÄIHDEONGELMA

1.1 Ikääntyvien päihteidenkäyttö lisääntyy

Joka kymmenes yli 65-vuotias käyttää liikaa alkoholia

Kotimaa - 14:04 - 05. tammikuuta 2009 - (Päivitetty klo 15:30)

Ainakin joka kymmenennellä yli 65-vuotiaalla arvioidaan olevan ongelmia alkoholin käytössä. Silti liika juominen jää usein terveydenhuollossa tunnistamatta, tai se jää muiden sairauksien varjoon.

Runsas juominen altistaa sekavuustiloille ja myöhemmin muistihäiriöille. Johtajapsykiatri Tuula Saarelan mukaan liika alkoholi aiheuttaa ikäihmisille myös masennusta ja itsetuhoisuutta.

- Juominen vaikeuttaa myös masennuksesta toipumista, Saarela sanoi Lääkäripäivillä Helsingissä.

Lähes kolmannes iäkkäistä on aloittanut runsaan alkoholin käytön vasta ikääntyneenä. Vaikea elämäntilanne on usein syynä käytön aloittamiseen.

Kohtuullinen alkoholin käyttö tarkoittaa yli 65-vuotiailla yhtä päivittäistä annosta, enintään seitsemää annosta viikossa. Alkoholia kohtuullisesti käyttävällä on usein ystäviä, hyvä rahatilanne, ja hän kokee terveytensäkin hyvänä.

STT (<http://www.stt.fi/fi/>)

Ikäihmisten päihdeongelmat ovat viime vuosina nousseet esille keskusteluissa, joista on välittynyt huoli päihdeongelmaisten ikäihmisten määrän kasvusta palvelujärjestelmän eri sektoreilla, kuten kotihoidossa, terveydenhuollossa ja sosiaalityössä. Ongelman kasvu johtuu osittain suurten ikäluokkien (vuosina 1946–1950 syntyneet) eläköitymisestä. Vuoden 2007 väestöennusteen mukaan (ks. taulukko 1) ikäihmisten määrä tulee nousemaan huomattavasti vuoteen 2015 mennessä.

Ikäihmisillä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan yli 65-vuotiaasta henkilöä. Ihmisistä, jotka ovat eläkeiässä (yli 65-vuotiaat) tai ylittäneet sen, käytetään erilaisia termejä. Näitä ovat muun muassa ikäihminen, vanhus, iäkäs, seniori, kolmasikäinen, ikääntynyt (ks. esim. Haarni & Hautamäki 2008.) Päihteitä käyttävällä ikäihmisellä tässä tutkimuksessa tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää alkoholia tai alkoholia ja lääkkeitä yhdessä päihtymistarkoitukseen tai henkilöä, jonka päihteidenkäyttö on ongelmallista.

Ongelman kasvu johtuu suurten ikäluokkien kasvun ohella myös kyseisen sukupolven poikkeavasta alkoholikäyttäytymisestä verrattuna aiempiin sukupolviin. Raittiutta ei koeta enää ”hyveeksi”, vaan alkoholi kuuluu sekä juhlaan että entistä useammin myös arkeen. Stakesin tutkimuksen mukaan (Mustonen ym. 2001) raittiuus on vähentynyt 50–69 -vuotiaiden ikäryhmässä. Vielä 1960-luvulla 56 % naisista ja 19 % miehistä oli raittiita, kun vuonna 2000 naisista oli raittiita enää 16

% ja miehistä 11 %. Suurin muutos on tapahtunut ikääntyneiden naisten alkoholinkäytössä. Vahvistavina tekijöinä alkoholinkäyttöön ja sen lisääntymiseen ovat työelämän sitoumusten loppuminen, yksinäisyys ja erilaiset elämäntilanteet kuten puolison ja ystävien kuolema tai sairaudet.

Taulukko 1. Ikäryhmittäinen väestöennuste vuosille 2008–2030 (Pohjalaismaakunnat)

ALUE	IKÄRYHMÄ	2008	2010	2015	2025	2030
Etelä-Pohjanmaa	65–74	18 151	18 923	24 233	26 225	24 861
	75–84	13 870	13 846	13 867	20 070	23 180
	85–94	4 644	5 047	5 904	6 604	7 716
	95–	260	288	366	613	666
Pohjanmaa	65–74	16 083	17 137	21 380	21 417	20 434
	75–84	11 667	11 686	12 103	17 917	19 647
	85–94	4 506	4 816	5 341	6 164	7 586
	95–	305	338	404	605	675
Keski-Pohjanmaa	65–74	6 372	6 702	8 694	8 705	8 219
	75–84	4 424	4 536	4 732	7 187	8 018
	85–94	1 408	1 554	1 912	2 334	2 828
	95–	79	101	114	209	239
Koko maa	65–74	47 328	50 732	64 913	68 060	67 590
	75–84	31 450	32 677	34 491	53 657	59 265
	85–94	9 703	10 626	13 009	16 478	20 683
	95–	6 009	6 470	7 901	13 977	15 822

Lähde: Tilastokeskus / StatFin -palvelu

Alkoholinkäyttö Suomessa on kasvanut kokonaisuudessaan. Vuonna 2007 alkoholijuomien kokonaiskulutus kasvoi lähes kolme prosenttia verrattuna edelliseen vuoteen. Asukasta kohti kulutettiin 100-prosentista alkoholia 10,5 litraa/asukas. Tilastoidun kulutuksen määrä nousi 8,7 litraan, mikä on enemmän kuin koskaan aikaisemmin. Tilastoimattoman kulutuksen määrä laski 1,8 litraan asukasta kohden. (Tuotevalvontakeskus STTV 2007.) Tähän kehitykseen on vaikuttanut muun muassa alkoholiverkotuksen alentaminen, joka on lisännyt alkoholiongelmiensa määrää.

Taulukko 2 Alkoholin tilastoitu kulutus pohjalaismaakunnissa (100 %:sta alkoholia/asukas)

	2005	2006	2007
Etelä-Pohjanmaa	6,6	6,7	6,9
Keski-Pohjanmaa	6,6	6,9	6,9
Pohjanmaa	5,7	5,9	6,0
Koko maa	8,2	8,4	8,7

Pohjalaismaakunnissa alkoholin kulutus on kuitenkin vähäisempää kuin muissa maakunnissa. Pohjanmaalla alkoholin *tilastoitu kulutus* vuonna 2007 oli 6 litraa/asukas, Etelä-Pohjanmaalla ja Keski-Pohjanmaalla 6,9 litraa/asukas. Vuoteen 2003 verrattuna alkoholin kulutus on Tuotevalvontakeskus STTV:n (2007) mukaan lisääntynyt 14 prosenttia koko maassa.

Myös ikäihmisten päihteidenkäyttö seuraa osittain yleistä päihteiden kulutusta. Ikäihmisten päihteidenkäyttöön liittyy erityisongelmia verrattuna nuorempiin ikäryhmiin, koska ikääntyessä alkoholinsietokyky laskee ja pienetkin määrät voivat aiheuttaa pahoja haittavaikutuksia. Alkoholisoituminen ikääntyneenä voi tapahtua melko nopeasti ja vähäisemmällä alkoholinkäytöllä kuin nuorempana. (Sulander 2007; Suhonen 2005.)

Ikääntymisen myötä elimistön vesipitoisuus pienenee ja rasvan määrä kehossa lisääntyy, mistä vuoksi humaltuminen tapahtuu nopeammin. Samanaikaisesti iäkkäiden herkkyys alkoholin haitoille kasvaa. Alkoholi sisältää paljon energiaa, mutta varsin vähän suojaravinteita, kuten vitamiineja, kivennäisaineita, valkuaisaineita tai rasvahappoja. Runsaasta alkoholin käytöstä voi seurata ravitsemuspuutoksia, mikä puolestaan heikentää elimistön puolustuskykyä. (Kylmänen & Hartikainen 2009.)

Ongelman kasvun tilastollinen osoittaminen ja määrittäminen on osoittautunut kuitenkin haastavaksi, sillä gerontologinen päihdetyö ei ole ollut tutkimuksellisesti vahva alue ja haasteeseen on kiinnitetty huomiota vasta viime vuosina. Suomalaisessa tutkimusperinteessä ikääntyneiden päihdeongelmia on sivuttu lähinnä muihin teemoihin keskittyneiden tutkimusten ja selvitysten yhteydessä. Esimerkiksi Stakesin juomatapatutkimuksessa (Metso ym. 2002) kaikkein vanhimmat ikäryhmät, yli 69-vuotiaat on rajattu tarkastelun ulkopuolelle. Väestötasolla tarkastellen ikääntymisen myötä päihteidenkäyttö vähenee, mutta on myös tutkimustuloksia, joissa todetaan alkoholinkäytön mallin pysyvän melko muuttumattomana läpi elämän. (Suhonen 2005.)

Pohjalaismaakunnissa ikäihmisten päihdeongelma sekä siihen liittyvä hoidon ja hoivan lisätarve nousivat esille Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIAn tekemässä selvityksessä. Ikäihmisten päihdeongelman arvioitiin olevan yksi suurimmista päihdepalveluihin liittyvistä ongelmista tulevaisuudessa. (Tuomela-Jaskari 2008.)

1.2 Kartoitus ikäihmisten päihdeongelmasta pohjalaismaakunnissa

Pohjanmaan maakunnissa vuosien 2008–2009 aikana käynnissä olevat Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö-hanke, ruotsinkielinen vanhustyön kehittämisyksikkö- hanke Äldrecentrum Österbotten sekä Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujen kehittämishanke (SONet BOTNIA)¹ päättivät keväällä 2008 lähteä kartoittamaan ikääntyvien päihteidenkäyttöä ja esiintyvyyttä pohjalaismaakunnissa.

Kartoituksen avulla haluttiin saada tietoa:

- ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyydestä toimintayksiköissä
- päihteiden käytöstä aiheutuvista hoidon haasteista
- kehittämistarpeista
- käytössä olevista toimintamalleista.

Kysely (liitteet 1 ja 2) ikääntyvien päihdeongelmasta lähetettiin kaikkiin pohjalaiskuntiin joko suomenkielisenä (N=184) tai ruotsinkielisenä (N=60) 18.6.2008. Suomenkielinen muistutuskysely lähetettiin 25.8.2008 ja ruotsinkielinen 1.9.2008. Kyselylomakkeen laadinnassa ja toteutuksessa käytettiin Webropol- Realtime Analyze kyselysovellusta. Yhteystiedot kerättiin erillisellä kyselyllä. Kaikista kunnista ei vastattu yhteystietoja koskevaan kyselyyn, vaan osa yhteystiedoista poimittiin muun muassa kuntien kotisivuilta. Tämän vuoksi kysely ei ole täysin aukoton sen suhteen onko kysely saavuttanut kaikki julkisen sektorin vanhustyön toimintayksiköt.

Suomenkielisiä vastauksia palautui yhteensä 85 (N=184), ja vastausprosentiksi muodostui 46,2 %. Ruotsinkielisiä vastauksia palautui yhteensä 27 (N=60), ja vastausprosentin ollessa 45 %. Suomenkielisten kuntien vastausten osalta tulokset on analysoinut ja raportoinut Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö-hanke ja Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujen kehittämishanke (SONet BOTNIA). Ruotsinkielisten vastausten osalta analysoinnista ja raportoinnista vastaa Äldrecentrum Österbotten. Ruotsinkielisen kyselyn vastaukset raportoitaneen myöhemmin julkaistavana opinnäytetyönä.

¹ Hankkeet toteutetaan kiinteässä yhteistyössä Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIAN ja ruotsinkielisen sosiaalialan osaamiskeskus Det Finlandssvenska kompetenscentret (FSCK) kanssa.

Tilastointi

Kyselyn perusteella esille nousi tarve selvittää, kuinka paljon päihteidenkäyttö on ikäihmisten tapaturmien taustalla. Asian selvittämiseksi alueen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysvastaanottojen johtaville viranhaltijoille (ylilääkäreille tai johtaville hoitajille) lähetettiin pyyntö tilastoida päivystysvastaanotoilla päihtyneenä asioineiden ikäihmisten (yli 65-vuotiaiden) käynnit. Tilastointipyyntö/lomake (liitteet 3-4) lähetettiin edellä mainituille tahoille 11.11.2008. Tilastointilomake lähetettiin pyynnöstä myös ruotsinkielisenä. Tilastointi pyydettiin tekemään ajalla 24.11–7.12.2008. Muistutuspyyntö tilastoinnista lähetettiin 18.12.2008.

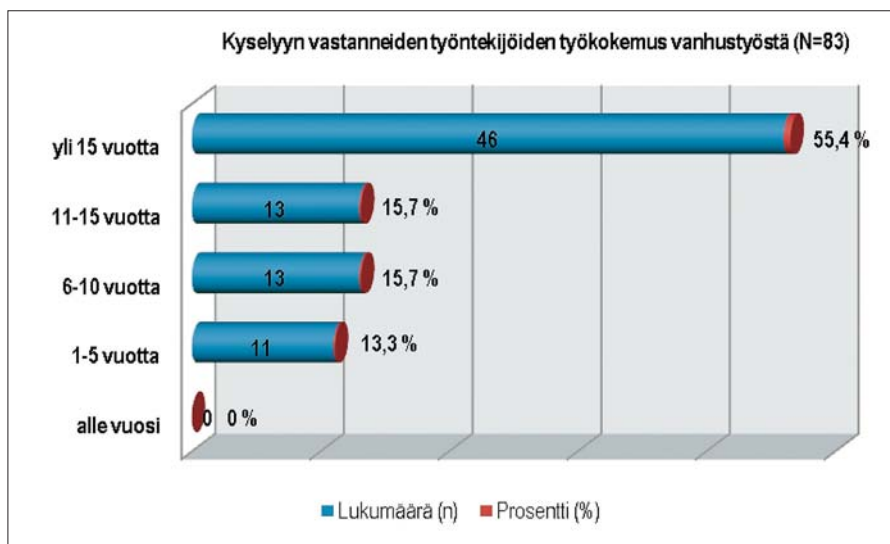
Tilastointilomakkeeseen pyydettiin merkitsemään potilaan sukupuoli, ikä sekä päädiagnoosi ja jatkohoitopaikka. Tilastoinnissa ja analyysissa ei tullut esille potilaiden tunnistamistietoja. Päädiagnoosilla haluttiin tutkimuksellista lisähavaintoa siitä, millaisia ongelmia päihteiden käyttö ikäihmisellä aiheuttaa (lonkkamurtumat, tapaturmat jne.). Jatkohoito kertoi päihdeongelmaisen ikäihmisen sijoittumisesta ja jatkotoimenpiteistä. Selvityksessä ei eritellä perusterveydenhuollon päivystysvastaanotoilta tulleita tilastoja, vaan ne esitetään laajempina maakuntatason tilastoina. Tällä varmistetaan, että tilastotietoja ei pystytä henkilöimään.

Tilastointilomakkeita palautui yhteensä 19 terveyskeskuksesta / terveyskeskuskuntayhtymästä ja kahdesta sairaanhoitopiiristä. Etelä-Pohjanmaalla tilastointi tehtiin yhteensä 14 terveyskeskuksessa / terveyskeskuskuntayhtymässä, Keski-Pohjanmaalla kolmessa terveyskeskuksessa / terveyskeskuskuntayhtymässä ja Pohjanmaalla kahdessa terveyskeskuksessa / terveyskeskuskuntayhtymässä. Sairaanhoitopiireistä vastauksia palautui Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalta (tilastointijakso) ja Vaasan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalta (erillinen tilastointiajo ajanjaksolta 1.11.2007–31.10.2008).

2.1 Toimintaympäristö

Kuva 1 Pohjalaismaakuntien kartta, eriteltyinä kuntien vastauslukumäärä (n). Leppäkangas 2008.

Kyselyyn vastanneilla työntekijöillä oli työkokemusta vanhustyöstä pääosin useiden vuosien ajalta (kuvio 1). Suurimmalla osalla työkokemusta oli kertynyt yli 15 vuotta (55,4 %), 11–15 vuotta (15,7 %) tai 6–10 vuotta (15,7 %). Työkokemusta viisi vuotta ja sitä vähemmän oli harvemmalla. Alle vuoden työkokemusta omaavia työntekijöitä ei ollut vastaajien joukossa lainkaan. Vastaajat toimivat pääosin yksikkönsä esimiehinä tai vastaavina työntekijöinä.



Kuvio 1 Työntekijöille kertynyt työkokemus vanhustyöstä

Työntekijöiden työssäoloaika kertoo valtakunnallisesta kehityksestä. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien työntekijöiden keski-ikä on korkea ja eläkkeelle jäävien osuus on kasvussa (STM 2001). Elinkeinoelämän keskusliiton (2005) ennakointihankkeen mukaan työelämään tulee vuosittain noin 10 000–20 000 työntekijää vähemmän kuin sieltä poistuu. Kehitys näyttää jatkuvan samansuuntaisena aina vuoteen 2015 saakka.

Kunta-alan eläkepoistuman (Halmeenmäki 2007) mukaan vuosina 2008–2025 eläkkeelle siirtyy noin 270 000 kunta-alan työntekijää. Eläkkeelle siirtyvien määrä on yli puolet nykyisestä työntekijämäärästä. Suurin aalto eläköitymisessä tapahtuu 2010-luvun alkupuoliskolla. Sosiaali- ja terveysalan eläkepoistuma on vuosien 2008–2025 aikana 52 prosenttia. Sosiaalialalla eläkepoistuma oli vuoden 2008 aikana ammattialoista pienin, mutta se kasvaa melko jyrkästi vuoteen 2013 asti. Terveysalan eläkepoistuma sen sijaan kasvaa tasaisesti vuoteen 2019 saakka. Ammattialoittain seuraavien viiden vuoden aikana suurin eläkepoistuma on siivoojilla (25 %). Yli 20 prosentin eläkepoistuma on myös muun muassa osastonhoitajilla, sairaala- ja hoitoapulaisilla, kodinhoitajilla ja kotiaavustajilla, perhepäivähoitajilla. (Halmeenmäki 2007)

Pohjalaismaakunnittain tarkasteltuna Etelä-Pohjanmaan eläkepoistuma on lähes samalla tasolla kuin koko maan eläkepoistuma, Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan eläkepoistuma on kaksi prosenttiyksikkö pienempi kuin koko maan eläkepoistuma vuosina 2008–2025. (Halmeenmäki 2007.)

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna Etelä-Pohjanmaalla sosiaali- ja terveysalan ammattien eläkepoistuma on selvästi koko maan eläkepoistumaa suurempi. Sosiaalialalla eroa on viisi ja terveysalalla kolme prosenttia. Seutukunnittain tarkasteltuna Seinäjoen seudun eläkepoistumat ovat alle 55 prosenttia, mutta Järviseudun ja Suupohjan eläkepoistumat yli 60 prosenttia. Kunnittain eläkepoistumat vaihtelevat Seinäjoen 48 prosentista Lehtimäen 68 prosenttiin.

Pohjanmaan maakunnassa ammattialoittain tarkasteltuna ainoastaan sosiaalialalla eläkepoistuma on prosenttiyksikön suurempi kuin koko maan eläkepoistuma. Vaasan ja Pietarsaaren seutujen eläkepoistumat ovat 52–53 prosenttia mutta Kyrönmaan ja eteläisen rannikkoseudun eläkepoistumat ovat puolestaan lähes 60 prosenttia. Kunnittain eläkepoistumat vaihtelevat Kruunupyyn 49 prosentista Kaskisten 67 prosenttiin.

Keski-Pohjanmaalla ammattialoittain tarkasteltuna sosiaalialan eläkepoistumat on suuremmat kuin koko maan eläkepoistumat. Kaustisen seudun eläkepoistuma on 55 prosenttia ja Kokkolan seudun eläkepoistuma 53 prosenttia vuosina 2008–2025. Kuntakohtaiset eläkepoistumat vaihtelevat Toholammin 50 prosentista Himangan 66 prosenttiin. (Halmeenmäki 2007.)

2.2 Päihdeongelman yleisyys

Ongelmasta vähän tutkimustietoa

Ikäihmisten päihdeongelman yleisyyden määrittely on vaikeaa. Hyvin iäkkäiden alkoholin käytöstä ei ole juurikaan tutkimustietoa. Useimmat ikäihmisten päihdeongelmaa koskevat tilastoinnit on tehty Yhdysvalloissa. Suhonen (2005) on tarkastellut kansainvälisiä tutkimuksia ikääntyneiden päihdeongelmasta. Tarkastelusta nousee esille esimerkiksi Adamsin ja Coxin tutkimus, jonka perusteella ikääntyvästä väestöstä 2–4 % kärsii alkoholin väärinkäytöstä ja ovat alkoholiriippuvaisia. Flink et al. tutkimuksen mukaan alkoholisoituneita ikäihmisiä on 1–6 % niistä ikääntyneistä, jotka eivät ole vielä laitoshoidossa. (Suhonen, 2005.)

Ruotsalaisessa tutkimuksesta *Tuhat leskeä* ilmeni, että melkein kolmasosa kaikista leskistä käyttää alkoholia lievittääkseen surua ja yksinäisyyttä. Kasvu on voimakas verrattuna tilanteeseen kymmenen vuotta sitten. Yhteys alkoholin käytön

ja rauhoittavien lääkkeiden välillä todettiin myös leskitutkimuksessa. Lesket, jotka käyttävät alkoholia suruunsa, saavat usein myös rauhoittavia lääkkeitä. Samaisessa tutkimuksessa selvitettiin myös suhtautumista alkoholiin. Kolme neljästä leskestä uskoo muiden käyttävän alkoholia suruunsa. Joka kolmas uskoo, että ikääntyvät miehet ja naiset lievittävät suruaan alkoholilla yhtä paljon. Vain pieni osa uskoi miesten juovan suruun enemmän kuin naiset. (Hannu-Jama 2009.)

Yleinen ajattelumalli on ollut, että ikääntyneet joutuvat terveydentilansa, lääkityksensä, ja sosiaalisten suhteidensa kaventumisen vuoksi rajoittamaan myöhemmällä iällä päihteidenkäyttöään. Vertailtaessa eri väestöryhmiä, asia näyttäisi näin olevan. Viime vuosina on kuitenkin kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota ikääntyneiden päihdeongelmien ja niiden aiheuttamien haittojen kasvuun. Vanhimmat ikäryhmät ovat olleet kuitenkin huonosti edustettuina suomalaisissa juomatapatutkimuksissa ja niihin liittyneissä asiantuntijakeskusteluissa. Tietoja ikääntyneiden päihteidenkäytöstä Stakesin juomatapatutkimuksen osalta on saatavilla vain 69 ikävuoteen. (Ahlström 1994, Mustonen ym. 2001, Nuorvala ym. 2004.)

Kansanterveyslaitos on tehnyt vuodesta 1986 lähtien Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK) -tutkimusta. Tutkimus toistetaan joka toinen vuosi. Tutkimuksen avulla on mahdollisuus muun muassa seurata 65–84 -vuotiaan väestön alkoholinkäytön kehityssuuntia ja väestön keskimääräistä alkoholin kulutusta. Kyseisen tutkimuksen mukaan alkoholia käyttäneiden ikäihmisten määrä on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenien aikana. Alkoholia viimeisen vuoden aikana käyttäneiden määrä on vuodesta 1985 vuoteen 2005 saakka lähes kaksinkertaistunut. Tutkimuksen jatkoanalyseissä tarkasteltiin 65–79-vuotiaiden miesten ja naisten alkoholin käyttömäärää /viikko (naisilla käyttö vähintään 5 annosta/viikko, miehillä vähintään 8 annosta/viikko). Viikoittainen käyttömäärä on tutkimuksen perusteella lisääntynyt, mutta keskimääräinen alkoholinkulutus on pysynyt samana vuosikymmenten ajan. Tästä on tulkittavissa se, että yhä useampi käyttää alkoholia, mutta ei kuitenkaan keskimääräistä enemmän. Tutkimuksesta ei selviä todellinen suurkulutus. (Sulander ym. 2006; Sulander 2007.)

Suomalaisessa yhteiskunnassa ikääntyneiden alkoholinkäyttö on ollut tabu. On ajateltu, että ikääntyneet käyttävät alkoholia vain juhlatilaisuuksissa ja lääkkeenä. Koko väestötasolla tarkastellen ikääntyneet käyttävät muita ikäryhmiä vähemmän alkoholia. Silloinkin, kun heidän osuutensa sekä väestössä ja päihteiden ns. ongelmakäyttäjien ryhmässä kasvaa, he ovat edelleen vähemmistönä. Yhteiskunnallisen ja kulttuurisen murroksen oloissa kuitenkin monet alkoholiin liittyvät tabut ovat murtuneet ja ikäihmisten päihteidenkäyttöä ei ole syytä väheksyä, varsinkin kun vanhusväestön määrä on nopeasti kasvamassa ja heidän tapansa käyttää alkoholia muuttumassa. (Tolvanen 1998.)

Vuonna 2007 alkoholin kokonaiskulutus nousi Suomessa 55,3 litraan absoluuttista alkoholia. Asukaslukuun suhteutettuna määrä on 10,5 litraa / asukas. Tilastoidun kulutuksen osuus oli 8,7 litraa absoluuttista alkoholia / asukas ja tilastoimaton kulutus 1,8 litraa absoluuttista alkoholia / asukas. Edelliseen vuoteen (vuosi 2006) verrattuna alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi 1,9 prosenttia. (Stakes 2008). Raittiiden miesten osuus oli laskenut vuoden 1992 10 prosentista vuoteen 2000 mennessä 8 prosenttiin. Naisilla vastaavat luvut olivat 18 prosenttia ja 9 prosenttia. Vanhimmassa tutkitussa ikäryhmässä (50–69-vuotiaat) raittiiden miesten prosenttiosuus oli alentunut 1990-luvulla 18 prosentista 11 prosenttiin ja naisilla 35 prosentista 16 prosenttiin. (Mustonen ym. 2001.) Raittiiden määrä on siis vanhimmassakin ikäryhmässä laskenut. Erityisen selvä muutos on ollut ikääntyneiden naisten kohdalla. Viime vuosikymmenien muutosta voidaan pitää huomattavana. Vielä 1970-luvulla tutkimuksissa todettiin, että noin puolet 65–79-vuotiaista miehistä ja alle 20 prosenttia vastaavan ikäryhmän naisista oli raittiita (Heikkinen 1972).

Naisten juominen on lisääntynyt siinä määrin, että jo joka kymmenes nainen lukeutuu alkoholin suurkuluttajiin. Vaikka naisten alkoholin kulutus on lisääntynyt, niin miesten osalta ongelma on silti moninkertainen, sillä samanikäisistä miehistä suurkuluttajien osuus oli lähes 30 prosenttia. 80-vuotiaista naisista riskikuluttajia on vielä hyvin vähän. (Länkinen 2008.)

Tutkijoiden mukaan muutoksiin voidaan katsoa liittyvän kolmenlaisia tekijöitä. Erot ikääntyneiden alkoholinkäytössä johtuvat ikääntymismuutoksista ja niihin liittyvistä prosesseista, ikäkohorttien jo alkujaan erilaisista alkoholinkäyttötavoista tai sitten siitä, että eri ikäkohortit ovat kokeneet tietyt yhteiskunnalliset muutokset eri elämänvaiheissaan. (Tolvanen & Jylhä 1994.)

Varsinkin vanhimpien ikäkohorttien kohdalla valtakunnalliset juomatapatutkimukset antavat vähän vastauksia ikääntyneiden päihdeongelmiin. Alkoholia käyttävien määrästä ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä alkoholiongelmistä tai alkoholin suurkulutuksesta. Edellä esitetyt luvut ovat karkea kehys, jossa ikääntyneiden alkoholinkäyttöä voidaan tarkastella. Luvut kuitenkin kertovat yhteiskunnallisen muutoksen, erityisesti alkoholikulttuurin liberalisoitumisen, yleisistä seurauksista. Viimeisimmissä juomatapatutkimuksissa alkoholin kulutusluvuissa on jo merkkejä ns. määrän sukupolven (1945–1954 syntyneet) mukaantulosta vanhimpiin ikäkohortteihin (Mustonen 2001.)

Kohtuukäytön rajat

Sosiaali- ja terveysministeriön alkoholiohjelman 2004–2007 Otetaan selvää. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet -esitteen (STM 2006; ks. liite 5) mukaan ikäihmisten kohtuukäytön annosrajat ovat yli 65-vuotiaille selvästi matalammat kuin nuoremmilla, enintään 0-2 annosta päivässä ja 0-7 annosta viikossa. Yleisesti voidaan todeta, että ikäihmiset eivät ole kovin hyvin perillä standardiannoksista ja suosituksista.

Yli 75-vuotiaista suomalaisista miehistä ainakin 5 % ja naisista 2,5 % ylittää turvalisena pidetyn käytön rajat. Ongelmallista alkoholinkäyttöä on arveltu olevan noin 10 %:lla yli 65-vuotiaista. (Saarela 2008.) Suhosen (2005) tutkimuksen mukaan A-klinikkasäätiön avopalveluissa 60 vuotta täyttäneiden määrä on lisääntynyt. Vuonna 2004 aikuisille suunnatuissa avopalveluissa 10 % asukaskunnasta oli 60 vuotta täyttäneitä asiakkaita. Lisäksi palveluita käyttäviä 50–59 -vuotiaita asiakkaita oli 26 %. Piakkoin eläköityvän väestön käyntejä oli yhteensä siis 36 % asukaskunnasta.

Huomattavaa on, että 30 % runsaasti juovista iäkkäistä on uusia suurkuluttajia, jotka saattavat jäädä sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnistamatta. Ikääntyneiden alkoholin käytön tunnistamisen tekee vaikeaksi se, että runsas alkoholinkäyttö voi peittyä somaattisten tai psyykkisten vaivojen taakse. Monilla ikäihmisillä on somaattisia sairauksia ja lääkkeitä. Toisaalta varhain päihteiden käytön aloittaneilla on pitkä päihdehistoria, alkoholinkäyttöön liittyviä somaattisia sairauksia ja aivotoiminnan häiriöitä sekä samanaikaista psykiatrista problematiikkaa (Saarela 2008).

Suurkulutus jaetaan riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen (taulukko 3). Alkoholinkäyttö ja sen vaikutukset elimistöön ovat kuitenkin yksilöllistä eikä kaikille sopivaa suurkulutuksen rajaa voida tarkalleen määritellä.

Taulukko 3 Suurkulutuksen jaottelu (Aalto 2009)

Riskikäyttö

Suurkulutuksen rajat ylittävä kulutus, mutta ei merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta.

Haitallinen käyttö

Merkittäviä ja määriteltävissä olevia haittoja, mutta ei riippuvuutta.

Alkoholiriippuvuus

Oireyhtymä, jonka piirteitä ovat mm. pakonomaisuus, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta.

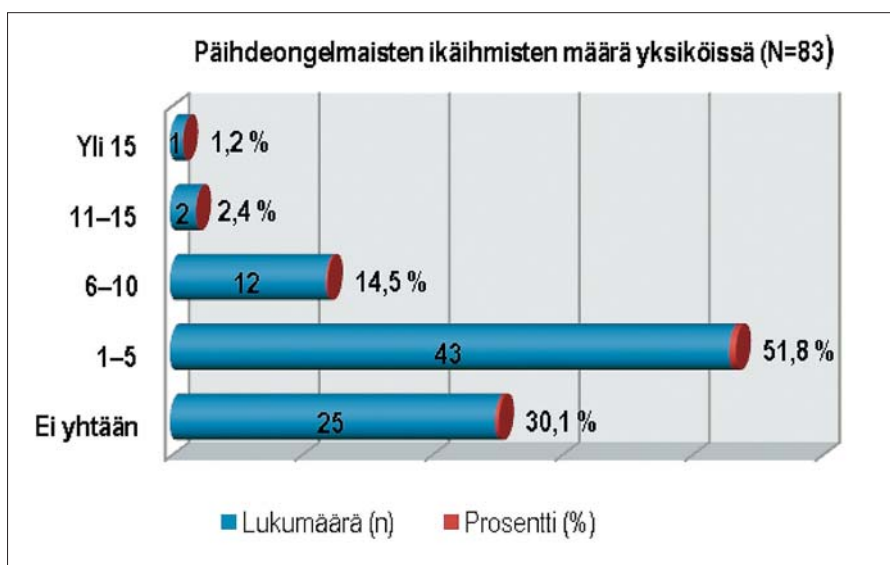
Alkoholiriippuvuudesta on kysymys silloin, kun seuraavista kriteereistä vähintään kolme on esiintynyt yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan tai mikäli yhtämitaiset jaksot ovat kuukautta lyhyempiä, toistuvasti viimeisen vuoden aikana (Aalto 2009.):

- Esiintyy voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia.
- Kyky hallita juomisen aloittamista, lopettamista tai käytettyjä määriä on heikentynyt.
- Esiintyy vieroitusoireyhtymiä alkoholin käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä. Tämä voi ilmentyä myös niin, että joudutaan käyttämään alkoholia tai rauhoittavia lääkkeitä lievittämään oireita.
- Sietokyky (toleranssi) on kasvanut. Tämä ilmenee joko niin, että alkoholin määrää annosta nostetaan entisen vaikutuksen aikaansaamiseksi tai niin, että entinen määrä tuottaa selvästi heikomman vaikutuksen.
- Keskittyminen alkoholin käyttöön niin, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun ja aika kuluu alkoholin käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen.
- Alkoholin käyttö jatkuu haitoista huolimatta.

lääkäiden päihderiippuvaisten osalta yleiset kriteerit voivat kuitenkin poiketa siten, että vieroitusoireet eivät aina ole selvästi havaittavissa. Lääkään ihmisen päihteidenkäytön hallinta saattaa heiketä, jolloin päihdettä käytetään enemmän ja pidempään kuin aiottiin. Lisäksi ikääntyneen muistin heikkeneminen voi heikentää arviointikykyä. Toleranssi voi kehittyä pienilläkin annoksilla, päihteiden hankinta ja käytöstä toipuminen vie aikaisempaa enemmän aikaa. Päihteiden käytön kielteiset vaikutukset tulevat esiin jo matalassa käytössä. Tärkeät aktiviteetit vähenevät, jotka ikäihmisillä voivat olla ennestään vähäisiä. Päihteen käyttö jatkuu, vaikka se aiheuttaa ongelmia. Päihteen ja ongelmien yhteyttä ei välttämättä havaita. (Juhela 2009.)

Ikäihmisten päihteidenkäyttö pohjalaismaakunnissa

Tässä selvityksessä ikäihmisten päihteidenkäytön yleisyyden määrittäminen perustuu kuntien kyselyvastauksiin sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tilastointiin. Kyselyvastausten perusteella päihdeongelma on selvästi havaittavissa eri toimintayksiköissä (kuvio 2). Toimintayksiköiden palveluiden piirissä on pääosin 1–5 päihdeongelmaista (51,8 %). Ainoastaan 30,1 prosentilla ei ole minkäänlaista päihdeongelmaa.



Kuvio 2. Päihdeongelmaisten ikäihmisten lukumäärä toimintayksikössä.

Päihdeongelma näkyy pääosin tällä hetkellä vielä avopalveluiden piirissä (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) olevilla ikäihmisillä. Ongelma on havaittu erityisesti suurten kuntien avopalveluissa, mihin vaikuttaa omalta osaltaan maaseutumaisempia kuntia parempi saatavuusverkko ja juomakulttuuri. Päihdeongelmaa ei vielä esiinny juurikaan laitoshoidossa olevilla ikäihmisillä. Tätä selittävät sekä laitoshoidossa olevien ikä, terveydentila ja kunto sekä alkoholin saatavuus.

Alkoholin saatavuus on helpottunut viimeisten vuosikymmenten aikana. Alkoholin saatavuus esimerkiksi maaseutumaisissa kunnissa oli vaikeaa siihen saakka, kunnes keskioluen vähittäismyynti sallittiin vuonna 1969. Juomatottumuksiin vaikuttaa se, että alkoholikulttuuri on yhä vapaampaa, alkoholinkäyttöön suhtaudutaan entistä myönteisemmin ja alkoholin arkikäyttö (esimerkiksi ruokaviininä, saunaoluena, iltakonjakkina ja ”tissutteluna”) on lisääntynyt. Alkoholinkäyttö on tullut osaksi elämänlaatua. (Ks. Suhonen 2005.)

Pohjanmaan maakuntien alueella on tekeillä opinnäytetyö vanhusväestön alkoholinkäytöstä (Ström 2009). Tutkimus perustuu eläköityvän väestön haastatteluun. Alustavat tulokset tukevat myös tämän tutkimuksen tuloksia ikääntyneiden alkoholinkäytön muuttumisesta ja lisääntyneestä alkoholinkäytöstä, erityisesti naisilla. Alkoholia käytetään suomalaiseen kulttuuriin kuuluvana, esimerkiksi saunaoluena, mutta käyttötavat alkavat myös eurooppalaistua. Alustavissa tuloksissa todetaan muuttuneesta käytöstä muun muassa, että: *”Vieraille tarjotaan yhä yleisemmin viiniä ja pientä suolapalaa, kuin ennen kahvia.”* Lisäksi Ström (2009) toteaa, että alkoholinkäyttöä lisää yksinäisyys, erityisesti naisilla.

Ongelmakäytön havaitseminen sairaalahoidon yhteydessä

Ikäihmisten päihteiden ongelmakäyttö tulee esiin vasta varsin myöhään, mikäli henkilö ei ole kotipalvelun tai kotisairaanhoidon piirissä. Ongelma huomataan useimmiten sairaalakäyntien yhteydessä. Ohjautuminen vanhustaloukseen tapahtuu joko toisen viranomaisen, omaisen tai lähiympäristön kautta. Tällöin ikäihmisen elämänhallinta on jo hyvin puutteellista. (Kankainen 2005; vrt. myös Suhonen 2005.)

Suomessa iäkkäiden lonkkamurtuman saaneiden potilaiden alkoholikäyttöä on tutkittu Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahankkeessa vuosina 2003–2004 (Nurmi-Lüthje 2006). Tutkimuksen aikana erikoissairaanhoidon tulleiden miesten keski-ikä oli 73 vuotta ja naisten 81 vuotta. Analyysissä selvisi, että 28 prosentilla 103:sta potilasta veren alkoholipitoisuus oli positiivinen hoitoon tullessa. Potilaista 11 prosenttia kertoi käyttäneensä alkoholia viimeisten 24 tunnin aikana. Sekä kerrottu alkoholin käyttö että positiivinen veren alkoholitus oli yleisempi miehillä kuin naisilla. Tutkimus osoitti sen, että useampi kuin joka neljäs iäkäs lonkkamurtumapotilas käytti alkoholia. Huolestuttavaa on myös se, että lääkkeiden, erityisesti rauhoittavien lääkkeiden (bentsodiatsepiini) ja alkoholin yhteiskäyttö oli huomattavaa. Lonkkamurtumien ohella Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahankkeessa on tutkittu ikääntyvien alkoholitapaturmia yleisesti. Erikoissairaanhoidon tapaturman vuoksi tulleista yli 65-vuotiaista miehistä 17 prosenttia ja naisista 3 prosenttia oli alkoholin vaikutuksen alaisena. Yli 1,5 promillen humalassa miehistä oli 12 prosenttia ja naisista 2 prosenttia.

Ruotsissa tehdystä tutkimuksesta selviää, että runsas alkoholinkäyttö nostaa yli 60-vuotiaiden naisten sairaalahoitoa vaativan tai kuolemaan johtavan kaatumisen vaaran jopa yli kaksinkertaiseksi. Uni- ja rauhoittavien lääkkeiden käytön osalta riski todetaan puolitoistakertaiseksi. Yhdysvaltalaisessa aineistossa todennettiin, että runsas alkoholinkäyttö lisää lonkkamurtuman vaaraa alle 65-vuotiailla naisilla ja miehillä. Huomattavaa tässä tutkimuksessa oli, että naisilla lonkkamurtumavaaraa lisäsi jo kohtuullinenkin alkoholin käyttö. (Nurmi-Lüthje 2006.)

Tulevaisuudessa alkoholia käyttämään tottuneiden ikäluokkien yhä ikääntyessä on oletettavaa, että päihteiden käytöstä johtuvat tapaturmat edelleen lisääntyvät. Samanaikaisesti myös vanhusten lääkkeiden käyttö lisääntyy. Etenkin mieliala- ja masennuslääkkeitä sekä uni- ja rauhoittavia lääkkeitä käytetään paljon. Useiden lääkkeiden samanaikainen käyttö yhdessä alkoholin kanssa vaikeuttaa tasapainon ylläpitämistä ja saattaa aiheuttaa kaatumisia ja vammoja. Erityisesti on varottava alkoholin ja uni- ja rauhoittavien lääkkeiden yhteiskäyttöä kaatumisvaaran takia.

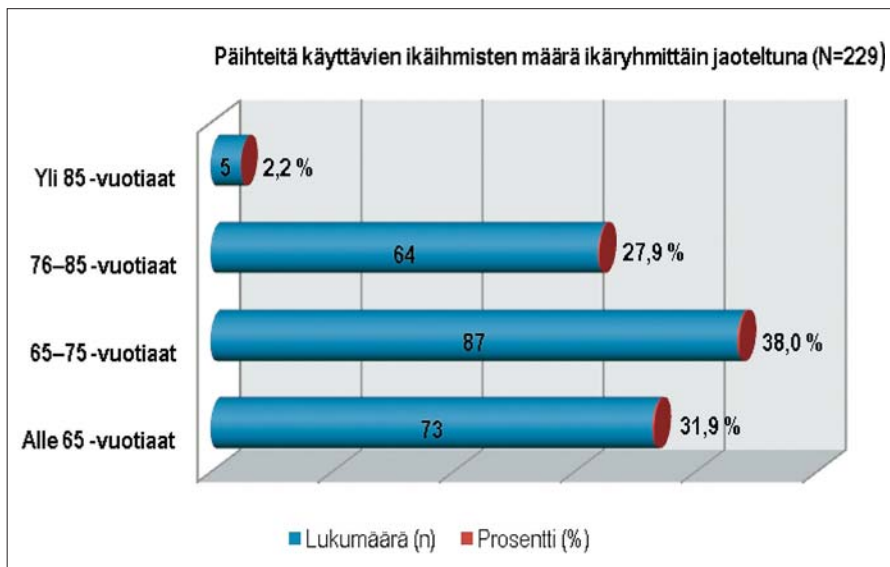
Päihteiden käyttö eri ikäryhmissä

Ikäihmisten keskimääräinen elinikä on pidentynyt viime vuosikymmeninä huomattavasti. Kansanterveystieteen eläkeikäisen väestön terveystieteen tutkimuksen (Sulander ym. 2006) mukaan myös vanhusväestön toimintakyky on kohentunut, ruokatottumukset ovat muuttuneet terveellisemmäksi ja tupakointi miesten osalta on vähentynyt. Sen sijaan lisääntyvä alkoholinkäyttö ja lihavuus aiheuttavat kansanterveydelle enemmän haasteita toisin kuin muutama vuosikymmen sitten. Tänä päivänä on paremmat mahdollisuudet ehkäistä ikäihmisten sairauksia sekä edistää toimintakykyä ja kuntoutumista. Näin pystytään tukemaan paremmin ikäihmisten itsenäistä elämää. Toisaalta huono sosiaalinen asema ja syrjäytyminen heikentävät toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä sekä lisäävät sairastuvuutta myös ikäihmisillä.

Myös esimerkiksi Ruotsissa vanhusten terveyden- ja elinolojen kehityksessä on huomattu useita varoitusmerkkejä. Naisten pitkäaikaissairauksien osalta tilanne on huonompi 2000-luvulla kuin 1980–1990 -luvuilla. Hiljattain esitellystä OECD-raportista (OECD 2007) ilmenee, että Ruotsin vanhusten terveydentaso suhteessa muihin maihin pienenee. Vanhusten psyykkiset ongelmat herättävät myös huolta. Kaikista itsemurhan tehneistä 25 prosenttia on yli 65 -vuotiaita. Miksi näin on, ei tiedetä, sillä tutkimuksellisesti asiaan ei ole juurikaan paneuduttu. Eläköityvien alkoholinkäyttötavat on erilaiset verrattuna aikaisempiin sukupolviin. Tilastot osoittavat kulutuksen lisääntyvän vanhuksilla ja uhkana on, että siitä voi kehittyä kansanterveysongelma. (Hannu-Jama 2009.)

On myös olemassa arvioita siitä, että ikääntyneistä päihdeongelmaisista 2/3 aloittaa päihteiden runsaan käytön nuorena tai aikuisiässä. 1/3 puolestaan aloittaa runsaamman alkoholinkäytön myöhemmällä iällä, esimerkiksi eläköitymisen jälkeen. Suomessa tehdyissä tutkimuksissa on viitteitä siitä, että myöhemmin aloitettu runsas päihteidenkäyttö olisi 1/3 pienempi. Suurin osa ikääntyvistä päihdeongelmaisista on aloittanut runsaan alkoholinkäytön jo varhaisessa vaiheessa, mutta ovat onnistuneet selviytymään työelämässä eläköitymiseen saakka. (Suhonen 2005.)

Tässä tutkimuksessa ikäryhmittäin tarkasteltuna (kuvio 3) näyttää siltä, että päihteiden runsaampi käyttö ajoittuu vastikään eläköityneiden ikäryhmään, 65–75-vuotiaisiin (38 %), alle 65-vuotiaiden ikäryhmään (31,9 %) ja 76–85-vuotiaiden ikäryhmään (27,9 %). Eläkkeelle pääsy on useimmille odotettu vaihe elämässä, mutta se voi myös tuoda mukanaan tyhjää aikaa ja yksinäisyyttä. Jotkut joutuvat kokemaan puolison kuoleman, lapset asuvat usein kaukana ja yksinäisyys painaa. Alkoholinkäytöstä voi tulla ajanviete ja eläkkeelle jääneet saattavat hakea päihteistä korviketta menetetyille sosiaaliselle verkostolle ja työn merkitykselle.



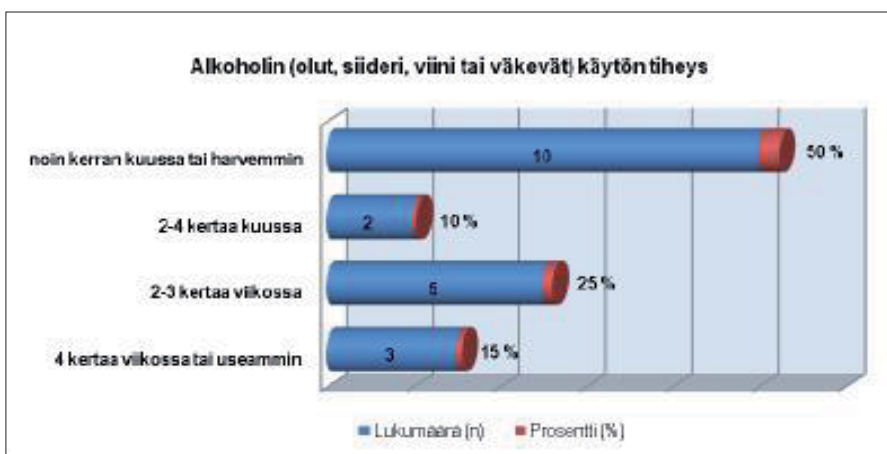
Kuvio 3. Päihteitä käyttävien ikäihmisten lukumäärä ikäryhmittäin jaoteltuna

Suurin osa 65–75-vuotiaista asuu kotona, joista osa itsenäisesti ja osa avohuollon tukitoimien piirissä. Ongelma kohdataan pääosin kotihoidon (kotisairaanhoido, kotipalvelu) työssä. Alle 65-vuotiaiden päihdeongelmaisten määrä kertoo nuoremasta ikäpolvesta, joka on alkoholisoitunut ja mahdollisesti dementoitunut nuoremmalla iällä. 40-vuotias saattaa fyysiseltä kunnoltaan ja hoitoisuudeltaan vastata ikäihmistä ja ”kilpailla” siis samoista laitoshoitopaikoista ikääntyvien kanssa.

2.3 Pilottiluonteinen Audit -kysely ikäihmisten päihteidenkäytöstä Etelä-Pohjanmaalla

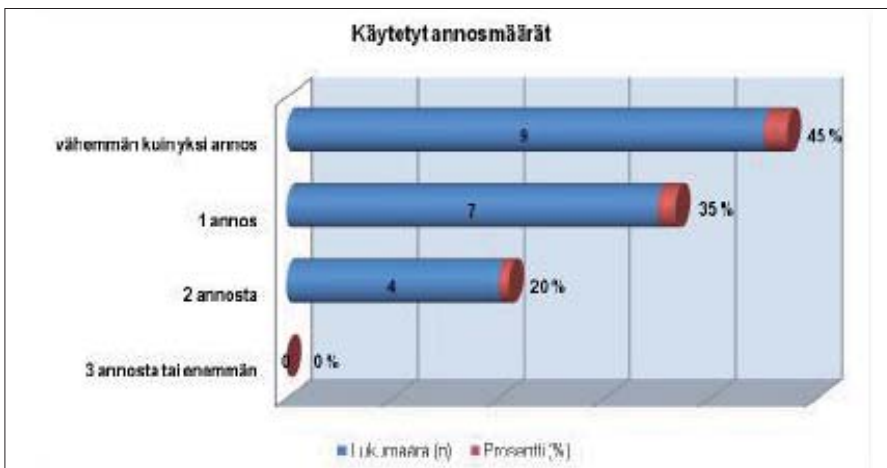
Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry ja Seinäjoen A-klinikka (Skinnari & Koukkari 2008) ovat pilottiluonteisesti tehneet Etelä-Pohjanmaan erään vanhustenpalveluyksikön asukkaille Sosiaali- ja terveysministeriön julkaiseman Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet -kyselyn (ks. liite 5).

Projektiin osallistui yhteensä 20 vanhusta. Heistä puolet kertoi käyttävänsä alkoholia (olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä) kerran kuussa tai harvemmin (50 %), mutta myös useamman kerran viikossa käyttäjiä oli suhteellisen paljon (kuvio 4). 2-3 kertaa viikossa alkoholia käytti 25 %, 4 kertaa viikossa tai useammin 15 % ja 2-4 kertaa kuussa 10 % vanhuksista. (Skinnari & Koukkari 2008.)



Kuvio 4. Alkoholin käytön tiheys (Skinnari & Koukkari 2008)

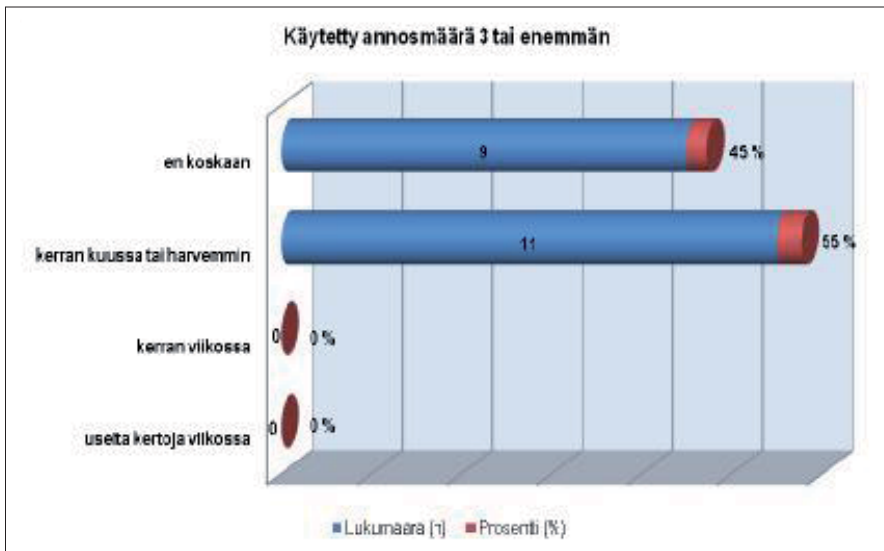
Käytetyt annosmäärät² (kuvio 5) olivat pääosin joko vähemmän kuin yksi annosta (45 %) tai yksi annos (35 %). Alkoholin käytön riskirajat yli 65-vuotiailla ovat kuitenkin pienemmät. Yli 65-vuotiaiden riskirajat ovat 0-1 annosta/päivä ja annosmäärä maksimissaan kaksi annosta/kerta. Viikossa annosmäärän riskiraja on 0-7 annosta. Riskiraja on neuvontaa edellyttävä raja, mutta ei kuitenkaan alkoholin käytön turvaraja.



Kuvio 5. Käytetyt annosmäärät (Skinnari & Koukkari 2008)

Huolestuttavaa tuloksissa on myös se, että kerralla käytettyjen annosmäärien lukumäärä nousee kolmeen tai siitä yli (kuvio 6). Suurin osa vastaajista (55 %) kertoi juovansa kerrallaan 3 annosta tai enemmän kerran kuussa tai harvemmin.

² Suomessa alkoholiannoksella tarkoitetaan määrää, joka sisältää 12 grammaa 100-prosenttista alkoholia. Yksi annos on esimerkiksi viinilasi (12 cl), pieni keskiolut- tai siideripullo (0,33 l), annos väkevää viiniä (8 cl) tai annos viinaa (4 cl). <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mika-on-annos>



Kuvio 6. Käytetty annosmäärä 3 tai enemmän (Skinnari & Koukkari 2008)

Vanhukset kertoivat haastatteluissa, että ovat käyttäneet alkoholia esimerkiksi unettomuuteen, huonoon oloon tai vilustumiseen. Kaatumisia tai loukkaantumisia juomisen takia oli tapahtunut neljällä vanhuksella (20 %).

Haastattelussa ilmeni huolta herättävänä asiana se, että vanhuksista yli puolet eivät tienneet alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Kaikilla haastatelluilla vanhuksilla on käytössä uni-, mieliala-, sydän-, verenpaine-, ja/tai verenohennuslääkitys. Suurimmalle osalle vanhuksista ei oltu lääkärin vastaanotolla kerrottu lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista. (Skinnari & Koukkari 2008.)

2.4 Tilastoidut päihde-ehtoiset käynnit perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysvastaanotoilla

Tilastointipyyntö (liitteet 3 ja 4) päivystysvastaanotoilla päihtyneenä asioineiden ikäihmisten (yli 65-vuotiaiden) käynneistä lähetettiin alueen perusterveydenhuollon terveyskeskusten / terveyskeskus kuntayhtymien johtaville viranhaltijoille (ylilääkäreille tai johtaville hoitajille) marraskuussa 2008. Lisäksi tilastointipyyntö lähetettiin Etelä-Pohjanmaan, Keski-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien päivystyspoliklinikoille. Tilastointi pyydettiin tekemään ajalla 24.11–7.12.2008. Yhdessä terveyskeskuksessa tilastointi suoritettiin 19.12.2008–3.1.2009 välisenä aikana.

Tilastointilomakkeeseen pyydettiin merkitsemään potilaan sukupuoli, ikä sekä päädiagnoosi ja jatkohoitopaikka. Tilastoinnissa ja analyysissa ei tullut esille potilaiden tunnistamistietoja. Päädiagnoosilla haluttiin tutkimuksellista lisähavaintoa siitä, millaisia ongelmia päihteiden käyttö ikäihmisellä aiheuttaa (lonkkamurtumat, tapaturmat jne.). Jatkohoito kertoi päihdeongelmaisen ikäihmisen sijoittumisesta ja jatkotoimenpiteistä. Selvityksessä ei eritellä perusterveydenhuollon päivystysvastaanotoilta tulleita tilastoja, vaan ne esitetään laajempina maakuntatason tilastoina. Tällä varmistetaan, että tilastotietoja ei pystytä henkilöimään.

Tilastointilomakkeita palautui yhteensä 19 terveyskeskuksesta / terveyskeskuskuntayhtymästä ja kahdesta sairaanhoitopiiristä. Kaikkien terveyskeskusten / terveyskeskuskuntayhtymien osalta ikäihmisten päihde-ehtoisia käyntejä tilastointijaksolla oli yhteensä ainoastaan viidessä terveyskeskuksessa /terveyskeskuskuntayhtymässä.

Etelä-Pohjanmaalla tilastointi tehtiin yhteensä 14 terveyskeskuksessa / terveyskeskuskuntayhtymässä. Päivystysvastaanotoilla (kolme päivystysvastaanottoa) oli käynyt yhteensä kuusi päihde-ehtoista potilasta, jotka olivat iältään 65–79-vuotiaita. Kahdella heistä päädiagnoosina oli rintakipu, joka edellytti osastoseurantaa. Yhdellä potilaalla päädiagnoosi liittyi alkoholinkäyttöön, jatkohoitona terveyskeskuseuranta. Kolmen potilaan osalta ikä, sukupuoli, päädiagnoosi eikä jatkohoito selvinnyt tilastointilomakkeesta.

Keski-Pohjanmaalla tilastointi tehtiin kolmessa terveyskeskuksessa / terveyskeskuskuntayhtymässä. Päivystysvastaanotoista ainoastaan yhdessä oli käynyt yksi päihde-ehtoinen potilas. Iältään potilas oli noin 70-vuotias mies. Päädiagnoosina oli päihtymystila ja jatkohoitona katkaisuhuito terveyskeskuksen vuodeosastolla.

Pohjanmaalla tilastointi tehtiin kahdessa terveyskeskuksessa / terveyskeskuskuntayhtymässä. Tilastoitavia päihde-ehtoisia käyntejä oli ainoastaan yksi. Iältään potilas oli noin 70-vuotias nainen. Päädiagnoosina oli intoxikatio (alkoholi ja lääkkeet), joka edellytti osastohoitoa.

Sairaanhoitopiireistä vastauksia palautui Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalta (tilastointijakso) ja Vaasan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalta (erillinen tilastointiajo).

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päivystyspoliklinikalla tilastointiajanjaksolla kävi kolme potilasta, jotka olivat iältään 66–79-vuotiaita miehiä. Päädiagnooseina olivat traumat (haava/repeämä) sekä alkoholin käytön akuutti päihtymystila. Kaksi heistä ohjattiin päivystyksestä kotiin ja yksi potilas katkaisuhuitoasemalle.

Vaasan sairaanhoitopiirin päivystysvastaanotolta humalassa asioineista yli 65-vuotiaista potilaista tehtiin erillinen tilastointiajo ajanjaksolta 1.11.2007–31.10.2008. Vuoden aikana päihde-ehtoiseksi tilastoituja käyntejä (F -alkuiset eli alkoholiin liittyvät diagnoosit) oli yhteensä 36, joista naisia oli 15 (41,7 %) ja miehiä 21 (58,3 %). Humalatilassa vastaanotolla käyneiden naisten keski-ikä oli 80 vuotta ja miesten 79 vuotta. Potilaiden päädiagnoosit olivat määrittämätön sekavuustila (delirium) F059 (n=9), dementiaan liittyvä sekavuustila (delirium) F051 (n=7), dementiaan liittyvät sekavuustila (delirium) F050 (n=4), alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet: kouristuksia F1031 (n=3), tarkemmin määrittelemätön alkoholipäihtymys F1009 (n=2) ja huonovointisuus ja väsymys R53 sekä muun muassa yksittäisinä päädiagnooseina tarkemmin määrittämätön alkoholin aiheuttama riippuvuusoireyhtymä F1029, alkoholin käytön aiheuttamat vieroitusoireet: määrittämättömät, alkoholin aiheuttama maksakirroosi K703 ja määrittämätön alkoholin aiheuttama maksasairaus K709. Käyntipäivät ajoittautuivat pääosin tasaisesti eri viikonpäiville. Eniten käyntejä oli kuitenkin sunnuntaina (n=8), maanantaina (n=6), perjantaina (n=6) ja lauantaina (n=6)

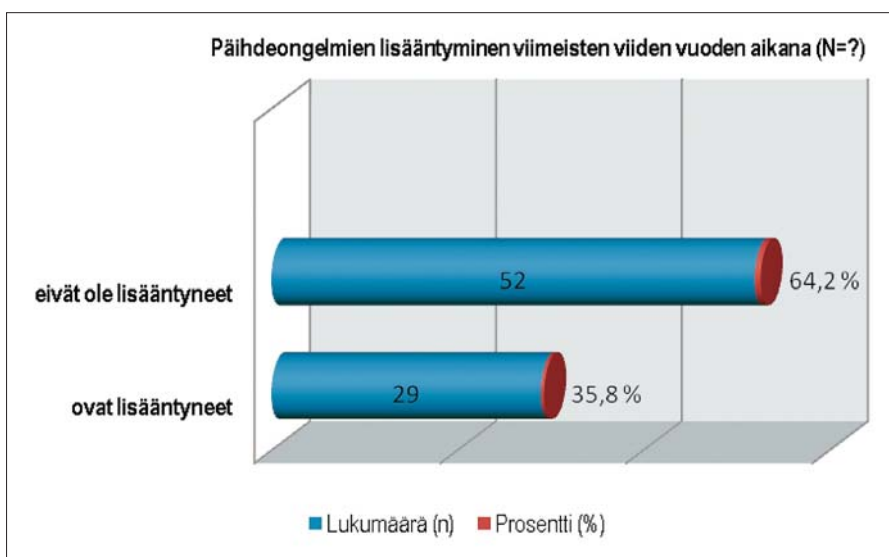
Ikäihmisten päihde-ehtoiset käyntimäärät osoittautuvat tilastointiajalla vähäiseksi. Keskusteluissa ja viesteissä hoitohenkilökunnan kanssa välittyi kuitenkin näkemys, että käyntimäärät ovat nyt tilastoitua korkeammat, erityisesti isommissa kunnissa. Tilastointijakso oli lyhyt (kaksi viikkoa), eikä se vielä anna todellista kuvaa ongelman suuruudesta. Myöskään erillinen tilastointiajo ei kerro ongelman todellista laajuutta, sillä suurin osa päihde-ehtoisesta käynneistä tilastoidaan S-alkuiseksi diagnoosiksi eli traumaksi. Otannan perusteella ikäihmisten päihdeongelmat hoidetaan pääosin perusterveydenhuollossa.

2.5 Päihdeongelman kasvaminen tulevaisuudessa

Kyselyvastausten perusteella (kuvio 7) suurin osa vastaajista on sitä mieltä, että päihdeongelmat toimintayksiköissä eivät ole lisääntyneet (64,2 %) viimeisten viiden vuoden aikana. Sen sijaan 35,8 prosenttia vastaajista näkee ongelmien lisääntyneen.

Vastaajat näkivät hyvin yksimielisesti päihdeongelmien lisääntyvän tulevaisuudessa. Tämä nähtiin asiakasmäärän kasvuna erityisesti avohoidossa. Erityispiirteinä nähtiin entistä nuoremmat alkoholidementikot ja päihkeitä käyttävät iäkkäät naiset.

Kehittyneissä maissa on havaittu selkeä kohorttimuutos, jossa eläköityvät sukupolvet tulevat käyttämään alkoholia selkeästi enemmän kuin nykyinen vanhusko-



Kuvio 7. Päihdeongelmien lisääntyminen

hortti. Oletettavaa on myös, että ongelmakäyttö tulee lisääntymään (Huikko 2006.) Alkoholitaukusta näkyy myös yleisesti hoito- ja palveluyksiköiden asiakaskunnassa. Amerikkalaisessa tutkimuksessa (Juhila 2005) lyhytaikaisessa hoivakotihoidossa olevista potilaista 50 prosentilla oli pitkäaikainen alkoholiriippuvuus ja aktiivista riippuvuus oli lähes 20 prosentilla. Pitkäaikaishoidossa 30 prosentilla oli aikaisempi alkoholidiagnoosi ja heistä 10 prosenttia käytti alkoholia hoitokotiin tullessa.

Ikääntyneiden päihdeongelmaisten määrän kasvu ja ongelmaan kytkeytyvät ikääntymisen muutokset (fysiologiset, sosiaaliset kuin psyykkiset ongelmat) vaativat omanlaisensa suunnittelun sekä toteutuksen hoidon ja kuntoutuksen suhteen. Päihdepalvelujärjestelmän haasteena on se, että järjestelmä tarjoaa tällä hetkellä ikäspesifejä palveluita vain nuorille tai aikuisikäisille, mutta yli 65-vuotiaat käyttävät samoja palveluja kuin työikäinen väestö.

Haasteellista on myös vanhustyön, päihdetyön ja mielenterveystyön kohtaamattomuus sekä kokonaisvastuun puute päihteitä käyttävän ikäihmisen hoidosta ja kuntoutuksesta. Ongelmakentän tuoreuden vuoksi hoiva- ja palveluyksiköiden työntekijöillä on puutteellinen tietotaito iäkkäiden päihdeongelmaisten asiakkaiden kanssa työskentelystä ja toimintatavoista. (Ks. esim Kankainen 2005.)

Vanhustyön, päihdetyön ja mielenterveystyön välille on mahdollisuus lisätä kontaktipintoja ja kohtaamista esimerkiksi jalkautuvan päihdetyön avulla. Jalkautuva päihdetyö tarkoittaa työntekijän jalkautumista kuntiin esimerkiksi vanhustyöhön ja/tai mielenterveystyöhön. Jalkautuminen tarkoittaa matalakynnyksistä työtettä.

Päihdepalvelut ja osaaminen tuodaan lähemmäksi asiakasta ilman lähetekäytäntöjä. Hyötynä jalkautuvalle päihdetyölle on myös se, että asiakas saadaan avun piiriin jo olemassa olevien hoitosuhteiden esimerkiksi kotihoidon kautta. Jalkautuvan päihdetyön yksi keskeinen lähtökohta on moniammatillisten verkostojen yhteistyön sujuminen. Asiakastyön lisäksi jalkautuvalla päihdetyöllä saadaan erityisosaamista peruspalveluiden työntekijöille esimerkiksi konsultaatioiden ja koulutusten myötä. (Järvinen 2007; Lemetyinen 2007.)

Esimerkiksi Salon A-klinikalla kotipalvelun ja kotisairaanhoidon käytännön tarpeiden lähtökohdista on käynnistynyt Rolle-työ, joka on ikääntyville päihdeidenkäyttäjille suunnattua kotiin vietävää päihdepalvelua. Työn avulla päihdeongelmaisille pyritään mahdollistamaan turvallinen arki ja kotona asuminen. Yhteistyökumppaneina toimivat muun muassa kuntien kotipalvelu, kotisairaanhoido, terveyskeskusten vuodeosastot, seurakuntien diakoniatyö sekä sosiaali- ja terveysalan oppilaitos ja vanhus- ja lähimmäispalveluyhdistys. Toimijoiden kesken on luotu uusi paikallinen yhteistyön kulttuuri. (Salon A-klinikkatoimi 2006.)

Esimerkkejä ikääntyvien päihdetyön kehittämisestä

Ikäihmisten päihdepalvelujen kehittämistyötä tehdään muun muassa Tampereella käynnissä olevassa *Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyön malli -hankkeessa*. Hankkeen ydintavoitteena on muun muassa jalkautuvan päihde- ja mielenterveystyöparimallin kehittäminen, ikäihmisten tietouden lisääminen päihde- ja mielenterveysasioissa, yhteistyöverkoston koordinointi ja koulutusten järjestäminen. Hanke kestää 30.9.2009 saakka. (Tampereen kaupunki 2009.)

Toinen esimerkki ikääntyneiden päihdepalveluiden kehittämisestä on Sininauhaliiton luotsaama *”Liika on aina liikaa” – ikääntyminen ja alkoholi -hanke*. Hankkeen tarkoituksena on ollut tuoda esille myös ikääntyneen henkilön tarpeet ja oikeudet päihdepalveluihin. Projektissa keskeisintä on ollut muun muassa kehittää asiakastyön avulla hoitoon ja kohtaamiseen sovellettavia päihdetyön menetelmiä sekä lisätä päihdetyön ja vanhustyön ammattilaisten osaamista. Hanke päättyi vuoden 2008 lopussa. (Sininauhaliitto 2007.)

3. PÄIHTEIDENKÄYTTÖÖN LIITTYVÄT ONGELMAT

3.1 Päihteiden käytöstä johtuvat konkreettiset ongelmat

Alkoholihaitat voidaan jakaa karkeasti yksittäisiin juomiskertoihin ja pitkään jatkuneesta juomisesta aiheutuviin haittoihin. Yksittäisiä, usein varsin rajuun juomiskertaan liittyviä haittoja ovat esimerkiksi alkoholimyrkytykset ja erilaiset humalaisille sattuvat tapaturmat kuten kaatumiset ja hukkumiset sekä humalaisten väkivaltaisuuteen liittyvät pahoinpitelyt. Useita vuosia jatkuneen, runsaan alkoholinkäytön tunnetuimpia seurauksia ovat alkoholismi, elimistön fyysiset ja psyykkiset muutokset sekä sairaudet ja sosiaaliset ongelmat.

Suomessa alkoholihaitat ovat painottuneet yksittäisiin juomiskertoihin liittyviin sosiaalisiin haittoihin sekä erilaisiin lakia ja järjestystä koskeviin pulmiin. Alkoholin kulutuksen kasvaessa pitkään jatkuneesta suurkulutuksesta aiheutuvat terveydelliset haitat ovat lisääntyneet nopeammin kuin juomiseen liittyvät sosiaaliset ristiriidat. Tästä huolimatta sosiaaliset alkoholihaitat ovat Suomessa yhä merkittävä alkoholipoliittinen ongelma.

Kansainväliset vertailut osoittavat, että Suomessa rajuun kertajuomiseen liittyviä sosiaalisia haittoja on enemmän kuin useimmissa muissa maissa. Sosiaaliset alkoholihaitat ovat merkittäviä myös sikäli, että ne eivät koske vain niin kutsuttuja ongelmakäyttäjiä vaan heijastuvat käyttäjän koko lähiyhteisöön.

Alkoholia harvoin käyttävät ovat alttiita onnettomuuksille, ihmissuhdeongelmille ja väkivallalle, jos kerralla nautittu alkoholimäärä nousee suureksi. Pitkään jatkuneesta runsaasta juomisesta aiheutuneet haitat eivät rajoitu vain terveydellisiin ongelmiin. Runsas pitkään jatkunut juominen tuo mukanaan myös perhe-elämään ja ihmissuhteisiin liittyviä sekä sosiaalisia että taloudellisia ongelmia. (Österberg 2008.)

Ikääntyvien päihdeongelmat näyttäytyvät vanhuspalveluja tuottavissa yksiköissä monin eri tavoin.



Kuvio 8. Päihteiden käytön näkyminen yksiköissä

Suurimpina konkreettisina seurauksina lisääntyvästä päihteiden käytöstä oli nähtävillä käytöshäiriöt (33 %), hoidon tarpeen lisääntyminen (31 %) ja somaattiset ongelmat (24 %).

Vastaajien mukaan käytöshäiriöt esiintyivät asiakkaiden aggressiivisuutena tai uhkaavana käytöksenä sekä hoitohenkilökuntaa että muita asiakkaita kohtaan. Päihtyneen asiakkaan käytöstä pidettiin asumispalveluyksiköissä myös muita häiritsevä, epäasiallisena ja arvaamattomana.

Hoitohenkilökunnan näkemysten mukaan päihteiden käytön seurauksena asiakkaan avuntarve ja valvonta lisääntyvät, mikä lisää myös henkilökunnan vastuuta hoidon toteuttamisesta. Päihtyneen asiakkaan hoidon lisääntynyt tarve ilmeni hoidon toteuttamisen ongelmina. Sovittuja hoitotoimenpiteitä tai lääkehoitoa ei ollut mahdollista toteuttaa asiakkaan hoitomyönteisyyden puuttumisen, yhteistyökyvyttömyyden, sairauden tunnon puuttumisen tai hoidon laiminlyönnin vuoksi. Lääkehoidon toteuttamisen ongelmat näkyivät myös siten, että lääkkeiden ja päihteiden yhteisvaikutuksista ei tunnu olevan riittävästi tietoa.

Lisääntyneen hoidontarpeen lisäksi asiakkaan saavutettavuuden ongelmat ja sitä seuraavat niin sanotut hukkakäynnit tulivat esille kotihoidossa. Päihteiden käyttäjien somaattiset ongelmat näyttäytyivät vastauksissa muiden fyysisten oireiden ilmenemisenä, joita syitä on usein vaikea määrittää. Tästä johtuen myös erilaisten sairauksien ja niistä johtuvien oireiden tunnistamisen on ongelmallista ja ne usein peittyvät päihteiden käytön alle.

Ikääntyneiden päihteiden käyttö ilmenee myös hoito- ja sairaalajaksojen sekä tapaturmien lisääntymisenä. Ikääntyminen heikentää tasapainokykyä, jolloin tapaturmariski kasvaa. Mikäli henkilöllä on ilmennyt tasapainovaikeuksia ja taipumusta kaatumisiin, niin alkoholin nauttimisessa on oltava erityisen varovainen. (Kylmänen & Hartikainen 2009)

Muita päihteidenkäytön konkreettisia ongelmia vastaajien mukaan olivat asiakkaan elinympäristön yleisen siisteystason laskeminen sekä piittaamattomuus henkilökohtaisen hygienian hoidosta, sosiaaliset -, mielenterveys- ja taloudelliset ongelmat. Yleisesti ottaen, mielenterveysongelmat ja päihteiden runsas käyttö kulkevat käsi kädessä. Erityisesti yksinäisyys on eräs suuri riskitekijä päihdeongelman syntymiseen. Tässä kyselyssä ikääntyvien mielenterveysongelmat eivät nousseet esille erityisen korostetusti.

Alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttö ja -vaikutukset

Kuten jo aikaisemmin on tullut esiin, liittyy ikääntymiseen usein runsas lääkkeiden käyttö. Ainoastaan noin 10 % yli 65-vuotiaista ei käytä säännöllisesti mitään lääkettä. Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukset voivat olla haitallisia ja arvaamattomia. Alkoholi voi muuttaa, heikentää tai lisätä lääkkeen vaikutuksia. Alkoholin käyttö on sitä haitallisempaa mitä useampia eri tavalla vaikuttavia lääkkeitä henkilö käyttää. Myös lääkkeiden keskinäisistä yhteisvaikutuksista ei ole aina riittävästi tietoa. (Kylmänen & Hartikainen 2009.)

Ns. kolmiolääkkeiden, kuten esimerkiksi antihistamiinien, kodeiinin, uni-, psyyke- ja vahvojen kipulääkkeiden kanssa ei tulisi käyttää lainkaan alkoholia. Alkoholi lisää näiden lääkkeiden keskushermostoa lamaavia vaikutuksia, kuten muistiongelmia, väsymystä, tokkuraisuutta sekä uneliaisuutta ja potilaiden hengityskatkoksia. Tulehduskipulääkkeet altistavat maha-suolikanavan ärsytykselle ja sisäisen verenvuodon mahdollisuus kasvaa. Alkoholi ja verenohennuslääkkeen yhteiskäytöllä voi olla monia ja arvaamattomia vaikutuksia. Runsa alkoholin käyttö tehostaa ja krooninen alkoholin käyttö saattaa heikentää tai tehostaa lääkkeen vaikutusta. Alkoholin käyttö yhdessä disulfiraamin (antabus-hoito alkoholisteille) tai metronidatsolin (infektiolääke) voi aiheuttaa voimakasta pahoinvointia ja muita oireita. Mainitut lääkkeet vaikuttavat estämällä ja hidastamalla alkoholin poistumista elimistöstä. Myös alkoholin ja lääkkeiden nauttiminen illalla voi lisätä onnettomuusriskiä vielä seuraavana aamupäivänä. (Kylmänen & Hartikainen 2009.)

Lääkkeiden tahallinen käyttö alkoholihumalan tehostajana lisää päihtymystilan riskejä. Sekakäyttöä voi esiintyä myös ilman, että sitä tietoisesti tavoiteltaisiin.

Tahatonta sekakäyttöä syntyy muun muassa, kun runsaan juomisen aiheuttamia häiriöitä hoidetaan uni- ja rauhoittavilla lääkkeillä. Koska lääkkeiden tosiasiallinen vaikutus hermostoon kestää kauemmin kuin niiden koettu vaikutus, lääke ei välttämättä ole ehtinyt hävitä elimistöstä ennen seuraavaa alkoholin nauttimiskertaa. Sekakäytön välittömät seuraukset voivat olla yllättäviä. Tavallisimpia ovat alkoholin ”poikkeuksellisen” tehokas vaikutus, muistinmenetykset ja käytöshäiriöt. Muistinmenetys voi johtaa esimerkiksi uni- tai rauhoittavan lääkkeen yliannosteluun, tajuttomuuteen ja jopa kuolemanvaaraan. Säännöllinen alkoholin ja rauhoittavien lääkkeiden sekakäyttö voi johtaa nopeasti lääkkeiden sietokyvyn kasvuun ja lääkeriippuvuuteen. (Holopainen 2008.)

Joidenkin tutkimusten mukaan esimerkiksi Ruotsissa noin puolet kaikista vanhainkodeissa asuvista ikäihmisistä käyttää unilääkkeitä. Riippuvuutta aiheuttavien unilääkkeiden määrääminen vanhuksille on yleistä. (Hannu-Jama 2009.)

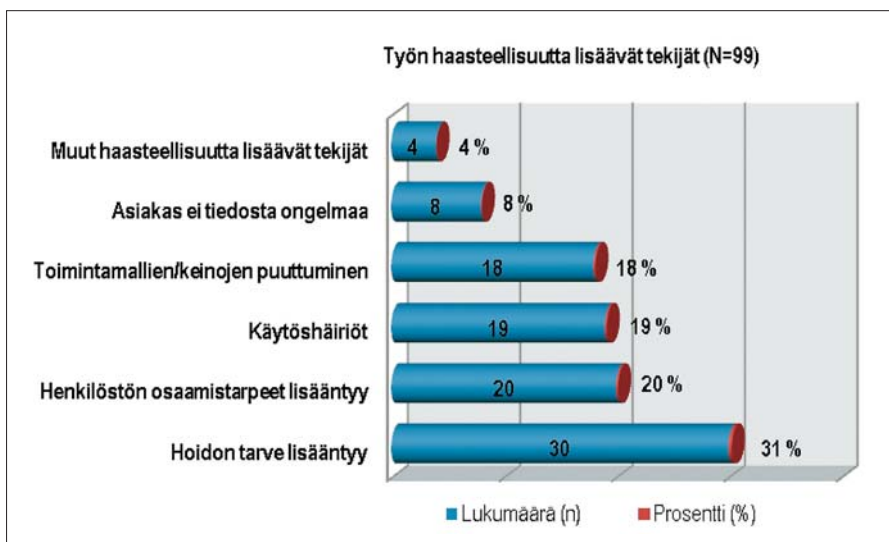
3.2 Työn haasteellisuutta lisäävät tekijät

Ikääntyneiden päihteiden käytöstä ei Suomessa ole viime vuosina laajemmin keskusteltu, mikä näkyy myös aiheesta olevien tutkimusten vähäisyytenä. Ongelma on niin uusi, ettei sopivia toimintamalleja ole tarjolla.

Ikääntyvien päihteiden käytön lisääntyminen ja esiintyminen työyksiköissä lisäävät myös henkilökunnan työn haasteellisuutta (kuvio 9). Hoidon tarpeen lisääntyminen (30 %) mainittiin vastauksissa suurimpana työn haasteellisuutta lisäävänä asiana.

Kuten edellä todettiin ikääntyneiden päihdeongelman konkreettinen näkyminen, muun muassa käytöshäiriöiden muodossa, lisää työyhteisöissä hoidon ja valvonnan tarvetta, joka puolestaan vie aikaa muita asiakkailta. Asiakkaan moniongelmaisuus lisäsi vastaajien mukaan myös moniammatillisen yhteistyön tarvetta.

Toisena työn haasteellisuutta lisäävänä tekijänä mainittiin henkilöstön osaamistarpeiden lisääntyminen (20 %), mikä kertoo myös siitä, että ilmiöstä ei ole riittävästi tietoa. Erityisesti lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksesta oltiin epätietoisia. Vastaajat kertoivat ikääntyneiden päihdeongelman kohtaamisen vaativan henkilökunnalta erityisosaamista, jota heiltä nyt tuntui puuttuvan.



Kuvio 9. Työn haasteellisuutta lisäävät tekijät

Ikääntyneiden päihdeongelmia kohtaava henkilökunta koki, että heiltä puuttuivat selkeät toimintamallit ja keinot (18 %). Tästä johtuen työ koettiin turhauttavaksi. Tiedon vähäisyys ikäryhmälle sopivista hoitomalleista ja terapioiden nähtiin hoidon puutteina. Joillekin ikääntyneille sopii mini-interventio³. Toisilla taas muun muassa traumaattisten kokemusten läpityöstäminen vaatii pidempää psykoterapiaa. Ikääntyneet naiset häpeilevät usein ongelmaansa ja voivat olla haluttomia osallistumaan esimerkiksi hoidollisiin sekaryhmiin.

Ikääntyneiden päihdeongelman tehokas kohtaaminen edellyttää käytännössä kotipalvelun, terveyden- ja päihdehuollon ja omaisten saumatonta yhteistyötä. Hoitotulokset ikääntyneillä ovat vähintään samaa tasoa kuin nuoremmissakin ikäryhmissä. (Suhonen 2006.)

Näyttäisi siltä, että ikääntyneiden päihdeongelmien lisääntyminen on herättänyt uudenlaisen tarpeen päivittää työntekijöiden päihdeosaamista. Asiaan on vaikea tarttua ja monet työntekijät miettivät, missä kulkee puuttumisen ja välittämisen raja.

³ Mini-interventiolla tarkoitetaan lyhytneuvontaa, jossa otetaan puheeksi alkoholinkäyttö, tunnistetaan riskikulutusta ja annetaan neuvontaa alkoholinkäytön vähentämiseksi. Alkoholinkäytöstä kysyttäessä käytetään yleensä apuna Audit -kyselylomaketta (Alcohol Use Disorders Identification Test). Audit -kyselylomakkeessa on kymmenen kysymystä, jotka koskevat alkoholin käyttöä viimeisen vuoden ajalta. (ks. esim. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>) Ikäihmisille on räätälöity oma kysely alkoholinkäytön ja lääkkeiden käytöstä (ks. liite 5)

3.3 Päihteidenkäyttö dementiaan yhteydessä

Väestön ikääntyessä ja vanhusten määrän kasvaessa myös dementiapotilaiden määrä on Suomessa kasvanut jatkuvasti.

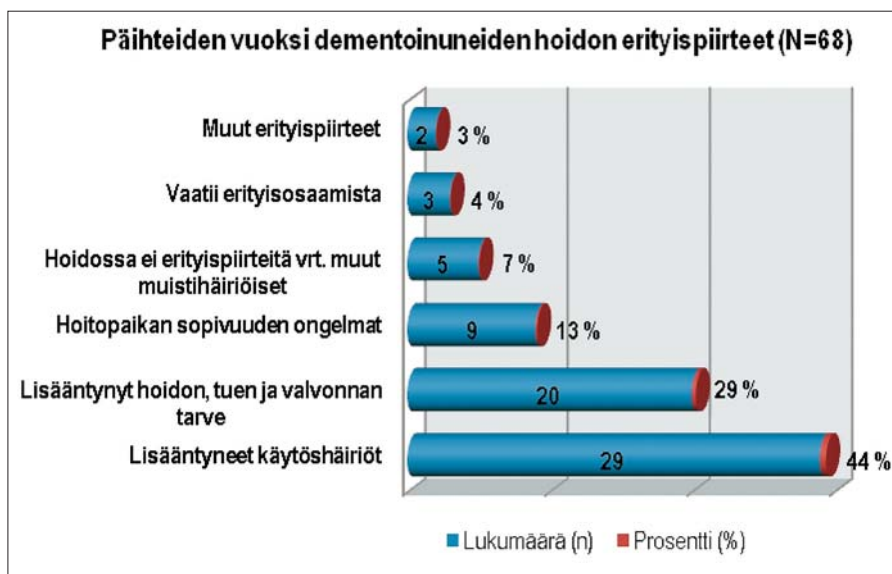
Dementia on laaja-alainen oireyhtymä, johon määritelmän (Amerikan psykiatrien yhdistyksen DSM-IV) mukaisesti kuuluu muistihäiriön lisäksi heikentymistä ainakin yhdellä seuraavista älyllisen toimintakyvyn alueista: tahdonalaisten liikkeiden ja liikesarjojen suorittamisessa halvausoireiden puuttuessa, kielellisissä toiminnoissa, esineiden tai asioiden tunnistamisessa tai toiminnanohjauksessa. Määritelmän mukaisesti kognitiivisten oireiden on oltava siinä määrin merkittäviä, että ne heikentävät potilaan ammatillisia tai sosiaalisia kykyjä. Myös Kognitiivinen toiminta on heikentynyt aikaisempaan, parempaan suorituskykyyn nähden. (Verkkoniemi 2008.)

Muistihäiriöiden syynä voi olla runsas alkoholin tai huumeiden käyttö, mutta diagnoosin teko saattaa vaikeutua anamneesin epäluotettavuuden takia. Alkoholidementia on tosin yleinen oireyhtymä. Alkoholin vaikutuksesta dementiaan syntyy monia näkemyksiä. Valtaosa tutkijoista pitää alkoholia kuitenkin yhtenä merkittävänä dementiaan altistavista riskitekijöistä. Kliinisessä tutkimuksessa potilailla todetaan usein muistihäiriöiden lisäksi ataksiaa, intentiovapinaa, tasapaino- ja kävelyvaikeuksia sekä laaja-alaisia ääreishermoston toimintahäiriöitä. (Verkkoniemi 2008.)

Ikääntymisen mukanaan tuomat sairaudet, rajoitteet ja lääkitys ovat päihteiden käytön yhteydessä arvaamaton riski. Päihteiden käytöstä aiheutuvat kognitiiviset oireet ja alkava dementia ovat ainakin maallikolle vaikeasti toisistaan erotettavissa. Yksinäisyys, masennus ja mielenterveysongelmat sekä erityisesti itsetuhoisuuden lisääntyminen ovat myöhemmällä iällä toisiaan kumuloivia. Alkoholin vuoksi dementoituneiden osuus kasvaa edelleen. Syitä tähän ovat muuttuneet juomatottumukset. Riskiryhmään kuuluvat 50–69-vuotiaat, jotka juovat paljon kerralla. (Länkinen 2008.)

Noin puolet dementiapotilaista on yli 80-vuotiaita. Alkoholin aiheuttama dementia vaivaa paljon nuorempia. Nuorena alkoholin vuoksi dementoituneiden kohdalla hoidon ja hoitopaikan ongelmat korostuvat. Miten fyysisesti hyväkuntoinen, mutta dementoitunut 55-vuotias sopii hoitopaikkaan, jossa muut ovat hauraita 80-vuotiaita? (Länkinen 2008.)

Kyselyyn vastanneet toivat esille (kuvio 10), että päihteiden vuoksi dementoituneiden käyttäytymisessä korostuivat muita muistihäiriöisiä enemmän käytöshäiriöt (44 %), kuten aggressiivisuus, raivonpuuskat, levottomuus, hermostuneisuus, tuskaisuus ja nopeat mielialavaihtelut. Toisaalta esille tuotiin vaikeus erottaa mitkä käytöshäiriöt johtuvat päihteiden käytöstä ja mitkä itse sairaudesta.



Kuvio 10. Päihteiden vuoksi dementoituneiden hoidon erityispiirteet

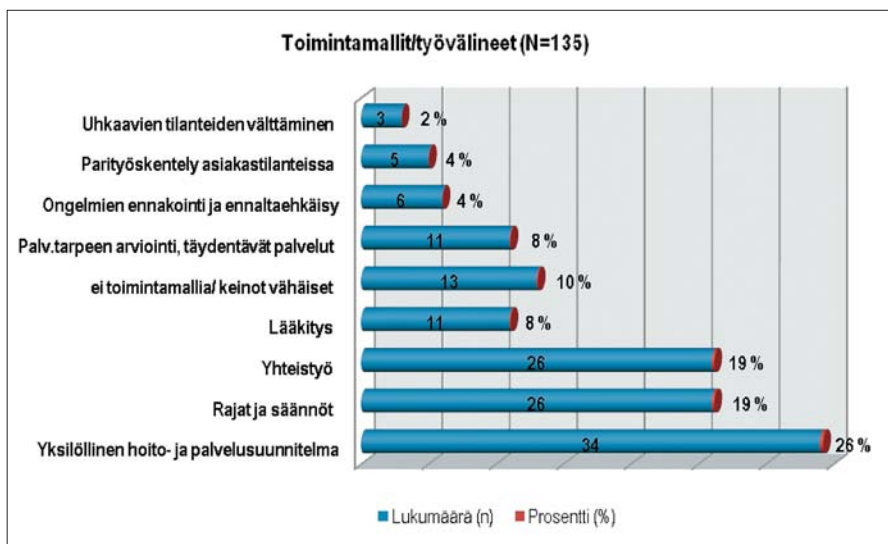
Päihteiden vuoksi dementoituneiden lisääntynyt tuen ja valvonnan tarve (29 %) ei poikennut yleensä ikääntyneiden päihdeongelmaisten lisääntyneestä tuen ja valvonnan tarpeesta. On kuitenkin huomattava, että keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneet asuvat usein tehostetussa palveluasumisyksiköissä tai laitoshoidossa, jolloin myös tukea ja apua on saatavilla ympäri vuorokauden. Toisaalta vastaajat toivat esille hoitopaikan sopivuuden ongelmat (13 %), johon osaltaan vaikuttavat lisääntyneet käytöshäiriöt. Hoitopaikan sopivuuden ongelmat tuntuivat keskittyvän erityisesti laitoksiin ja asumispalveluyksiköihin. Osa vastaajista toteasi, ettei päihteiden vuoksi dementoituneiden hoidossa ole mitään erityispiirteitä verrattuna muuhun muistihäiriöisten hoitoon (7 %).

Muina erityispiirteinä päihteiden vuoksi dementoituneiden hoitoon liittyen vastaajat mainitsivat erityisosaamisen tarpeen lisääntymisen sekä huomiot siitä, että ongelmat ovat havaittavissa nuorella iällä ja muistisairaus tuntuu etenevän nopeasti.

3.4 Yksiköissä käytössä olevat toimintamallit ja työvälineet

Koska ikääntyvien päihteiden käyttö on ilmiönä uusi, yleispätevää toimintamallia tai toimenpidesuosituksia ei ole. Tämä tuli esille myös vastauksissa (kuvio 11).

Kohdattaessa ikääntyviä päihdeongelmaisia ja suunniteltaessa heidän hoitoaan yksilöllinen tapauskohtainen suunnitelma ohjasi toimintaa 26 %:lla vastaajista. Asiakkaalle oli laadittu hoito- ja palvelusuunnitelma, jossa pyrittiin kokonaisvaltaiseen hoitoon, mutta päihdeongelmasta johtuva arvaamattomuus johtaa kuitenkin tilannekohtaisiin ratkaisuihin. Ongelmatilanteiden ensisijaisina ratkaisukeeinoina käytettiin ohjausta, neuvontaa ja keskustelua asiakkaan kanssa.



Kuvio 11. Käytössä olevat toimintamallit ja työvälineet

Mikäli keskustelulla ei päästy toivottuihin tuloksiin, nähtiin rajojen ja sääntöjen asettaminen tarkoituksenmukaisiksi (19 %). Rajojen ja sääntöjen asettaminen on mahdollista asumispalveluyksiköissä ja laitoksissa. Vastaajat kokivat, että kotihoidossa asiakkaan itsemääräämisoikeus vähentää keinoja puuttua asiaan, mikä osaltaan lisää hoitohenkilökunnan huolta asiakkaan selviytymisestä. Asiaa kuvasi eräs vastaaja seuraavasti:

”Kotihoidon toteuttaminen on vaikeampaa kuin laitoshoidon, koska hoitajalle jää lähtiessään huoli asiakkaan selviämisestä ja esim. lääkityksen toteutumisesta.”

Yhteisistä säännöistä voidaan keskustella ja sopia, mutta usein päihtyneenä niitä ei noudateta. Moniammatillinen yhteistyö ja sen myötä johdonmukaisuus ja sovitut hoitolinjat eri toimijoiden kesken olivat 19 %:lla vastaajista hyväksi havaittu toimintatapa. Sovittujen hoitolinjausten tärkeys korostui erityisesti saman työn yhteisön toimijoiden kesken.

Hoitolinjausten ohella toimintaohjeet ja -mallit antavat varmuutta hoitotyön toteuttamiseen. Käytettävien keinojen ja toimintamallien puuttumisen koki ongelmaksi 10 % vastaajista.

Hoidollisten toimenpiteiden ja toimintamallien ohella käytetään myös lääkehoitoa. Vastaajista 8 % ilmoitti, että tarvittaessa myös lääkitys on mahdollinen. Yleisimmin käytössä olivat Antabus-hoito ja rauhoittavat lääkkeet. Toisaalta voidaan kysyä, aiheuttaako toimintamallien puuttuminen ja neuvottomuus turvautumista helpommin lääkehoitoon?

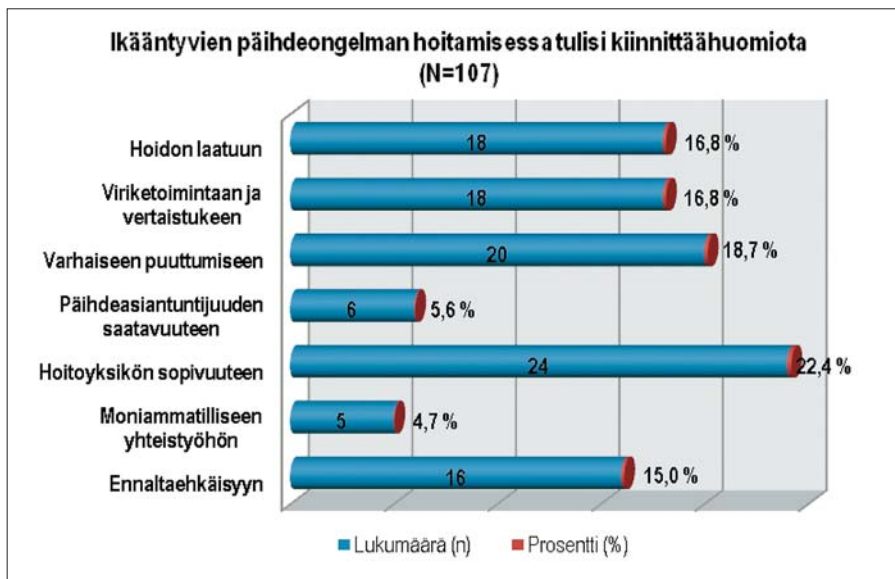
Palvelutarpeen jatkuva arviointi, palveluiden täydentäminen muun muassa erityispalveluilla (8 %) sekä ongelmien ennakointi ja ennaltaehkäisy (4 %) koettiin tärkeäksi. Kotihoidon osalta toimintamalleina käytettiin parityöskentelyä asiakastilanteissa (4 %) ja pyrittiin mahdollisuuksien mukaan välttämään uhkaavia tilanteita (2 %).

3.5 Ikääntyvän päihdeongelman hoitaminen

Vastaajat näkivät varhaisen puuttumisen (20,6 %) päihdeongelman hoitamisessa erityisen tärkeäksi (kuvio 12). Konkreettisesti sillä tarkoitettiin tuen, ohjauksen ja avun antamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä puheeksi ottamisen kynnyksen matalaa tasoa vanhustyössä. Hoidon laatu (18,6 %) sekä viriketoiminta ja vertaistuki (18,6 %) nähtiin tärkeiksi ikäihmisen päihdeongelman hoitoon vaikuttaviksi tekijöiksi. Hoidon laadussa tulisi painottaa yksilökeskisyyteen, avoimuuteen, kokonaisvaltaisuuteen sekä yhteisiin toimintamalleihin ja avohoidon tehostamiseen. Sosiaalisten kontaktien lisääntymiseksi vanhuksilla tulisi olla mahdollisuus vertaistukeen, päivätoimintaan ja harrastustoimintaan.

Viriketoiminnan lisääminen liittyy vahvasti myös ennaltaehkäisevään toimintaan, jonka vastaajat näkivät niin ikään tärkeäksi (16,5 %). Ongelman varhaisessa vaiheessa masennusta hoitamalla, vähentämällä yksinäisyyttä ja lisäämällä asennekasvatusta koettiin olevan merkitystä ikäihmisten päihdeidenkäytön vähentämisessä.

”Ennaltaehkäisyssä on voimaa! Pyrkä vaikuttamaan virikkeellisyteen, tarjota mahdollisuuksia vertaistukeen ja päivätoimintoihin, harrastusmahdollisuuksiin ”tavallisille” ikäihmisille. Keskustelua, informaatiota, ihmisiä joihin ottaa yhteyttä yksinäisinä hetkinä”



Kuvio 12. Ikääntyvien päihdeongelman hoitaminen

Julkinen sektori ei pysty resursoimaan ennaltaehkäisevään työhön ja viriketoiminnan järjestämiseen riittävästi, koska resurssit menevät korjaavaan työhön. Järjestöjen (erityisesti eläkeläisjärjestöjen) toiminta ja aktivoiminen ennaltaehkäisevään työhön tulee nähdä voimavarana. Järjestöjen jäseniä tulisi kouluttaa ja ikäihmisten päihdeongelmasta tulisi tiedottaa laajemmin. Julkisen sektorin ja järjestöjen keskinäinen järjestäytynyt yhteistyö vaatii kuitenkin yhteistoiminnan rakenteita sekä ns. kumppanuussopimuksia, joissa tehtävistä rooleista ja työnjaosta ovat selkeästi sovittu.

Pohjoismaissa pyritään kansallisesti satsaamaan terveempään vanhuuteen lisäämällä resursseja vanhusten fyysiseen aktiivisuuteen. Tämä näkyy esimerkiksi Tanskassa kansallisena vanhusten liikunta- ohjelmana, Norjassa lisääntyneenä kulttuuritarjontana ja Ruotsissa panostuksena vanhusten sosiaaliseen elämään. Ruotsissa esimerkiksi Höganäsin kunnassa toimii kunnallinen vahtimestari vanhuksille, joka tekee vanhusten kotona käytännön korjaus- ja fiksaustöitä. Korjaustoiminnan ohella vähennetään vanhusten eristäytymistä ja yksinäisyyttä. Kunta on laskenut säästäneensä tällä käytännöllä noin 8 miljoonaa kruunua kaa- tumisonnettomuuksien vähennyttä 30 %. Ruotsin kunnista 88 käyttää vastaavaa toimintaa. ”Fixar Malte”- toiminnan taustalla on vuonna 2007 voimaan tullut

lakiuudistus, joka mahdollistaa kuntia tarjoamaan yli 75 -vuotiaille vanhuksille kotihuolto-toimintaa. Toiminta ei ole tarveharkintaista tai perinteiseen kotiapuun liittyvää toimintaa, vaan sen painopiste ennaltaehkäisyssä. (Hannu-Jama 2009.)

Vastauksista nousi esille myös hoitoyksikön sopivuuteen liittyvät asiat (14,4 %). Oman maakunnallisen hoitoyksikön perustamisessa iäkkäille päihdeongelmallisille nähtiin tarvetta.

”... Ikääntyville asianmukaisia asumispaikkoja hoitajineen, jolloin päihdeidenkäyttö mahdollisesti saataisiin karsittua pois.”

Alueen päihdeasiantuntijuuden saatavuudessa ja kehittämisessä nähtiin parantamisen varaa (6,2 %). Vastausten perusteella alueelle tarvitaan enemmän konsultointimahdollisuuksia sekä asiantuntevaa ja koulutettua henkilöstöä. Erityisesti kuntiin toivottiin päihdetyöntekijöiden toimia. Moniammatillinen yhteistyön kehittyminen (5,1 %) sosiaali- ja terveystoimen välillä edesauttaisi erityisosaamisen, konsultaatiomahdollisuuksien ja toimintamallien luomista.

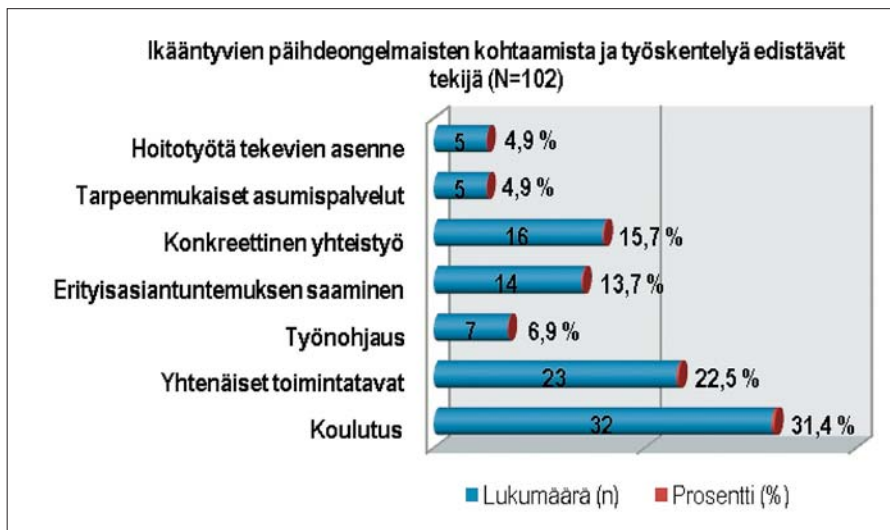
”- erityisosaamista/konsultointimahdollisuuksia myös ikääntyvien hoitoon päihdeasioissa enemmän, vaikka seutukunnallisesti”

Tarvetta koulutukselle ja tuelle

Lähes kaikki vastaajat toivoivat koulutusta ikäihmisten päihdeongelmasta (kuviot 13). Koulutuksen ja tiedon saannin todettiin olevan tarpeellista, koska ongelma on uusi ja edessäpäin oleva. Siihen pitäisi varautua ajoissa. Muutama vastaajista koki, että ongelmat ovat tällä hetkellä niin vähäisiä, että lisäkoulutustarve ei ole ajankohtainen.

Tietoa toivottiin alkoholinkäytön riskirajoista, tunnistamisesta sekä hoitokäytännöistä (lääkehoito ja lääkityksen toteutus, lääkkeet ja alkoholi, käytöshäiriöt, kuten aggressiivisuus ja päihdedementia sekä niiden kohtaaminen). Lisäksi koulutusta toivottiin haittavaikutuksista, katkaisuvaihtoehdoista ja alkoholin aiheuttamista sairauksista.

Toiseksi eniten koulutusta toivottiin päihdeongelmaisen vanhuksen kohtaamiseen ja ongelmaan puuttumiseen sekä puheeksiottamiseen liittyvistä asioista (n=21). Yksittäisiä koulutustoiveita (n=12) olivat muun muassa asennetukeen liittyvä koulutus, päihdeasiantuntijoiden hoitokoteihin suuntautuvat koulutukset ja aktiiviteettien järjestämiseen liittyvä koulutus.



Kuvio13. Ikääntyvien päihdeongelmaisten kohtaamista ja työskentelyä edistävät tekijät

Tuen tarve ikääntyvien päihdeongelmaisten kohtaamisessa ja työskentelyssä heidän kanssaan kulminoitui pääosin koulutukselliseen tukeen (31,4 %). Koulutuksen toivottiin olevan asiantuntevaa ja ajankohtaista koulutusta ikäihmisten päihdeongelmasta. Tarpeet liittyivät kohtaamiseen, tunnistamiseen, hoitoon ja hoitopolkuihin liittyviin asioihin. Edellä on mainittu tarkemmat koulutustarpeet.

Yhtenäisiin toimintatapoihin (22,5 %) ja niiden luomiseen toivottiin tartuttavan. Henkilökunta odottaa saavansa työnsä selkeät toimintatavat ja -mallit sekä menettelytavat. Tarvetta on muun muassa ennaltaehkäisevälle toimintamallille sekä työyhteisössä sovituille työtavoille, joita kaikki hoitoon osallistujat ja omaiset noudattavat. Tarvitaan yhteisiä sääntöjä kaikille potilaille. Henkilökunta on huolissaan myös omasta turvallisuudestaan. Tästä johtuen toivottiin taustatukea järjestyksen ylläpitämiseen, työvuoroihin useampaa työntekijää ja selkeitä ohjeita ongelmatilanteisiin.

Yhteistyökysymyksissä (15,7 %) korostui palaverien tarve yhteistyökumppaneiden kanssa yhteisistä asiakkaista sekä yhteistyön tekeminen joustavasti ja tarpeen mukaan konkreettisissa akuuteissa tilanteissa, esimerkiksi kotikäyntitilanteissa. Myös tiivis yhteistyö omaisten kanssa nähtiin merkitykselliseksi.

Erityisasiantuntemuksen saamisella (13,7 %) hoitoyksikköihin tarkoitetaan tuen saamista A-neuvolan tai -klinikan taholta; keskusteluapua asiakkaille, tietoa ja tukimahdollisuuksia erityisesti tilanteissa, jolloin asiakas siirretään kotihoitoon. Vanhustenhuollon työntekijät kaipaavat riittävän tukiverkon lisäksi resursseja parityöhön sekä päihdetyöhön erikoistuneita ammattilaisia, jotka osaavat ja voivat

toimia päihdeongelmaisten tilanteessa kokonaisvaltaisesti yhteistyössä muiden tahojen kanssa.

Työnohjauksellista tarvetta yksiköissä on jonkin verran (6,9 %). Työnohjauksen lisäksi vertaistukea kaivataan työtovereilta ja johdolta sekä eri ammattiryhmien työntekijöiltä. Hoitotyötä tekevien asenteella (4,9 %) halutaan tuoda esille oikeanlaista suhtautumista ja rohkeaa asennetta puuttua päihteitä käyttävän asiakkaan tilanteeseen. Myös tässä yhteydessä esille nousivat tarpeenmukaiset asumispalvelut (4,9 %) ja erillinen hoitopaikka ikääntyneille päihteidenkäyttäjille.

”Ikääntyvä tarvitsee mielestäni tukea siinä, että olipa hänen taustansa mikä tahansa niin palveluyksikössä hän on samalla viivalla muiden kanssa. Yhtenäiset säännöt kaikille. Ketään ei osoiteta sormella, vaan säännöt ja mahdolliset muistutukset kerrotaan kahdenkesken. Ketään ei saa nolata tai syrjiä riippuvuuksiensa takia. Tukea tarvitsemme juuri noiden osa-alueiden kehittämiseen”

3.6 Yhteistyön kipukohdat – yhteistyö eri toimijoiden välillä

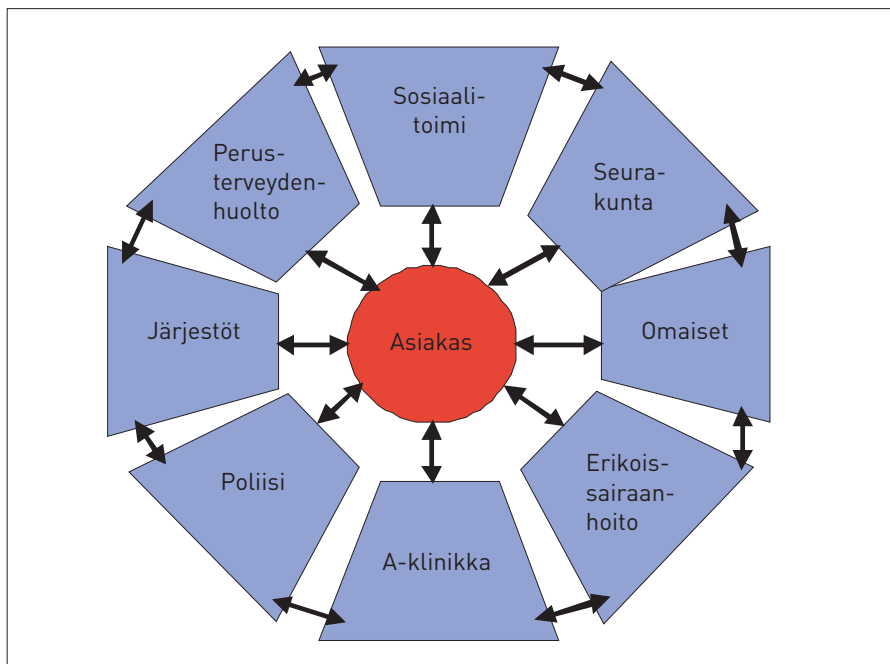
Ihmisen sosiaaliseen verkostoon kuuluvat yleensä perhe, suku, ystävät, naapurit ja ainakin muutamia asiantuntijoita. Päihdeongelmaisen sosiaalinen verkosto voi olla rajoittunut, mutta toisaalta ongelman luonteen takia henkilö voi olla yhtä aikaa monien eri hoitopaikkojen asiakas. Ikääntyneitä leimaa muita ikäryhmiä enemmän yksinäisyys ja sosiaalisten kontaktien puute, jolloin yksinasuvat saattavat hakea päihteistä korviketta menetetyille sosiaaliselle verkostolle ja työn merkitykselle.

Toimiva sosiaalinen verkosto on tuen antaja stressaavissa elämäntilanteissa ja kriiseissä. Ikääntyneiden päihdeongelman tehokas kohtaaminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja yhteisistä toimintamalleista sopimista. Asiakasta auttava verkosto muodostuu aina yksilöllisten tarpeiden ja hoitosuunnitelman perusteella. Keskeisimmät toimijat ovat käytännössä sosiaalitoimi, erityisesti vanhustyö ja kotihoito sekä terveystoimi ja päihdehuolto. Myös omaisten tiivis mukanaolo edesauttaa myönteisiin hoitotuloksiin pääsemisessä. Vaikeuksia kohdatessaan ihminen turvautuu ensin luonnolliseen verkostoonsa ja vasta toissijaisesti asiantuntijoihin. Päihdeongelmaisen asiakkaan sosiaalinen verkosto voi joutua kovalle koetukselle. Läheiset voivat olla uupuneita, väsyneitä ja kyllästyneitä ja siten itsekkin vähintään tiedon ja ehkä myös avun ja tuen tarpeessa. (Huikko 2006.)

Verkostönäkökulma hoitoon avautuu esimerkiksi verkostokartan avulla. Asiakas tai perhe voi itse yhdessä terapeutin tai hoitajansa kanssa tarkastella omaa verkostoaan ja miettiä kriisitilanteessa, ketkä tietävät vaikeuksista ja ketkä voisivat

auttaa. Neuvottelemalla yhdessä asiakkaan tai perheen kanssa työntekijä voi koota samaan aikaan paikalle tärkeitä ihmisiä sekä luonnollisesta verkostosta että asiantuntijoista. (Hannula, 2006)

Selvityksen mukaan keskeiset yhteistyötahot ikääntyvien päihdeongelmien hoitamisessa ovat sosiaali- ja terveystoimi. Keskeisessä asemassa ovat vanhustyö, perusterveydenhuolto ja päihdetyö sekä A-klinikan toiminta. Myös erityispalvelut, kuten erikoissairaanhoido ja erikoislääkäripalvelut tulivat vastauksissa esille. Ennaltaehkäisevän työn osalta keskeisiksi toimijoiksi mainittiin järjestöt, vapaaehtoistoimijat ja seurakunta (kuva 2).



Kuva 2. Toimintayksiköiden keskeiset yhteistyötahot

Vastauksista nousi esille tarve kehittää yhteistyötä sosiaalihuollon, terveydenhuollon ja päihdetyön välillä. Konkreettisen yhteistyön tekeminen nähtiin suurimmaksi kehittämisen paikaksi (48,6 %).

Yhteistyön muodoiksi määriteltiin yhteiset palaverit, yhteydenpito sekä tukiverkosto hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. Yhteydenpito erityisesti päihdealan osajiin nähtiin tärkeäksi. Eri ammattiryhmiltä toivottiin konsultaatiomahdollisuuksia ja nopean avun saamista ongelmatilanteissa. Yhteistyö vaatii kehittyäkseen kuitenkin avoimuutta, luottamuksellisia suhteita eri ammattiryhmien välillä sekä joustavaa tiedonkulkua.

”Enemmän verkostoitua yhdessä, rajojen ylläpitäminen on turhaa byrokratiaa.”

”Toimii hyvin, jos tarvetta. Päihdekäyttäjät ovat ns. ”lieviä” (yleensä tapahtuu jotain konkreettista, ennen kuin päihdetyöntekijälle on käyttöä) Vähän ”joudutaan” olemaan yhteistyössä. Toivetta yhteistyöhön päihdehuollon kanssa: mm yhteydenottoja ja enemmän tietoa asiakkaasta, että hoito toimii parhaalla mahdollisella tavalla. Yhteiset palaverit.”



Kuvio 14. Yhteistyön kehittäminen eri yksiköiden välillä

Koulutus (18,9 %), yhteiset toimintalinjat (14,9 %), päihdeongelmaisen ikäihmisten asumispalvelujen kehittäminen (8,1 %) ja ennaltaehkäisevä työote (5,4 %) ovat nousseet useassa yhteydessä esille ja niiden merkitys vahvistuu myös yhteistyön kehittämisessä. Yhteisillä toimintalinjoilla tarkoitetaan selkeitä toimintaohjeita ja suosituksia esimerkiksi päihdeongelman tunnistamiseen ja ongelmatilanteissa toimimiseen. Henkilöstöresursseihin (4,1 %) toivottiin saavan vahvistusta ja koulutettua henkilökuntaa hoitamaan ongelmaa.

”Ennaltaehkäisevä työ tärkeää. Nämä asiakkaat ”rantautuvat” ympärivuorokautisen vanhuspalvelun piiriin tavallaan liian nuorina ja ”vääristä” syistä.”

4. YHTEENVETO JA TOIMENPIDESUOSITUKSET

Päihdepalvelujärjestelmän hajanaisuus näkyvissä

Selvityksessä tarkasteltiin ikäihmisten päihdeongelmaa pohjalaismaakuntien alueella. Selvitys pohjautuu vanhustyössä työskentelevien työntekijöiden näkökulmiin ongelman laajuudesta, työn haasteista ja tulevaisuuden kuvista.

Valtakunnallisesti koko päihdepalvelujärjestelmää leimaa pirstaleisuus, suunnitteleamattomuus, paikallinen ja seudullinen hajanaisuus sekä yhteistoiminnan puute. Lisäksi palvelutarjonnassa on suurta alueellista vaihtelua ja epätasa-arvoa. Avopalvelut ovat usein riittämättömiä, valikoivia ja yksipuolisia. (STM 2009, ks. myös Tuomela-Jaskari 2008.) Sama ilmiö näkyy myös ikäihmisten päihdeongelman hoitamisessa. Sekä koko päihdepalvelujärjestelmässä että erityisesti ikäihmisten päihdeongelman hoitamisessa tulisi kehittää arkista selviytymistä tukevia palveluita. Hoidon painopiste tulisi saada peruspalveluihin, jonka vuoksi sekä avohoidon rakennetta että henkilöstön osaamista päihdeasioissa tulisi kehittää. Hoitokäytännöissä tulee huomioida ikäihmisten- ja päihdepalvelujen laatusuosituksat.

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 -työryhmä (STM 2009) on laatinut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman, jossa linjataan mielenterveys- ja päihdetyön keskeisiä periaatteita ja painotuksia vuoteen 2015 saakka. Suunnitelmassa painotetaan muun muassa asiakkaan aseman vahvistamista, ongelmien ja haittojen ehkäisyä, päihhteettömyyttä sekä eri ikäryhmien mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistapoja. Päihdepalvelujärjestelmän osalta suunnitelmassa painotetaan matalan kynnyksen palveluita ns. yhden oven periaatetta hoitoon tullessa. Ikääntyvien mielenterveys- ja päihdeongelmien osalta suunnitelmassa linjataan, että ongelmien ehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen tullaan panostamaan ja hoitoa tullaan kehittämään ja tehostamaan. Keinoina mainitaan erityispalveluiden jalkautuminen, perus- ja täydennyskoulutus sekä koordinoitu yhteistyö perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen, vanhuspsykiatrisen erikoissairaanhoidon sekä järjestöjen ja seurakunnan välillä huomioiden myös omaiset.

Haasteena ikäihmisten päihdeongelma -selvitys toi esille, että ikääntyvien päihdeongelma on jo näkyvissä avohoidossa. Päihteiden runsaampi käyttö kohdentuu 65–75-vuotiaiden ikäryhmään. Päihteiden käytön lisääntyminen näkyy konkreettisesti hoidon tarpeen lisääntymisenä sekä ennalta arvaamattomien ongelmien esiintymisenä. Näitä ovat muun muassa hoidon toteuttamisen vaikeudet sekä päihteiden ja lääkkeiden yhteiskäytöstä johtuvat ongelmat. Tutkimustuloksista heijastuu ongelman tuoreus ja siihen liittyvien toimintatapojen ja -mallien puut-

teellisuus sekä vanhustyössä olevien puutteellinen osaaminen kohdata iäkäs päihdeongelmainen asiakas ja työskennellä hänen kanssaan. Tulevaisuudessa, 5–10 vuoden sisällä, ongelman arvellaan kasvavan räjähdysmäisesti. Erityispiirteinä nähdään alkoholidementikkojen ja ikääntyvien päihdeongelmaisten naisten määrän kasvu.

Suurten ikäluokkien eläkepoistuma

Vanhusten kanssa työskentelevillä työntekijöillä on sekä valtakunnallisten näkymien että tämän tutkimuksen tulosten mukaan pitkä työkokemus, yli 15 vuotta vanhustyöstä. Eläkepoistuma kunta-alalla tulee olemaan suuri. Kunta-alan työntekijöistä eläkkeelle siirtyy vuosien 2008–2025 aikana noin 270 000 työntekijää. Sosiaaliala- ja terveysalalla eläkepoistuma kyseisten vuosien aikana on yhteensä 52 %. (Halmeenmäki 2007.)

Suurten ikäluokkien eläköityminen aiheuttaa haasteen myös palvelujärjestelmälle. Miten työntekijöiden hiljainen tieto ja osaaminen siirretään nuoremmalle ikäpolvelle? Erityisen ongelmainen tilanne on ikääntyvien päihdeongelmaisten palvelujen osalta. Selvitys toi esille, että jo pitkään työssä olleet työntekijät kokivat toimintamallien puuttumisen ja osaamattomuuden kokemuksen turhauttavaksi ja työtä vaikeuttavaksi asiaksi. Miten vastavalmistuneet, kokemattomat työntekijät tulevat kohtaamaan tilanteen? Miten ammatillisessa koulutuksessa on huomioita tai huomioidaan erityisryhmien tarpeisiin vastaaminen?

Eläkepoistuma kertoo toisaalta myös siitä, että päihdeongelmista kärsivien ikäihmisten määrä tulee nousemaan seuraavien vuosien aikana roimasti. Vanhusväestön määrän nopea kasvu ja heidän tapansa käyttää alkoholia on muuttumassa. Tarkasteltaessa ikääntyvien juomatapatutkimuksia voidaan todeta alkoholikulttuurin liberalisoituminen yhteiskunnassa. Viimeisimmissä juomatapatutkimuksissa alkoholin kulutusluvuissa on jo merkkejä ns. määrän sukupolven (1945–1954 syntyneet) mukaantulosta vanhimpiin ikäkohortteihin. (ks. esim. Jyrkämä 2007)

Ikäihmisten alkoholinkäyttö ja siihen liittyvät ongelmat

Yli 75-vuotiaista suomalaisista miehistä ainakin 5 % ja naisista 2,5 % ylittää turvalisena pidetyn käytön rajat. Ongelmallista alkoholinkäyttöä on arveltu olevan noin 10 %:lla yli 65-vuotiaista. Vaikka Sosiaali- ja terveysministeriön alkoholiohjelma on ottanut kantaa ikäihmisten kohtuukäytön annosrajoihin, eivät ikäihmiset ole riittävästi tietoisia standardiannoksista ja suosituksista. Ikääntyvien alkoholin käyttö

on ollut yhteiskunnassamme tabu, joka on vähitellen murtumassa. Ikääntyvien alkoholin ongelmakäyttöä on pidetty vähäisenä. Osittain tästä syystä vaikeaan ja vaiettuun asiaan ei ole koettu tarpeelliseksi puuttua, toisaalta toimintamallit ja keinot on koettu vähäisiksi.

Ikäihmisten päihdeongelman haasteellisuus hoitotyössä on havaittavissa. Vanhustyön yksiköiden avopalvelut ovat jo kohdanneet ikääntyvien lisääntyvän päihdeongelman. Väestön edelleen ikääntyessä päihdeongelma näyttäytyy myös asumispalveluyksiköissä ja laitoshoidossa lähitulevaisuudessa. Selvityksessä tuli esille, että esimakua on jo saatu keski-ikäisenä alkoholin vuoksi dementoituneiden hoidon järjestämissä. Päihteiden vuoksi dementoituneiden osalta oli huomattavaa lisääntyneet käytöshäiriöt ja aggressiivisuus, jopa siinä määrin, että sopivien hoitopaikkojen löytäminen on haaste.

Ikääntyvien konkreettiset päihdeongelmat eivät niinkään tule esille taloudellisina tai sosiaalisina ongelmina. Ikääntyvillä on pääosin hankittuna elämisen turva, kuten asunto ja varallisuutta. Konkreettisina ongelmina korostui päihteiden käytöstä johtuva hoidon tarpeen lisääntyminen, joka on yhteydessä muuhun ikääntymisestä ja sairauksista johtuvaan hoidon tarpeeseen. Liikuntakyvyn heikkeneminen ja lääkkeiden käyttö yhdistettynä alkoholin käyttöön heikentää itsenäisesti selviytymisen mahdollisuuksia.

Ikäihmisten päihdeongelman hoitamisen yksi haaste on se, että päihdepalvelujärjestelmästä puuttuu ikäihmisille suunnatut palvelut. Ikäihmiset käyttävät tällä hetkellä työikäiselle väestölle suunnattuja palveluita. Ongelmana on se, että toimintamallit ja -periaatteet sekä fysiologiset lähtökohdat ovat erilaiset näillä kohderyhmillä. Ikääntyvät tarvitsevat omanlaisensa suunnittelun ja toteutuksen sekä hoidon että kuntoutuksen suhteen.

Toimintamalleissa ja osaamisessa on puutteita

Toimintamallien ja työvälineiden puuttuminen tuli esille vanhustyön työntekijöiden vastauksissa. Sovittua hoitomallia ei ole ja asiat ratkaistaan usein tilanne- ja tapauskohtaisesti. Henkilökunta koki tämän työpaineita lisäävänä sekä osaamattomuutena ja keinottomuutena puuttua asiaan. Toisaalta voidaan kysyä, johtaako toimintamallien puuttuminen herkemmin rauhoittavien lääkkeiden käyttöön?

Henkilöstön osaamisen kehittäminen on keskeinen osa palveluiden laadun varmistamista. Koulutuksen pitää vastata nykyistä paremmin peruspalveluiden tarpeita. Työyhteisöjen perusosaamiseen, mielenterveys- ja päihdetyöhön, yh-

teistoiminnallisiin työkäytäntöihin sekä uudenlaisten palveluissa kohdattujen ongelmien vaatimiin toimintamalleihin liittyvät kehittämis- ja koulutustarpeet tulee selvittää. (STM 2009.) Lisäksi on huomioitava, että erityisesti päihdetyöhön vaikuttaneet yhteiskunnalliset muutokset, palveluiden lisääntynyt kysyntä, sekä palvelujärjestelmän rakenteelliset muutokset ja niukat resurssit ovat lisänneet työrasitusta ja vähentäneet työntekijöiden hakeutumista päihdetyöhön.

Hoidon tarpeen lisääntyminen näkyy hoitoisuuden lisäksi valvonnan tarpeen lisääntymisenä käytöshäiriöiden vuoksi. Työntekijät kokivat tarvetta lisätä osaamistaan kyseisten asiakkaiden/potilaiden kanssa työskenneltäessä. Koulutustarpeita nähtiin päihdeongelmaisen tunnistamiseen, kohtaamiseen, puheeksi ottamiseen ja hoitokäytäntöihin liittyvissä asioissa. Konkreettisina tarpeina esiin nousivat muun muassa lääkehoidon toteutus, lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö ja käytöshäiriöt.

Ikäihmisten päihdeongelmaan puuttuminen edellyttää asenteellista muutosta sekä päihdetyön ja vanhustyön uutta osaamista. Erityisesti kotihoidon, palvelutalojen henkilökunnan osaamisen tason nostaminen on ensiarvoisen tärkeää. Henkilökunta tarvitsee myös tukea esimerkiksi työnohjauksen ja mentoroinnin muodossa. (Juhela 2009.)

Ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen

Päihdeongelmaisen ikäihmisen hoidossa erityisen tärkeäksi tutkimuksessa nähtiin varhainen puuttuminen, joka tarkoittaa ohjauksen, tuen ja avun antamista sekä puheeksi ottamista mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Myös hoidon laatu sekä viriketoiminta ja vertaistuki nähtiin tärkeiksi hoitoon vaikuttaviksi tekijöiksi. Viriketoiminta on parhaimmillaan ennaltaehkäisevää toimintaa, jolla pystytään vähentämään yksinäisyyttä ja masennusta. Julkisella sektorilla on paineita resursoida korjaavaan työhön, minkä vuoksi ennaltaehkäisevään työhön ja viriketoimintaan ei ole riittänyt tarpeeksi resursseja.

Järjestöillä on Suomessa tärkeä rooli sekä julkisen palvelujärjestelmän palvelutarjonnan täydentäjinä että kansalaistoiminnan aktivoijina. Huomattava osa päihdehuollon erityispalveluista on järjestöjen ja yksityisten tuottamia. Järjestöillä on vahva rooli ehkäisevässä päihdetyössä sekä toteuttajina yhteistyössä kuntien kanssa että myös ehkäisevän päihdetyön työmenetelmien kehittäjinä. Lisäksi järjestöillä on tärkeä rooli kuntoutujalähtöisten toimintojen ja vertaistoiminnan tarjoamisessa. (ks. esim. STM 2009.) Erityisesti eläkeläisjärjestöjen aktivoituminen ennaltaehkäisevässä työssä olisi merkittävä resurssi.

Tulevaisuudessa tarvitaan pikaisia toimenpiteitä lyhyellä ja pitkällä tähtäimellä. Tarvitaan monialaista ja monitoimijaista näkemystä linjauksista ja suosituksista. Ennaltaehkäisyyn tulee panostaa eläkeläisjärjestöjen kanssa laajassa yhteistyössä. Tarvitaan enemmän päihdehuollon, mielenterveysalan ja vanhustyön moniammatillista yhteistyötä, sektorirajat ylittäviä kehittämishankkeita, yhteistä koulutusta ja kokemuksen arviointia ja jakamista. Alan tutkimusta tarvitaan laajasti. (Parviainen 2005.)

Ennaltaehkäisyllä on vaikutusta terveydenhuollon kustannuksiin

Merkittävimpiä terveydenhuollon haasteita väestön ikääntyessä ovat reisiluun yläosan murtumat eli lonkkamurtumat. Ikääntyminen lisää luiden haurastumista ja siten riskiä saada lonkkamurtuma. Lonkkamurtuma on vakava tapaturma, joka usein heikentää merkittävästi vanhuksen toimintakykyä. Murtumien esiintyvyys 13-kertaistuu 60 ja 80 -ikävuoden välillä. Vuonna 2003 lonkkamurtuman takia sairaalahoitoa sai noin 7 700 henkilöä, joista noin 6 100 oli murtuman vuoksi ensimmäistä kertaa hoidossa. Lonkkamurtumista 90 % tapahtuu kaatumisen seurauksena. Lonkkamurtumapotilaista noin 70 % on naisia. Murtuman saaneet naiset ovat iältään keskimäärin 80-vuotiaita ja miehet vastaavasti 75-vuotiaita. Lonkkamurtumapotilailla on tyypillisesti runsaasti liitännäissairauksia.

Lonkkamurtumat heikentävät elämänlaatua ja aiheuttavat sekä yksilölle että yhteiskunnalla ylimääräisiä kustannuksia. Lonkkamurtumasta kertyvät potilaskohdattaiset mediaanikustannukset ensimmäisen vuoden aikana ovat noin 14 000 euroa, joista murtumasta aiheutuvia lisäkustannuksia on arvioitu olevan noin puolet. Lonkkamurtuma vaatii pitkää sosiaali- ja terveydenhuollon rajat ylittävää hoitoa. Lonkkamurtumapotilaiden sairaalahoitoon kuluu keskimäärin noin 50 vuorokautta, josta erikoissairaanhoidon osuus on noin 10 vuorokautta. Ennen murtumaa kotona asuneista potilaista lähes 30 % päätyy lonkkamurtuman jälkeen vuoden kuluessa pitkäaikaiseen laitoshoitoon. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2009.)

Pohjois-Kymenlaakson tapaturmahankkeessa tehty tutkimus lonkkamurtumapotilaista osoittaa, että murtuman takia hoitoon tulleista 28 %:lla 103: sta potilaasta veren alkoholipitoisuus oli positiivinen hoitoon tullessa. Miesten keski-ikä ollessa 73 vuotta ja naisten 81 vuotta. Sekä alkoholin käyttö että positiivinen veren alkoholitus oli yleisempi miehillä kuin naisilla. (Nurmi-Lüthje 2006.)

Riskiryhmät, kuten päihteitä käyttävät ikäikäihmiset, on tärkeä löytää ajoissa. Lonkkamurtumien ennaltaehkäisyyn kannattaa panostaa.

Raportin käsittely

Pohjalaismaakuntien Ikäihmisten päihteidenkäyttöä koskevaa kyselyä ja raporttia käsiteltiin Seinäjoen IKÄPÄ -työryhmässä 3.2.2009. IKÄPÄ -työryhmä on vanhus- ja päihdetyössä toimivien viranomaisten, järjestöjen ja seurakuntien edustajista muodostuva asiantuntijatyöryhmä, jossa käsitellään ikääntyvien päihdeongelmaa. Työryhmän tavoitteena on edistää ja toteuttaa omalta osaltaan Seinäjoen päihde- ja mielenterveysstrategiaa. Toisena tavoitteena on edistää ja tukea ikäihmisten turvallista ja hyvää arkea vaikuttamalla olosuhteisiin ja ikäihmisten parissa tehtävään päihdetyöhön. Työryhmän tehtävänä on mahdollistaa ehkäisevän päihdetyön työotteen käyttöönottoa kaikilla toimintasektoreilla muun muassa jakamalla tietoa, kouluttamalla ja tukemalla erilaisten toimintamallien käyttöönottoa. Lisäksi tehtävänä on esittää kannanottoja ja tehdä esityksiä muun muassa päihdeongelmaisen ikäihmisten hoitopolusta (ikäihmisten ohjaaminen oikeanlaisen avun piiriin).

Toimenpide-ehdotukset

Seinäjoen IKÄPÄ -työryhmä keskusteli kokouksessaan 3.2.2009 ikäihmisten päihdetyön kehittämisestä sekä kommentoi selvitystä ja toi näkemyksiään toimenpide-ehdotuksiin. Toimenpide-ehdotukset pohjautuvat selvityksen aineistoon ja IKÄPÄ-työryhmän näkemyksiin.

1) Jalkautuva päihdetyö (vanhus- ja päihdetyöntekijä) työmenetelmäksi

- Päihdetyöntekijän mahdollisuus yhdessä kunnan vanhuspalvelutyöntekijöiden kanssa arvioida ja kehittää jalkautuvaa päihdetyötä. Käytännössä jalkautuva päihdetyöntekijä toimii kunnan vanhuspalvelujen työntekijän työparina päihde-osaamista vaativissa tilanteissa. Työpari voi osallistua yksilöllisen hoito- ja palvelusuunnitelman laatimiseen, verkostokokouksiin, joissa hän voi toimia myös vetäjänä ja joita hän voi tarvittaessa kutsua kokoon. Työparityöskentelyssä korostuu verkostoituva ja etsivä päihdetyö. Työmenetelmä vastaa kysymykseen, miten päihdeongelmaan kohdistuvat interventiot ja asiakkaan mahdolliset muut hoidot sovitetaan yhteen?

2) Päihde-ehtoisten käytntien tilastointi perusterveydenhuollossa ja erikois-sairaanhoidossa

- tilastointikäytäntöjen kehittäminen ja tapausseuranta (esimerkiksi päihteidenkäyttö osallisena lonkkamurtumissa) vakiintuneeksi käytännöksi
- tilastotietojen kerääminen ja yhdenmukaistaminen valtakunnallisella, alueellisella ja seudullisella tasolla
- tilastotietojen hyödyntäminen käytännön toiminnan ohjaamisessa., kehittämisessä ja päätöksenteossa.

3) Päihteidenkäytön tunnistamiseen liittyvät menetelmät käyttöön

- vanhusväestölle suunnatun mini-intervention (ikäihmisille suunnattu Audit) käyttöönotto työvälineeksi päihdeongelmien tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen
- rutiininomaisen puhalluskokeen käyttöönotto päivystysvastaanotoilla epäiltäessä alkoholin osuutta esimerkiksi tapaturmatilanteissa
- positiivisen tuloksen jälkeen jatkotoimenpiteistä huolehtiminen.

4) Palvelujärjestelmän monipuolistuminen

- päihdepalvelujärjestelmää kehitettävä ikäspesifisti niin, että ikäihmisille (yli 65-vuotiaat) on tarpeita vastaavia päihdepalveluita
- ikääntyvien päihdeongelmaisten palvelujen kehittäminen ja tarpeet tulisi huomioida vanhus-, päihde- ja mielenterveyshyönteystyön strategioissa ja toimintasuunnitelmissa.

5) Malli päihdeongelmaisen ikäihmisten hoidosta ja hoitopolusta

- hoito ja tiedonkulku laitoshoidon ja avohoidon välillä tulee turvata
- interventio-mallien ja ikääntyneiden päihdeongelmaisten kohtau-miskäytäntöjen vakiinnuttaminen vanhuspalveluissa (asumispalvelut, päiväkeskustoiminta, tukiasuminen, kotihoito)
- ikäihmisten hoitopolun tunnistaminen, luominen ja kuvaaminen pro-sessimalliksi.

6) Järjestötyö tiiviiksi käytännöksi

- järjestöjen ennaltaehkäisevä rooli, jossa korostuu erityisesti viriketoi-minta ja ikäihmistien tietoisuuden lisääminen päihteiden käytöstä
 - kuntoutujalähtöisten toimintojen ja vertaistoiminnan monipuolinen tarjonta
-

- järjestöjen ja julkisen sektorin välisen yhteistyön kehittäminen ja työnjaosta sopiminen
- järjestötoimijoiden keskinäinen verkostoiminen.

7) Henkilöstön osaamistason nostaminen

- aiheeseen liittyvien täydennyskoulutustarpeiden havainnointi ja välittäminen koulutusorganisaatioille sekä koulutuksen suunnittelu ja toteuttaminen
- moniammatillisen työotteiden ja konsultaatiomahdollisuuksien kehittäminen
- keskustelun avaus lääkäreiden ja apteekkihenkilökunnan koulutuksesta liittyen alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukseen ja puheeksiottamiseen lääkkeitä määrätessä ja luovutettaessa.

8) Vanhus-, päihde- ja mielenterveystyön kokonaisvastuun määrittäminen

- Vanhus-, päihde- ja mielenterveystyötä tehdään hyvin paljon erillään, minkä vuoksi hoidon vastuukysymykset (kokonaisvastuu ja mahdolliset osavastuut) tulee selvittää eri tahojen kesken.

9) Toimintojen arviointimenetelmien kehittäminen

- palvelun suunnittelun tueksi ja laadukkaan toiminnan järjestämiseksi kehitettävä arvioinnin ja vaikuttavuuden seurantamenetelmiä.

IKÄPÄ -työryhmän keskustelussa pidettiin keskeisenä kehittämisen kohteena ennaltaehkäisevää - kotiinpäin tehtävää päihdetyötä. Raportissa olevat toimenpide-ehdotukset koettiin hyviksi. Uusiksi toimenpide-ehdotuksiksi nousi lisäksi verkostomallin luominen sekä päihdeongelmaisen ikäihmisen hoitopolun mallintaminen näkyväksi. Raporttia tullaan käyttämään taustamateriaalina IKÄPÄ -työryhmän toiminnassa.

Seinäjoen IKÄPÄ -työryhmä vetoaa kevään 2009 aikana työterveyshuoltoon niin, että ikäihmisten päihteidenkäyttöön puututtaisiin jo hyvissä ajoin ennen eläköitymistä.

Ikäihmisten ennaltaehkäisevän työn toimintamallia ja vastaavaa IKÄPÄ -toimintaa käynnistetään myös Pohjanmaan ja Keski-pohjanmaan maakunnissa, Vaasassa ja Kokkolassa.

Lisäksi Vaasan yliopiston sosiaali- ja terveyshallintotieteen opiskelijaryhmä tekee arvioinnin *Haasteena ikäihmisten päihdeongelma* -raportin pohjalta. Arviointi kohdistuu ikäihmisten ennaltaehkäisevän päihdetyön kehittämiseen, toimenpide-ehdotusten arviointiin ja vaikuttavuuden seurantaan. Arvioinnissa keskitytään myös ikäihmisten ennaltaehkäisevän päihdetyön kehittämisen mahdollisuuksiin yhteistyössä järjestöjen kanssa. Arviointiraportti toimitetaan erillisenä ja se valmistunee huhtikuussa 2009.

Selvityksestä nousevat jatkotutkimusaiheet

Ikääntyvien päihteidenkäyttöön ja sen problematiikkaa liittyviä tutkimuksia ja selvityksiä on käytettävissä vähän, joten ilmiötä on mahdollista ja tarpeen tarkastella tutkimuksen keinoin monesta eri näkökulmasta. Selvitystä työstäessä nousi esille joitakin aihepiirejä, joita olisi mahdollista selvittää.

- ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyys perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystysvastaanotoilla ja päihdeongelman korrelointi sairauksiin ja tapaturmiin (kattava seurantajakso)
 - ikääntyvien päihteidenkäyttöön johtavat riskitekijät
 - ikääntyvien päihteidenkäytöstä aiheutuvat riskitekijät
 - sosiaalisten suhteiden ja aktiviteettien vaikutus ikäihmisten juomatapoihin ja ongelmiin
 - lääkkeiden ja alkoholin käyttöön liittyvät yhteydet
 - päihdeongelmaisten ikäihmisten asema ja palvelujen saatavuus (vanhus-, päihde- ja mielenterveystyö) palvelujärjestelmässä
 - ikääntyvien päihdeongelman hoitoon soveltuvat palvelut ja menetelmät sekä hoidon tulosten ja vaikuttavuuden arviointi
 - työterveyshuollon mahdollisuudet ehkäisevässä ikäihmisten päihdetyössä
 - erityisryhmien ja erityistarpeiden huomioiminen ikääntyvien päihdetyössä (esimerkiksi vammaiset, muistihäiriöiset)
 - päihdetyön toimintamallien (erityisesti ikäihmiset) huomioiminen sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelmissa
 - päihdeongelmaisten ikäihmisten näkyvyys kuntien palvelujen suunnittelussa ja päätöksenteossa
-

- ikäihmisten subjektiiviset kokemukset ja odotukset päihdepalvelujärjestelmästä ja sen toimivuudesta
 - yleinen asenneilmapiiri ja suhtautuminen päihteitä käyttäviin ikäihmisiin
 - järjestöjen ja yhdistysten mahdollisuudet tukea ikäihmisten osallisuutta, vertaistukea, viriketoimintaa ehkäisevän päihdetyön näkökulmasta.
-

LÄHTEET

- Aalto, M. 2009. Mitä alkoholin suurkulutuksella tarkoitetaan ja kuinka yleistä se on? Luento. Lääkäripäivät 2009. Helsinki.
- Ahlström, S. 1994. Naisten alkoholinkäytön kulttuuriset erot. Alkoholipolitiikka 59 (5), 349–359.
- Elinkeinoelämän keskusliitto. 2005. Palvelut 2020 – Kohti palvelujen tulevaisuutta. Väliraportti. [Verkojulkaisu]. Helsinki: Elinkeinoelämän keskusliitto [Viitattu 15.12.2008]. Saatavana: http://www.ek.fi/ek_suomeksi/osaaminen/tulevaisuuden_osaamistarpeet/palvelut2020/PDF/Palvelut_2020_valiraportti.pdf
- Halmeenmäki, T. 2007. Kunta-alan eläkepoistuma 2008–2025. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus. Kuntien eläkevakuutuksen monisteita 1/2007.
- Hannu-Jama, M. 2009. Kehittämiskonsultti. Nordisk välfärdcenter NVC. Sähköpostikeskustelu 6.2.2009.
- Hannula, M. 2006. Verkostotyö. [Tietoisku]. [Viitattu 17.12.2008]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/645-verkostotyö>
- Heikkinen, E. & Lahtinen, A. & Lehtoranta, R. 1972. 66-vuotiaiden jyvaskyläläisten liikunta- ja terveystutkimus. Perusraportti. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Jyväskylän yliopiston kansanterveyden laitoksen julkaisuja 7.
- Haarni, I & Hautamäki, L. 2008. Ikääntyvät juomatavat: elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Helsinki: Gaudeamus.
- Holopainen, A. 2008. Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö. [Tietoisku]. [Viitattu 22.12.2008]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/234-alkoholin-ja-laakkeiden-sekakaytto>
- Huikko, J. 2006. Vanhusten ja vammaisten ennaltaehkäisevä päihdetyö – vanhusten ja vammaisten päihdeongelmat ja miten haasteeseen kyettäisiin vastamaan yhteistyön myötä. Luento. KUUMAkierre-päivä. Kerava.
- Juhela, P. 2009. Ikääntyminen ja alkoholi - Miksi asiasta on niin hankala puhua? Luento. Lääkäripäivät 2009. Helsinki.
- Juhela, P. 2005. Miksi liika on aina liikaa vanhuspsykiatrian näkökulmasta? Luento. Hyvinvointia tasavertaisesti XII Valtakunnalliset päihdepäivät 13–14.9.2005. Tampere.
- Jyrkämä, J. 2007. Ikääntymisen ja alkoholinkäytön muuttuvat näkymät. Teoksessa: A. Alanko & I. Haarni (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 13–20.
- Järvinen, M-K. 2007. Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyö -hanke 2005–2007. Loppuraportti. Tampere: Pikassos Oy. Julkaisuja 10/2007.
-

- Kankainen, T. 2005. Ikäihmisten elämänhallinta ja huolenpidon haasteet. Luento. Hyvinvointia tasavertaisesti XII Valtakunnalliset päihdepäivät 13–14.9.2005. Tampere.
- Kylmänen, P. & Hartikainen, S. 2009. Kyllä sitä tässä iässä tietää mitä tekee. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 10.2.2009]. Saatavana: <http://www.yliopistonapteekki.fi/displayArticle.do?articleId=2305>
- Lemetyinen, L. 2007. Jalkautuva päihdetyö. Kansalais- ja aluelähtöisiä jalkautettuja palveluja asiakkaiden areenalla. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, sosiaalialan koulutusohjelma. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Julkaisematon.
- Leppäkangas, J. 2008. Pohjalaismaakuntien kartta, eriteltynä kuntien vastauslukumäärä (n). Etelä-Pohjanmaan liitto. © ESRI Finland, Tietohallinto / Digiroad ja Maanmittauslaitos 2008.
- Länkinen, T. 2008. Alkoholilla aiheutettu dementia uhkaa suuria ikäluokkia. Helsingin Sanomat 11.4.2008, A 5.
- Metso, L., Mustonen, H., Mäkelä, P. & Tuovinen, E. L. 2002. Suomalaisten juomatavat vuonna 2000. Taulukkoraportti vuoden 2000 tutkimuksen perustuloksista ja vertailuja aiempiin juomatapatutkimuksiin. Helsinki: Stakes. Aiheita 3/2002.
- Mustonen, H., Mäkelä, P., Metso, L. & Simpura, J. 2001. Muutokset suomalaisten juomatavoissa: toiveet ja todellisuus. Yhteiskuntapolitiikka 66 (2001):3, 265–276.
- Nuorvala, Y., Metso, L., Kaukonen, O. & Haavisto, K. 2004. Muuttuva päihdeasiakkuus. Päihdetapauskannat 1987–2003. Yhteiskuntapolitiikka 69 (2004):6, 608–618.
- Nurmi-Lüthje, I. 2006. Ikä, alkoholi ja tapaturmat. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 15.9.2008]. Saatavana: <http://rtstm.teamware.com/Resource.phx/alkoholi/julkaisuja/otetaanselvaa.htx.i830.doc>
- OECD reviews of risk management policies: Sweden: the safety of older people. 2007. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Saarela, T. 2009. Kun väki vanhenee ja alkoholi maittaa - miten käy mielenterveyden? Luento. Lääkäripäivät 2009. Helsinki.
- Salon A-klinikkatoimi. 2006. Rolle-työ. [Verkkoartikkeli]. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavana: http://www.salonaklinikka.fi/site/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=45.
- Sininauhaliitto. 2007. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi. [Verkkosivusto]. [Viitattu 9.5.2008]. Saatavana: <http://www.tippavaara.info/>
- Skinnari, S. & Koukkari, S. 2008. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Pilotitkyselyn tutkimustulokset. Etelä-Pohjanmaan Muistiyhdistys ry. ja Seinäjoen A-klinikka. Julkaisematon.

- Stakes. 2008. Päihdetilastollinen vuosikirja 2008. Alkoholi ja huumeet. [Verkkojulkaisu]. [Viitattu 9.5.2008]. Saatavana: <http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/paihde/Paihdetilastollinen2008.pdf>
- STM. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatarpeen ennakointitoimikunnan mietintö. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Komiteamietintö 7/2001.
- STM. 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. [Verkkojulkaisu]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Esitteitä 2006:6. [Viitattu 9.5.2008]. Saatavana: http://www.ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/otetaan_selvaa-1.pdf
- STM. 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. [Verkkojulkaisu]. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. [Viitattu 15.2.2009]. Saatavana: <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2009/02/pr1233819605898/passthru.pdf>
- Ström, A. 2009. Kolmasikä ja alkoholinkäyttö ("työnimi"). Jyväskylän yliopisto: Kokkolan yliopistokeskus Chydenius (yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.) Julkaisematon.
- Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. Turku: A-klinikkasäätiö. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48.
- Suhonen, H. 2006. Ikääntyneiden päihteiden käyttö. [Tietoisku]. [Viitattu 22.12.2008]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/114-ikaantyneiden-paihteiden-kaytto>
- Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen, A. & Uutela, A. 2006. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005. [Verkkojulkaisu]. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 1/2006. [Viitattu 2.6.2008] Saatavana: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b1.pdf
- Sulander, T. 2007. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö tilastojen valossa. Teoksessa A. Alanko & I. Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 25–32.
- Tampereen kaupunki (2009) Ikääntyneiden päihde- ja mielenterveystyömalli -hanke. [Verkkosivu]. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavana: <http://www.tampere.fi/teksti/projektit/sosiaalijaterveystoimi/ikaantyneidenpaihdehanke/index.html>
- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2009. PERFECT-hanke, Lonkkamurtuma. [Verkkosivu]. [Viitattu 2.2.2009]. Saatavana: <http://info.stakes.fi/perfect/FI/hankkeet/index.htm>
-

- Tolvanen, E. 1998. I and others: Alcohol use among older people as a social and cultural phenomenon. *Aging and Society*, 18 (5), 538–563.
- Tolvanen, E. & Jylhä M. 1994. Eläkeikäisten alkoholinkäytön yleisyys ja sen muutossuunnat. *Gerontologia* 8 (1): 23–32.
- Tuomela-Jaskari, S. 2008. Toivoa paremmasta päihdehuollosta. Selvitys pohjalaismaakuntien päihdepalvelujärjestelmästä ja tulevaisuuden haasteista kunta- ja palvelurakennemuutoksessa. Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA. [Verkojulkaisu]. [Viitattu 15.12.2008]. Saatavana: http://www.sonetbotnia.net/docs/028-Be5-Toivoa_paremmasta_selvitys.pdf
- Österberg, E. 2008. Sosiaaliset alkoholihaitat. [Verkkodokumentti]. [Viitattu 22.12.2008]. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/>
-

Liite 1. Kyselylomake saatteineen (suomenkielinen)

IKAANTYVIEN PAIHDEONGELMAT, KYSELY KUNTIEN VANHUSTYÖN VASTAAVILLE

Pohjanmaan maakunnissa on parhaillaan menossa Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö-hanke, ruotsinkielinen vanhustyön kehittämisyksikkö- hanke Äldrecentrum Österbotten sekä Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämishanke, jotka toteutetaan kiinteässä yhteistyössä sosiaalialan osaamiskeskus SONetBotnian ja ruotsinkielisen sosiaalialan osaamiskeskuksen kanssa.

Hankkeet toteuttavat yhteistyössä ikääntyvien päihdetyön osalta kyselyn, jonka avulla kartoitetaan alueen ikääntyvien päihteidenkäyttöä.

Ikäihmisten päihdeongelmat ovat viime vuosien aikana nousseet esille keskusteluissa, joista on välittynyt huoli ikäihmisten päihdeongelmaisten asiakkaiden määrän kasvusta palvelujärjestelmän eri sektoreilla, kuten kotihoidossa, terveydenhuollossa ja sosiaalityössä.

Tulevaisuudessa on oletettavaa, että ongelma ja päihteiden ongelmakäyttö kasvaa edelleen. Alkoholitausta näkyy yleisesti hoito- ja palveluyksiköiden asiakaskunnassa.

Ikääntyneiden päihdeongelmaisten määrän kasvu sekä ongelmaan kytkeytyvät ikääntymisen muutokset (fysiologiset, sosiaaliset kuin psyykkiset ongelmat) vaativat omanlaisensa suunnittelun sekä toteutuksen hoidon ja kuntoutuksen suhteen.

Kyselyn avulla halutaan saada kuva pohjalaismaakuntien ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyydestä toimintayksiköissä sekä siitä aiheutuvia hoidon haasteista ja kehittämistarpeista sekä käytössä olevia toimintamalleista.

Kyselyn tuloksia hyödynnetään hankkeissa tehtävässä kehittämistyössä, kuten mm. vertaistuen koordinoinnissa, hyvien käytäntöjen ja toimintamallien levittämisessä, täydennyskoulutus tarpeiden välittämisessä koulutusorganisaatioille sekä ikääntyvien päihdeongelmiin liittyvän problematiikan käsittelyssä.

Gerontologinen päihdetyö ei ole ollut tutkimuksellisesti vahva alue ja haasteisiin on kiinnitetty huomiota vasta viime vuosina. Tilastollista tietoa on saatavilla hyvin ohuesti. **Sen vuoksi kyselyyn vastaaminen on ensiarvoisen tärkeää.**

Toivomme teidän vastaavan kyselyyn 18.7.2008 mennessä.

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄSI!

Päivi

Niiranen

Projektikoordinaattori
Pohjalaismaakuntien
vanhustyön
kehittämisyksikkö-hanke

Ann- Sofie

Smeds - Nyfjund

Projektleadare
Äldrecentrum
Österbotten

Sirpa

Tuomela- Jaskari

Päihdepalvelujen suunnittelija
Pohjanmaan maakuntien
päihdetyön kehittämishanke

Ikääntyvien päihdeongelmat, kysely kuntien vanhustyön vastaaville

TAUSTATIEDOT

1) Toimintayksikkö

- ☐ kotipalvelu/kotihoito
☐ kotisairaanhoido
☐ palveluasumisyksikkö
☐ dementiayksikkö
☐ terveyskeskuksen vuodeosasto
☐ vanhainkoti
☐ pienkoti
☐ muu, mikä

2) Kunta jossa toimintayksikkö sijaitsee

Kunta

3) Vastaajan työtehtävä

4) Työkokemus vanhustyössä

- ☐ alle vuosi
☐ 1-5 vuotta
☐ 6-10 vuotta
☐ 11-15 vuotta
☐ yli 15 vuotta

IKÄÄNTYVIEN PÄIHDEONGELMIEN ESIINTYMINEN TOIMINTAYKSIKÖSSÄ

5) Kuinka paljon päihdeongelmaisia on lukumääräisesti yksikössä?

lukumäärä

6) Mihin ikäryhmään yksikönne päihdeongelmaiset sijoittuvat? (lukumäärä / ikäryhmä)

Merkitse ikäryhmän alle siihen kuuluvien päihdeongelmaisten määrä.

alle 65- vuotta

65-75-vuotta

76-85-vuotta

yli 85-vuotta

7) Ovatko ikääntyneiden päihdeongelmat lisääntyneet työyksikössä viimeisen viiden vuoden aikana?

- ☐ kyllä
☐ ei

8) Kuvaa, miten päihteiden käytön ongelmat näyttäytyvät konkreettisesti toimintayksikössänne?





9) Kuvaa vapaamuotoisesti millä tavoin työ koetaan haasteellisemmaksi ikääntyneen päihdeongelmaisen kanssa?





10) Hoidetaanko yksikössänne päihteiden vuoksi dementoituneita ikääntyviä?

- ☐ kyllä
- ☐ ei

11) Mitä erityispiirteitä päihteiden vuoksi dementoituneiden hoitoon liittyy?





TOIMINTAMALLIT/TYÖVÄLINEET

12) Millaisin toimintamallein ongelmia on ratkaistu toimintayksikössänne?





13) Keskeiset yhteistyötahot ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi





14) Millaista tukea koette tarvitsevanne ikääntyneen päihdeongelmaisen kohtaamisessa ja työskentelyssä hänen kanssaan?





15) Miten mielestänne yksikkönne, terveydenhoidon ja päihdetyön yhteistyötä yhteistyötä tulisi kehittää?

TULEVAISUUS

16) Miten mielestänne ikääntyvien päihdeongelmat kehittyvät tulevaisuudessa?

17) Miten ikääntyvien päihdeongelmia tulisi hoitaa?

HENKILÖKUNNAN KOULUTUSTARPEET

18) Millaisia koulutustarpeita työyksikössänne on liittyen ikääntyvän päihdeasiakkaan kohtaamiseen?

MUUT HUOMIOT / KEHITTÄMISTARPEET IKÄIHMISTEN PÄIHTEIDENKÄYTÖSTÄ

19) Muita mahdollisia huomioita?

KIITOS VASTAUKSISTASI!

Lähetä

Liite 2. Kyselylomake saatteineen (ruotsinkielinen)

MISSBRUK BLAND ÄLDRE PERSONER, EN KARTLÄGGNING BLAND ANSVARIGA INOM KOMMUNERNAS ÄLDREOMSORG

I Österbotten pågår för närvarande två utvecklingsprojekt inom äldreomsorgen: ett finskspråkigt Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö-hanke, ett svenskspråkigt Äldrecentrum Österbotten och Pohjanmaan maakuntien päihdepalvelujen kehittämisshanke.

Projektet genomför tillsammans en om över äldre personers missbruk för att kartlägga äldre personers rusmedelsbruk.

Äldre personers missbruksproblem har under de senaste åren förekommit i diskussioner där man uttrycker oro över det växande antalet äldre som har problem med missbruk inom omsorgens olika områden ss. hemservice, hälsovård och socialarbete.

Man kan anta att problemen och missbruket ökar. Alkoholproblematiken märks allmänt bland klienterna i vård- och omsorgsenheterna.

Det kommer att krävas speciell planering, omsorg och rehabilitering när äldre personers missbruk ökar när äldres fysiologiska, sociala och psykiska problem samverkar med missbruksproblematiken.

Kartläggningen avser att ge en bild av i vilken omfattning det förekommer missbruk inom institutioner för äldre i de österbottniska kommunerna, vilka utmaningar det innebär för vård- och omsorg samt vilka lösningsmodeller man idag använder.

Resultatet av kartläggningen kommer att vara till nytta inom utvecklingsarbetet ss. att koordinera stödåtgärder, för att sprida goda erfarenheter och verksamhetsmodeller, för kunna vidarebefordra fortbildningsbehov till utbildningsinstitutioner samt vid handläggningen ärenden som berör äldres missbruksproblematik.

Gerontologiskt arbete bland missbrukare är inte i forskningshänseende något strakt område och man har uppmärksammat problematiken först på senare årt. Det är tunnssått med statistik inom området, **därför är det mycket viktigt att ni svarar på kartläggningen.**

Vi önskar att ni svarar på kartläggningen före 18.7.2008.

Tack för att Du tog Dig tid!

Päivi
Niiranen
Projektkoordinaattori
suunnittelija
Pohjalaismaakuntien
vanhustyön
kehittämisyksikkö-hanke

Ann-Sofie
Smeds –Nylund
Projektledare
Äldrecentrum
Österbotten

Sirpa
Tuomela-Jaskari
Päihdepalvelujen
Pohjanmaan maakuntien
päihdepalvelujen
kehittämisshanke

Missbruk bland äldre personer

Bakgrundsuppgifter

1) Kommun där enheten finns

Kommun

2) Verksamhetsenhet

- ☐ hemservice/hemvård
- ☐ hemsjukvård
- ☐ serviceboende
- ☐ hälsocentrales bäddavdelning
- ☐ åldringshem
- ☐ familjevård
- ☐ annat, vad

3) Vilken arbetsuppgift har den som svarar?

4) Arbetserfarenhet inom äldreomsorgen

- ☐ mindre än 1 år
- ☐ 1-5 år
- ☐ 6-10 år
- ☐ 11-15 år
- ☐ över 15 år

Förekomsten av missbruksproblem inom verksamhetsenheten

5) Hur många har problem med missbruk inom din enhet?

6) Inom vilken ålderkategori finns de personer som har missbruksproblematik inom din enhet?

mindre 65-år

65-75 år

76-85 år

över 85-år

7) Har äldre personers missbruk ökat inom den enhet där du arbetar under de senaste 5 åren?

- ☐ ja
- ☐ nej

8) Beskriv hur missbrukarnas problematik visar sig konkret på din verksamhetsenhet?

9) Beskriv i fri form hur arbetet med äldre personer med missbruk upplevs mera utmanande

Verksamhetsmodeller / Arbetsredskap

10) Hurudana verksamhetsmodeller har ni använt på din enhet för att lösa problemen?

11) Viktiga samarbetsparter för att lösa problemsituationer

12) Hurudant stöd upplever ni att ni behöver för att möta och arbeta med äldre personer med missbruk?

13) Borde samarbete utvecklas mellan hemservice, hälsovård och missbrukarvård?

- ☐ ja
☐ nej

14) Hur tycker ni att samarbetet borde utvecklas?

Framtid

15) Hur tror ni att äldres missbrukarproblematik utvecklas i framtiden?

16) Hur borde äldre personers missbruksproblem skötas?

Utbildningsbehov

17) Hurdana utbildningsbehov har ni gällande bemötande av äldre klienters med missbruk?

Annat/utvecklingsbehov kring äldre personer missbruk

18) Annat ni vill påpeka?

Skicka

Liite 3. Ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyys pohjalaismaakuntien perusterveydenhuollon päivystysvastaanotoilla, tilastointipyyntö (suomenkielinen)

Ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyys pohjalaismaakuntien perusterveydenhuollon päivystysvastaanotoilla, tilastointipyyntö

Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA (Päihdepalvelujen kehittämishanke) ja Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämisyksikkö-hanke toteuttavat yhteistyössä ikääntyvien päihdeongelmaan liittyvää selvitystä. Selvitys pohjautuu kyselyyn, johon on vastannut pohjalaismaakuntien kotipalvelun/kotihoidon, kotisairaanhoidon, palveluasumisyksion, vanhainkodin, pienkodin jne. työntekijöitä. Selvitys valmistuu alkuvuodesta 2009.

Koska ikäihmisten päihdeongelma ei ole ollut tutkimuksellisesti vahva alue ja haasteisiin on kiinnitetty huomiota vasta viime vuosina (erityisesti tilastollista tietoa on saatavilla hyvin ohuesti ja haasteisiin on kiinnitetty huomiota vasta viime vuosina) tarkoituksenamme on selvityksen tueksi kartoittaa myös ikäihmisten päihde-ehtoisten vastaanottokäyntien määrää alueen perusterveydenhuollon päivystysvastaanotoilla sekä hyödyntää erikoissairaanhoidon tilastomateriaalia.

Pyydämme Teitä ystävällisesti tilastoimaan kahden viikon ajalta (24.11–7.12.2008) päivystysvastaanotolle päihtyneenä tulevien ikäihmisten (yli 65-vuotiaiden) käynnit. (ohessa tilastointilomake). Tilastoinnissa ja analyysissa ei tule esille potilaiden tunnistamistietoja. Tilastointilomakkeessa pyydetään merkitsemään potilaan sukupuoli, ikä sekä päädiagnoosi ja jatkoahoito. Päädiagnoosi antaa tutkimuksellista lisähavaintoa siitä, millaisia ongelmia päihteen käyttö ikäihmisellä aiheuttaa (lonkkamurtumat, tapaturmat jne.). Jatkoahoito kertoo päihdeongelmaisen ikäihmisen sijoittumisesta ja jatkotoimenpiteistä. Selvityksessä ei eritellä terveyskeskuksista tulleita tilastoja, vaan ne esitetään laajempina maakuntatason tilastoina (Etelä-Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Pohjanmaa). Tällä varmistetaan, että tilastotietoja ei pystytä tältääkään osin henkilöimään.

*** Tilastointiohjeet**

Merkitse lomakkeelle ylös päivystysvastaanotolla päihtyneenä käyneen ikäihmisen (yli 65 vuotta) sukupuoli, ikä, päädiagnoosi ja jatkoahoito (kotihoito, palveluasumisyksikkö, terveyskeskuksen vuodeosasto, erikoissairaanhoido). Kysely toteutetaan kahden viikon ajan, ajalla 24.11–7.12.2008. Kysely pyydetään palauttamaan tilastointijakson päätyttyä postitse Sirpa Tuomela-Jaskarille alla olevaan osoitteeseen.

Yhteistyöstä kiittäen,

Sirpa Tuomela-Jaskari
Päihdepalvelujen suunnittelija
Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA
Koskenalantie 16 (Mediwest)
60220 SEINÄJOKI
puh. 040 830 7244 tai email. sirpa.tuomela-jaskari@seamk.fi

Päivi Niiranen
Projektikoordinaattori
Pohjalaismaakuntien vanhustyön
kehittämisyksikkö-hanke
puh. 040 774 8294 tai email. paivi.niiranen@seinajoki.fi

* ks. tarkempi ohjeistus täyttämislle

Ajalla 24.11–7.12.2008 (viikot 48 ja 49)

[illegible]

Liite 4. Ikääntyvien päihdeongelmien esiintyvyys pohjalaismaakuntien perusterveydenhuollon päivystysvastaanotoilla, tilastointipyyntö ((ruotsinkielinen))

Förekomsten av problem med missbruk bland äldre vid bashälsovårdens akutmottagningar i Österbotten

- ***Instruktioner om hur statistikuppgifterna skall fyllas i***

Fyll i på blanketten uppgifter om äldre patienter (över 65 år) som har besökt akutmottagningen och varit påverkade: kön, ålder, huvuddiagnos, fortsatt vård (vart patienten skrivs ut- hemvård, serviceboende, hälsocentralens bäddavdelning, specialistsjukvård).

Enkäten genomförs under två veckors tid (24.11–7.12.2008). Vi ber er returnera enkäten till Sirpa Tuomela-Jaskari till adressen nedan.

Statistiken hänförs sig till SONet BOTNIAs och Pohjalaismaakuntien vanhustyön kehittämissyksikköns samarbete för att utreda äldre personers missbruk. Patienterna förblir anonyma både i utredningsarbetet och i statistiken. Uppgifterna behandlas inte heller på hälsocentralsnivå utan de samlas till större helheter (Etelä-Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Pohjanmaa). Även på detta sätt garanteras patienternas anonymitet. Utredningen blir färdig i början av år 2009.

Tack för samarbetet

Sirpa Tuomela-Jaskari
Päihdepalvelujen suunnittelija
Pohjanmaan maakuntien sosiaalialan osaamiskeskus SONet BOTNIA
Koskenalantie 16 (Mediwest)
60220 SEINÄJOKI
puh. 040 830 4277 tai Email. sirpa.tuomela-jaskari@seamk.fi

Päivi Niiranen
Projektikoordinaattori
Pohjalaismaakuntien vanhustyön
kehittämissyksikkö-hanke
puh. 040 774 8294 tai Email. paivi.niiranen@seinajoki.fi

Enkäten genomförs under två veckors tid (24.11–7.12.2008)

Sukupuoli Kön	Ikä Ålder	Päädiagnoosi Huvuddiagnos	Jatkohoito (kotihoito, palveluasumisyksikkö, terveyskeskus, erikoissairaanho- muu – mikä?) Fortsatt vård (hemvård, serviceboende, hälsovårdscentrals bäddavdelning, specialsjukvård, annat - vad?)
------------------	--------------	------------------------------	---

Liite 5. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet.
(STM esitteitä 2006:6)



Otetaan selvää!

**Ikääntyminen,
alkoholi
ja lääkkeet**

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ **Esitteitä 2006:6**

Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet

Ikääntyminen tuo muutoksia elämään ja terveydentilaan. Monet tarvitsevat lääkitystä terveytensä ylläpitämiseksi. Myös alkoholista etsitään helpotusta erilaisiin oireisiin.

Iän myötä elimistö kuitenkin reagoi lääkkeisiin ja alkoholiin eri tavalla kuin aiemmin. On tärkeää muistaa, että **alkoholi sopii huonosti tai ei sovi lainkaan joidenkin lääkkeiden kanssa.**

Alkoholinkäytöstä ei välttämättä tarvitse luopua, jos hallitsee käyttönsä ja tietää, mikä on liikaa ja haitallista.

Ikääntymisen vaikutukset ovat yksilöllisiä ja siksi alkoholinkäyttöäkin on arvioitava suhteessa kunkin ihmisen terveyden ja elämäntilanteen kokonaisuuteen.

Usein alkoholia tulee käytetyksi haitallisella tavalla tahattomasti. Tässä esitteessä on kysymyksiä, jotka **auttavat Sinua arvioimaan, onko alkoholinkäyttösi haitallista.**

Kysymyksiä voi pohtia itsenäisesti tai yhdessä vaikkapa lääkärin, terveydenhoitajan tai kotihoidon työntekijän kanssa.



Kuinka usein juot olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä?

Ota mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit alkoholia "vain lääkkeeksi" enemmän kuin ruokalusikallisen.

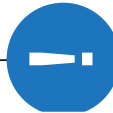
Noin kerran kuussa Ei aihetta huoleen. tai harvemmin

2–4 kertaa kuussa Ei huolta, ellei kerralla kulu yli 2 annosta.

2–3 kertaa viikossa Pidä huoli, ettei juomisesi lisäännä tästä!

4 kertaa viikossa tai useammin Harkitse vähentämistä!

Seuraavilla sivuilla on lisää tietoa annoksista.

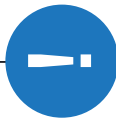


Säännöllinen alkoholinkäyttö ei ole hyväksi, edes lääkkeeksi. Käyttömäärä saattaa kasvaa huomaamatta. Vältä päivittäistä alkoholinkäyttöä.



Kuinka monta annosta olet yleensä ottanut niinä päivinä, jolloin olet käyttänyt alkoholia?

Vähemmän kuin 1 annoksen	Ei huolta.
1 annoksen	Ei huolta, ellei toistu päivittäin.
2 annosta	Tarkkaile, ettei tämä määrä ylitä!
3 annosta tai enemmän	Tämä on liikaa!



Ikääntymisen myötä elimistön toiminta muuttuu vaikka terveys olisi muuten hyvä. Alkoholin vaikutukset voimistuvat, koska elimistön nestepitoisuus pienenee ja aineenvaihdunta hidastuu. Alkoholin käyttö saattaa muuttua haitalliseksi, vaikka tavanomaisesti käyttämäsi määrä ei olisi kasvanut.

65 vuotta täyttänyt ei saisi kerralla juoda kahta annosta enempää. Säännöllinen vilkoittainen käyttö ei saisi ylittää seitsemää annosta.*

Monien sairauksien tai lääkityksien yhteydessä nämäkin määrät ovat liikaa.

* Lähde:
Yhdysvaltain geriatrian seuran ohjeet 65 vuotta täyttäneiden alkoholin ongelmien ehkäisemiseksi.

Kuinka paljon on 1 annos?

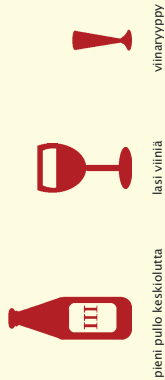
Yksi **pullo** (33 cl) ruokakaupan **olutta**, **siideriä** tai **lonkeroa**.

Yksi **lasillinen** (12 cl) puna- tai valkoviiniä.

Yksi pieni lasillinen (8 cl) sherryä, madeiraa tai vermuttia tai muuta väkevää viiniä.

Yksi **ryppyylasillinen** (4 cl) **viinaa**, konjakkia, viskiä, rommia tai likööriä.

1 annos =



Kuinka paljon?

Iso tuoppi tai tölkki (50 cl) keskiolutta = **1,5** annosta.

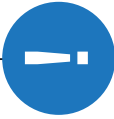
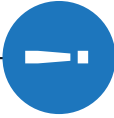
Pullo (33 cl) Alkon olutta tai vastaavaa = 1,3 annosta.

Kolmen vartin pullo (75 cl) puna- tai valkoviiniä = noin **6** annosta

Hanapakkauksen (2 l) puna- tai valkoviiniä = noin 16 annosta

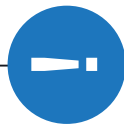
Kolmen vartin pullo (75 cl) väkevää viiniä = noin 9 annosta

Puolen litran pullo (50 cl) viinaa tai esim. konjakkia = noin **12** annosta

	Kuinka usein juot kerralla kolme annosta tai enemmän?		Oletko kaatunut tai muuten loukannut itseäsi otettuasi alkoholia?
En koskaan	Ei huolta.	En koskaan	Ei huolta.
Kerran kuussa tai harvemmin	Ole näissä tilanteissa erityisen varovainen!	Joskus	Syy kannattaa selvittää, jotta tilanne ei toistuisi!
Kerran viikossa	Koeta harventaa ja ole erityisen varovainen!		
Useita kertoja viikossa	Tämä on liikaa!		
	Ikääntyminen voimistaa alkoholin päihdyttävää vaikutusta, samoin useat lääkkeet. Jo yksi alkoholiannos lisää kaatumisen ja muiden tapaturmien riskiä. Kolme annosta lisää tapaturmariskiä huomattavasti.		Alkoholi heikentää tasapainon hallintaa, tarkkaavaisuutta ja reaktiokykyä. Samanlaisia vaikutuksia on eräillä lääkkeillä, ja varsinkin alkoholilla ja lääkkeillä yhdessä. Jos olet kaatunut tai loukannut itsesi, syy kannattaa selvittää ja pohtia, millä keinoin tapaturman riskiä voidaan vähentää.



Jos olet käyttänyt alkoholia lääkkeeksi, millaisia vaivoja olet pyrkinyt sillä lievittämään?



Moni kokeilee alkoholia lääkkeeksi vatsavaivoihin, ruokahaluttomuuteen, unettomuuteen, särkyihin, ahdistukseen tai mielialan laskuun. Alkoholi on kuitenkin huono lääke mihin tahansa vaivaan. Alkoholin alkuun ehkä hyvältä tuntuva vaikutus heikkenee, ja siksi sitä tulee otetuksi useammin tai suurempia annoksia. Tämä voi johtaa uusien vaivojen ilmaantumiseen.

Alkoholinkäyttöä ei voi suositella terveyden ylläpitämiseksi.

Aina kannattaa harkita muita vaihtoehtoja.

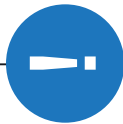
Alkoholi ja ikääntyvän terveys

- Alkoholijuomat **lihottavat** sitä enemmän, mitä väkevämpiä ja sokeripitoisempia ne ovat. Runsaasti alkoholia käyttävillä **syöminen** jää usein yksipuoliseksi tai liian vähäiseksi.
- Runsaaseen alkoholinkäyttöön saattaa liittyä suun hygienian ja yleisen **hygienian laiminlyönti**.
- Monet lääkkeet vähentävät syljen eritystä. Alkoholi voi vielä lisätä **suun limakalvojen kuivumista**.
- Happamat ja sokeripitoiset alkoholijuomat pahentavat hampaiden kulumista ja aiheuttavat **reikiintymistä**.
- Runsas alkoholinkäyttö heikentää vastustuskykyä ja **altistaa tulehduksille**.
- Alkoholinkäyttö **voi vaikeuttaa** esimerkiksi diabeteksen **hoitoa** ja verenohennushoitoa.
- Alkoholi voi **aiheuttaa monia sairauksia tai pahentaa** niiden oireita – esimerkiksi:
 - ruokahaluttomuus, vatsavaivat
 - korkea verenpaine, rytmihäiriöt
 - univaikeudet, muistihäiriöt
 - mielialan lasku, ahdistuneisuus
- Päihtymys voi aiheuttaa arvaamattomia **mielialan muutoksia**, jopa yllättävää väkivaltaisuutta.
- Runsas alkoholinkäyttö saattaa johtaa **ongelmiin ihmissuhteissa ja raha-asioissa**.





Tiedätkö, onko käyttämälläsi lääkkeillä haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa?

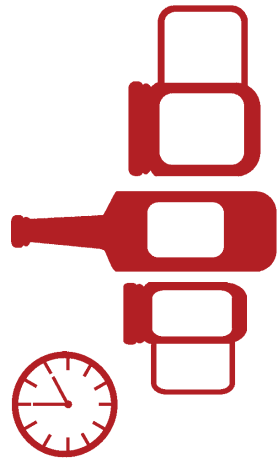


Alkoholi voimistaa tai heikentää joidenkin lääkkeiden vaikutusta. Yhteisvaikutukset voivat olla yllättäviä ja hyvinkin vakavia.

Monet lääkkeet säilyvät elimistössä pitkään, etenkin ikääntyneillä.

Jokaisen alkoholiannoksen poistuminen elimistöstä kestää kaksi tuntia.

Haitallisia yhteisvaikutuksia voi esiintyä, vaikka alkoholia ja lääkkeitä ei käytettäisi samaan aikaan vaan peräkkäin.



Vältä alkoholia, kun käytät kolmiolääkkeitä!

Lääkkeitä, joiden kanssa ei tule käyttää alkoholia:

- uni­lääkkeet
- rauhoittavat lääkkeet
- eräät kipulääkkeet
- epilepsialääkkeet
- eräät masennuslääkkeet
- allergialääkkeet
- matkapahoinvointilääkkeet

Lääkkeitä, joiden kanssa alkoholia tulisi nauttia varoen:

- diabeteslääkkeet
- tulehduskipulääkkeet
- neste­poistolääkkeet
- sydän- ja verenpainelääkkeet
- eturauhasen liikakasvulääkkeet ja potenssilääkkeet
- verenohennuslääkkeet



Onko Sinulle käynyt niin, että unohdit ottaa lääkkeit alkoholinkäytön takia?

Ei koskaan	Ei huolta.
Joskus	Varmista lääkitys kaikissa tilanteissa!
Usein	Alkoholinkäyttöä on vähennettävä!

Lääkityksen suhteen paras asiantuntija on oma lääkärisi. Kysy **lääkäritäsi**, sopiiko alkoholi lääkkeittesi kanssa. Lääkkeen ja alkoholin yhteisvaikutuksista voi kysellä myös **apteekista**.^{*}

Jätä ottamatta mieluummin alkoholi kuin lääkkeet.

Onko alkoholinkäyttösi tai sen mahdolliset haittavaikutukset tulleet puheeksi jonkun kanssa?

Oletko harkinnut alkoholinkäytön vähentämistä?

Jos olet huolissasi alkoholinkäytöstäsi, pysähdy arvioimaan tilannetta. Alkoholista voi aiheutua haittoja, vaikkei alkoholiongelmia olisikaan.

Voit muutaman viikon ajan merkitä ylös kaiken juomasi alkoholin. Käytetyn alkoholimäärän arviointia kotioloissa helpottaa, jos mittaat, paljonko tavallisesti käyttämäsi lasi vetää. Pulloon tai viinipakkaukseen voi merkitä avauspäivämäärän ja tarkkailla, missä ajassa pullo tai pakkaus tyhjenee.

Keskustele alkoholinikäytöstäsi – älä jää yksin

Keskustele alkoholinikäytöstäsi sellaisen henkilön kanssa, johon luotat. Hän voi olla ystäväsi, tuttavasi tai asiantuntija, esimerkiksi lääkärisi tai terveydenhoitajasi.

Jos etsit alkoholistia apua esimerkiksi yksinäisyyteen tai toimeentuloon, voit asiantuntijan kanssa pohtia, millaiseen toimintaan voisit osallistua. Osallistumismahdollisuuksia on kunnan palveluissa sekä järjestöjen tai seurakunnan tarjonnassa.

Kohtuullinen ja varovainen alkoholinäyttö ei välttämättä ole haitaksi ikääntyneellekään. Ikääntyessään ihminen on kuitenkin monella tavalla aiempaa hauraampi.

On hyvä pohtia omaa alkoholinäyttöä ja ottaa mahdolliset haitat puheeksi, jos asia askarruttaa Sinua.

Tavoitteena on Sinun hyvinvointisi!

Muistipaikka

Lähiajan tavoitteita:

.....

.....

.....

Käytännön vinkkejä:

.....

.....

.....

Muuta muistettavaa:

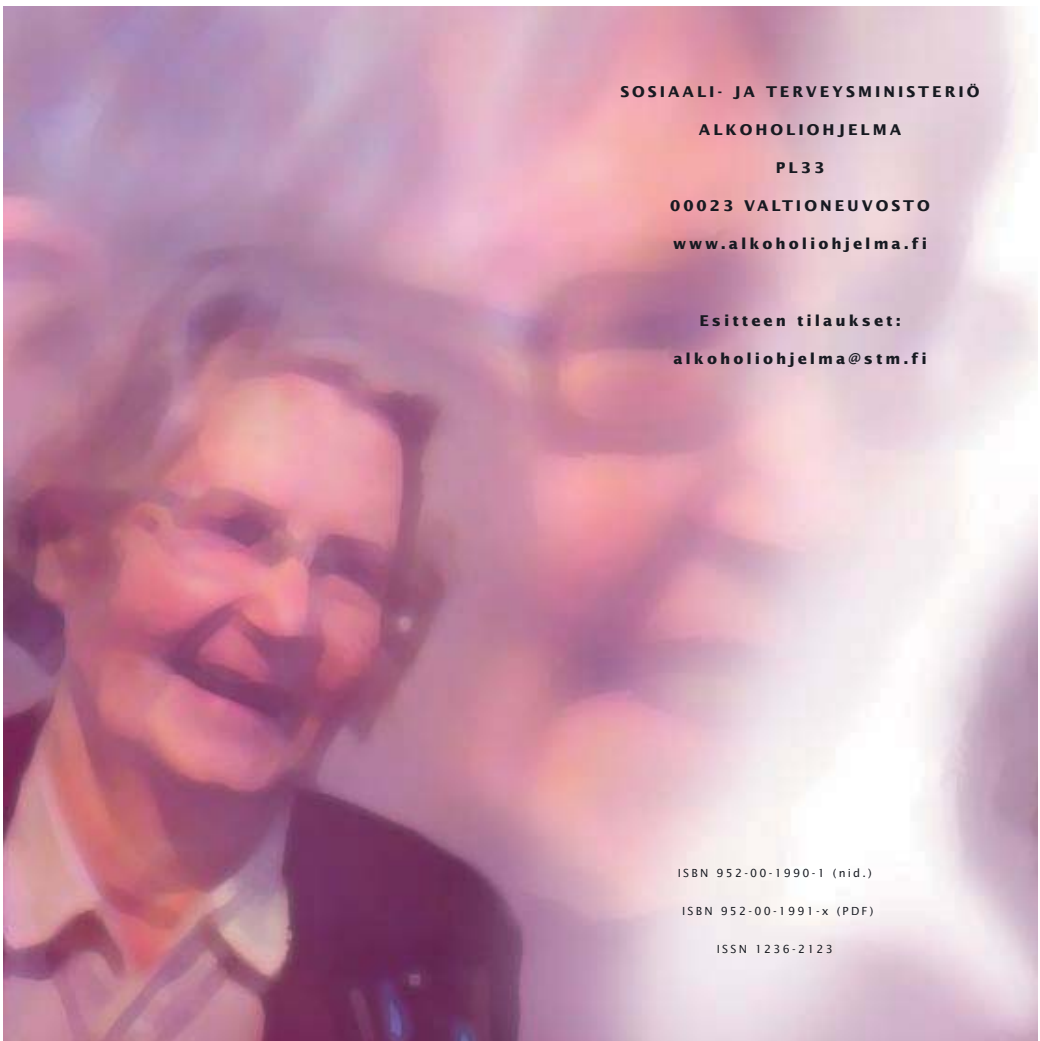
.....

.....

.....

.....





SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ

ALKOHOLIOHJELMA

PL33

00023 VALTIONEUVOSTO

www.alkoholiohjelma.fi

Esitteen tilaukset:

alkoholiohjelma@stm.fi

ISBN 952-00-1990-1 (nid.)

ISBN 952-00-1991-x (PDF)

ISSN 1236-2123

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULUN JULKAISUSARJA

A. TUTKIMUKSIA

1. Timo Toikko. Sosiaalityön amerikkalainen oppi. Yhdysvaltalaisen caseworkin kehitys ja sen yhteys suomalaiseen tapauskohtaiseen sosiaalityöhön. 2001.
2. Jouni Björkman. Risk Assessment Methods in System Approach to Fire Safety. 2005.
3. Minna Kivipelto. Sosiaalityön kriittinen arviointi. Sosiaalityön kriittisen arvioinnin perustelut, teoriat ja menetelmät. 2006.
4. Jouni Niskanen. Community Governance. 2006. (verkkojulkaisu)
5. Elina Varamäki, Matleena Saarakkala & Erno Tornikoski. Kasvu-yrittäjyyden olemus ja pk-yritysten kasvustrategiat Etelä-Pohjanmaalla. 2007.
6. Kari Jokiranta. Konkretisoituva uhka. Ilkka-lehden huumekirjoitukset vuosina 1970 - 2002. 2008.

B. RAPORTTEJA JA SELVITYKSIÄ

1. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta soveltavan osaamisen korkeakoulu - tutkimus- ja kehitystoiminnan ohjelma. 1998.
 2. Elina Varamäki - Ritva Lintilä - Taru Hautala - Eija Taipalus. Pk-yritysten ja ammattikorkeakoulun yhteinen tulevaisuus: prosessin kuvaus, tuotokset ja toimintaehdotukset. 1998.
 3. Elina Varamäki - Tarja Heikkilä - Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään: Seinäjoen ammattikorkeakoulusta 1996-1997 valmistuneiden sijoittuminen. 1999.
 4. Petri Kahila. Tietoteollisen koulutuksen tilanne- ja tarveselvitys Seinäjoen ammattikorkeakoulussa: väliraportti. 1999.
 5. Elina Varamäki. Pk-yritysten tuleva elinkaari - säilyykö Etelä-Pohjanmaa yrittäjämaakuntana? 1999.
 6. Seinäjoen ammattikorkeakoulun laatujärjestelmän auditointi 1998-1999. Itsearviointiraportti ja keskeiset tulokset. 2000.
-

-
7. Heikki Ylihärtilä. Puurakentaminen rakennusinsinöörien koulutuksessa. 2000.
 8. Juha Ruuska. Kulttuuri- ja sisältötuotannon koulutus selvitys. 2000.
 9. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta soveltavan osaamisen korkeakoulu. Tutkimus- ja kehitystoiminnan ohjelma 2001. 2001.
 10. Minna Kivipelto (toim.). Sosionomin asiantuntijuus. Esimerkkejä kriminaalihuolto-, vankila- ja projektityöstä. 2001.
 11. Elina Varamäki - Tarja Heikkilä - Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta 1998–2000 valmistuneiden sijoittuminen. 2002.
 12. Varmola T., Kitinoja H. & Peltola A. (ed.) Quality and new challenges of higher education. International Conference 25.-26. September, 2002. Seinäjoki Finland. Proceedings. 2002.
 13. Susanna Tauriainen & Arja Ala-Kaupila. Kivennäisaineet kasvavien nautojen ruokinnassa. 2003.
 14. Päivi Laitinen & Sanna Välisaari. Staphylococcus aureus -bakteerien aiheuttaman utaretulehduksen ennaltaehkäisy ja hoito lypsykarjatiljoilla. 2003.
 15. Riikka Ahmaniemi & Marjut Setälä. Seinäjoen ammattikorkeakoulu – Alueellinen kehittäjä, toimija ja näkijä. 2003.
 16. Hannu Saari & Mika Oijennus. Toiminnanohjaus kehityskohteena pk-yrityksessä. 2004.
 17. Leena Niemi. Sosiaalisen tarkastelua. 2004.
 18. Marko Järvenpää (toim.) Muutoksen kärjessä. Kalevi Karjanlahti 60 vuotta. 2004.
 19. Suvi Torkki (toim.). Kohti käyttäjäkeskeistä muotoilua. Muotoilija-koulutuksen painatuksia SeAMK:ssa. 2005.
 20. Timo Toikko (toim.). Sosiaalialan kehittämistyön lähtökohta. 2005.
 21. Elina Varamäki & Tarja Heikkilä & Eija Taipalus. Ammattikorkeakoulusta työelämään. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v. 2001–2003 valmistuneiden sijoittuminen opiskelun jälkeen. 2005.
 22. Tuija Pitkäkoski, Sari Pajuniemi & Hanne Vuorenmaa (ed.). Food Choices and Healthy Eating. Focusing on Vegetables, Fruits and Berries. International Conference September 2nd – 3rd 2005. Kauhajoki, Finland. Proceedings. 2005.
 23. Katariina Perttula. Kokemuksellinen hyvinvointi Seinäjoen kolmella asuinalueella. Raportti pilottihankkeen tuloksista. 2005.
-

-
24. Mervi Lehtola. Alueellinen hyvinvointitiedon malli – asiantuntijat puhujina. Hankkeen loppuraportti. 2005.
 25. Timo Suutari, Kari Salo & Sami Kurki. Seinäjoen teknologia- ja innovaatiokeskus Frami vuorovaikutusta ja innovatiivisuutta edistävänä ympäristönä. 2005.
 26. Päivö Laine. Pk-yritysten verkkosivustot – vuorovaikutteisuus ja kansainvälistyminen. 2006.
 27. Erno Tornikoski, Elina Varamäki, Marko Kohtamäki, Erkki Petäjä, Tarja Heikkilä, Kirsti Sorama. Asiantuntijapalveluyritysten yrittäjien näkemys kasvun mahdollisuuksista ja kasvun seurauksista Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla –Pro Advisor –hankkeen esiselvitystutkimus. 2006.
 28. Elina Varamäki (toim.) Omistajanvaihdosnäkymät ja yritysten jatkuvuuden edistäminen Etelä-Pohjanmaalla. 2007.
 29. Beck Thorsten, Bruun-Schmidt Henning, Kitinoja Helli, Sjöberg Lars, Svensson Owe and Vainoras Alfonsas. eHealth as a facilitator of transnational cooperation on health. A report from the Interreg III B project "eHealth for Regions". 2007.
 30. Anmari Viljamaa, Elina Varamäki (toim.) Etelä-Pohjanmaan yrittäjäyyskatsaus 2007. 2007.
 31. Elina Varamäki - Tarja Heikkilä - Eija Taipalus – Marja Lautamaja. Ammattikorkeakoulusta työelämään. Seinäjoen ammattikorkeakoulusta v.2004–2005 valmistuneiden sijoittuminen opiskelujen jälkeen. 2007.
 32. Sulevi Riukulehto. Tietoa, tasoa, tekoja. Seinäjoen ammattikorkeakoulun ensimmäiset vuosikymmenet. 2007.
 33. Risto Lauhanen & Jussi Laurila Bioenergian hankintalogistiikka. Tapaustutkimuksia Etelä-Pohjanmaalta. 2007. (verkkojulkaisu)
 34. Jouni Niskanen (toim.). Virtuaalioppimisen ja -opettamisen Benchmarking Seinäjoen ammattikorkeakoulun, Seinäjoen yliopistokeskuksen sekä Kokkolan yliopistokeskuksen ja Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakouluun Averkon välillä keväällä 2007. Loppuraportti. 2007. (verkkojulkaisu)
 35. Heli Simon & Taina Vuorela. Ammatillisuus ammattikorkeakoulujen kielten- ja viestinnänopetuksessa. Oulun seudun ammattikorkeakoulun ja Seinäjoen ammattikorkeakoulun kielten- ja viestinnänopetuksen arviointi- ja kehittämishanke 2005–2006. 2008. (verkkojulkaisu)
 36. Margit Närvä - Matti Ryhänen - Esa Veikkola - Tarmo Vuorenmaa. Esiselvitys maidontuotannon kehittämiskohteista. Loppuraportti. 2008.
-

-
37. Anu Aalto, Ritva Kuoppamäki & Leena Niemi. Sosiaali- ja terveysalan yrittäjyyspedagogisia ratkaisuja. Seinäjoen ammattikorkeakoulun Sosiaali- ja terveysalan yksikön kehittämishanke. 2008.
 38. Anmari Viljamaa, Marko Rossinen, Elina Varamäki, Juha Alarinta, Pertti Kinnunen & Juha Tall. Etelä-Pohjanmaan yrittäjyyskatsaus 2008. 2008.
 39. Risto Lauhanen. Metsä kasvaa myös Länsi-Suomessa. Taustaselvitys hakkuumahdollisuuksista, työmääristä ja resurssitarpeista. 2009.

C. OPPIMATERIAALEJA

1. Ville-Pekka Mäkeläinen. Basics of business to business marketing. 1999.
2. Lea Knuuttila. Mihin työohjausta tarvitaan? Oppimateriaalia sosiaali-alan opiskelijoiden työnohjauskurssille. 2001.
3. Mirva Kuni & Petteri Männistö & Markus Välimaa. Leikkauspelot ja niiden hoitaminen. 2002.

D. OPINNÄYTETÖITÄ

1. Hanna Halmesmäki – Merja Halmesmäki. Työvoiman osaamistarvekartoitus Etelä-Pohjanmaan metalli- ja puualan yrityksissä. 1999.
 2. Tiina Kankaanpää – Maija Luoma-aho – Heli Sinisalo. Kymmenen metrin kävelytestin suoritusohjeet CD-rom levyllä: aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kävelyn mittaaminen. 2000.
 3. Laura Elo. Arvojen rooli yritysmaailmassa. 2001.
 4. Nina Anttila. Päälle käyvää – vaatemallisto ikääntyvälle naiselle. 2002.
 5. Jaana Jeminen. Matkalla muotoiluyrittäjyyteen. 2002.
 6. Päivi Akkanen. Lypsääkö meillä tulevaisuudessa robotti? 2002.
 7. Johanna Kivioja. E-learningin alkutaival ja tulevaisuus Suomessa. 2002.
 8. Heli Kuntola – Hannele Raukola. Naisen kokemuksia minäkuvan muuttumisesta rinnanpoistoleikkauksen jälkeen. 2003.
-

-
9. Jenni Pietarila. Meno-paluu –lauluillan tuottaminen. Produktion tuottajan käsikirja. 2003.
 10. Johanna Hautamäki. Asiantuntijapalvelun tuotteistaminen case: ´Avaimet markkinointiin, kehittyvän yrityksen asiakasohjelma -pilotti projekti´. 2003.
 11. Sanna-Mari Petäjäistö. Teollinen tuotemuotoiluprosessi – Sohvapöydän ja sen oheistuotteiden suunnittelu. 2004.
 12. Susanna Patrikainen. Nuorekkaita asukokonaisuuksia Mode LaRose Oy:lle. Vaatemallien suunnittelu teolliseen mallistoon. 2004.
 13. Tanja Rajala. Suonikohjuleikkaukseen tulevan potilaan ja hänen perheensä ohjaus päiväkirurgisessa yksikössä. 2004.
 14. Marjo Lapiolahti. Maksuvalmiuslaskelmien toteutuminen sukupolven-vaihdostiloilla. 2004.
 15. Marjo Taittonen. Tutkimusmatka syrjäytymisen maailmaan. 2004.
 16. Minna Hakala. Maidon koostumus ja laatutekijät. 2004.
 17. Anne Uusitalo. Tuomarniemen ympäristöohjelma. 2004.
 18. Maarit Hoffrén. Vaihtelua kasviksilla. Kasvisruokalistan kehittäminen opiskelijaravintola Risettiin. 2004.
 19. Sami Karppinen. Tuomarniemen hengessä. Arkeista antologiaksi. 2005.
 20. Elina Syrjänen – Anne-Mari Uschanoff. Messut – ideasta toimintaan. Messutoteutus osana yrityksen markkinointiviestintää. 2005.
 21. Ari Sivula. Metahakemiston ja LDAP-hakemiston asennus, konfigurointi ja ohjelmointi Seinäjoen koulutuskuntayhtymälle. 2006. (verkkojulkaisu)
 22. Johanna Väliniemi. Suorat kaaret – kattaustekstiilien suunnittelu yhteistyössä tekstiiliteollisuuden kanssa. 2006. (verkkojulkaisu)
-

Seinäjoen ammattikorkeakoulu
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Seinäjoen korkeakoulukirjasto
Keskuskatu 34 PL 97, 60101 Seinäjoki
puh. 020 124 5040 fax 020 124 5041
seamk.kirjasto@seamk.fi

ISBN 978-952-5336-95-5 (verkkojulkaisu)
ISSN 1797-5573 (verkkojulkaisu)