



Ikääntyvien päihdeongelmaisten naisten tuen tarpeet ja kotiin jalkautuvan päihdetyön mallin kehittäminen

Eila Vesa¹, Tarja Orjasniemi² ja Pia Skaffari²

¹*Siun sote- Pohjois-Karjalan sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä, lasten ja nuorten perhepalvelut*

²*Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, Sosiaalityö*

Ikääntyneiden alkoholin käyttö yleistyy alkoholia käyttävien ikäpolvien vanhetessa. Vanhuspalveluiden ja päihdehuollon työntekijät ovat esittäneet huolen ikääntyneiden kasvavista päihdeongelmista. Tässä artikkelissa tarkastellaan ikääntyvien päihdeongelmaisten naisten elämäntilanteita ja avun tarpeita sekä naisille kehitettyä kotiin jalkautuvan päihdetyön mallia. Tutkimusaineisto käsitti viiden iältään 65–71-vuotiaan Etelä-Suomessa kotona yksin asuvan naisen haastattelut. Aineiston analyysissa löytyi kolme pääteemaa: kotiin eristäytyminen, avun saamisen vaikeus ja toiveet kotiin vietävästä päihdetyöstä. Nämä toimivat päihdetyön mallin kehittämisen pohjana. Haastatellut naiset kokivat juomisestaan häpeää ja syyllisyyttä. Juomisen lisäksi liikuntarajoitteisuus ja sosiaalisten tilanteiden pelko rajoittivat avun hakemista. Päihdetyön jalkautuminen kotiin on tärkeää tilanteissa, joissa naiset eivät kykene lähtemään kodista ulos. Jalkautuvan päihdetyön malli yhdistää gerontologisen ja päihdetyön tietämyksen ymmärrykseen sukupuolen merkityksestä. Mallissa yhdistetään eri menetelmiä, kuten kotikäyntejä, palveluohjausta, moniammatillista verkostotyötä ja yhteistyötä läheisten sekä kolmannen sektorin kanssa. Mallin keskiössä on sosiaalityöntekijän ja ikääntyvän naisen kohtaaminen sekä työskentely naisen kotona. Toimintamalli soveltuu pienille paikkakunnille, joissa päihdetyö on osa yleistä sosiaalityötä.

Johdanto

Alkoholin käyttö on samalla tavalla osa ikääntyneiden ihmisten elämäntapaa kuin muidenkin ikäryhmien. Suomessa arvioidaan, että 5–10 prosentilla yli 64-vuotiaista on alkoholin ongelma- ja riskikäyttöä ajoittain. Iäkkäiden henkilöiden lisääntyvän alkoholin käytön yh-

teydessä on puhuttu jopa ”hiljaisesta epidemiasta”. (Wallace ym. 2010, 51; Koivula ym. 2015.) Muutokset iäkkäiden naisten kohdalla ovat olleet erityisen suuria. Ikääntyneiden päihdeongelmaisten naisten tarkkaa määrää ei tiedetä, sillä suurin osa päihdeongelmista jää piiloon. Ikääntyneiden ongelmallinen alkoholin käyttö on herättänyt hämmennystä etenkin

vanhuspalveluiden ja päihdehuollon työntekijöiden keskuudessa. Vuonna 2011 naisten osuus kotihoidon 210 000 päihde-ehdoisesta asioinnista oli noin kolmasosa. Ikääntyneiden naisten päihdetyössä haasteina ovat olleet tiedonpuute ilmiöstä ja sen laajuudesta sekä naisille räätälöidyistä hoitomenetelmistä. (Haarni ja Hautamäki 2008; Kuussaari ym. 2012; Ikonen 2013; Koivula ym. 2015.)

Julkisen keskustelu ikääntyneiden alkoholin käytöstä liittyy laajemmin ajattelutavan muutokseen, jossa vanhuus nähdään omana kehitysvaiheenaan omine kehitystehtävineen ja kriiseineen. Sosiaalityön näkökulmasta ikääntyneiden elämäntilanteisiin liittyy samankaltaisia ongelmia kuin nuorempienkin ikäpolvien elämään. Näitä ovat toimintakyvyn muutoksien lisäksi esimerkiksi asumiseen, ihmissuhteisiin, päihteiden käyttöön, taloudellisiin kysymyksiin tai palvelujärjestelmän toimivuuteen liittyvät tekijät. Työskentely ikääntyneiden kanssa on kuitenkin erilaista kuin nuorempien ikäpolvien. Pitkä elämäkokemus ja elämän rajallisuus luovat asiakkuuden erityisyyden perustan. Myös toimintaympäristöt eroavat, sillä usein työskentely tapahtuu vanhusasiakkaan kotona. Elämäntilanteiden ymmärtämisen lisäksi sosiaalityöntekijöiden on tunnettava biologisfyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia vanhenemisprosesseja sekä vanhenemisen ja vanhuuden kulttuurisia, yhteiskunnallisia ja historiallisia yhteyksiä. Sosiaalisen asiantuntijuuden lisäksi työntekijällä on oltava riittävät geriatriset tiedot vanhusten sairauksista. (Ray ym. 2009, 120–125; Koskinen ja Seppänen 2013, 448–451.)

Päihdepalveluihin hakeutumisen kynnys on ikääntyneille naisille korkea, koska he häpeävät päihdeongelmaansa. Naiset eivät yleensä hae itse apua, vaan yhteydenotto tapahtuu usein omaisten tai kotihoidon kautta ja liittyy yleensä muihin syihin, kuten kaatumiseen tai sekavaan käytökseen. Alkoholia ongelmallisesti käyttävä iäkäs ihminen on aivan viime vuosiin saakka tunnistettu heikosti palvelujärjestelmässä, joten hänestä on voinut tulla väliin-

putoaja. Tämä on johtunut iäkkäiden päihteiden käyttöön liittyvän tiedon vähydestä sekä toimintamallien ja menetelmien puuttumisesta. Varsinkin ikääntyneet päihdeongelmaiset naiset ja päihdepalvelut eivät kohtaa toisiaan sosiaali- ja terveystaloudellisesti. Ikääntyneille soveltuvien hoitomenetelmien ja vanhenevista koskevan tiedon vähyys koetaan myös päihdepalveluissa isona puutteena. Tarve kehittää gerontologisen päihdetyön menetelmiä lisääntyy ikääntyneiden päihdeongelmaisten määrän kasvaessa. (Wadd ym. 2011; Ikonen 2013; Vilkkonen ym. 2013; Orjasniemi 2014; Kelo ym. 2015.) Sosiaalityön näkökulmasta on olennaista se, määrittäykö iäkäs nainen ensisijaisesti ongelmansa, sukupuolensa vai ikänsä kautta. Tulkinta voi vaikuttaa siihen, miten ikääntyvä kotona yksin asuva nainen saa apua. Päihteidenkäyttö liittyy naisiin negatiivisia mielikuvia häpeästä, pelosta, toiseudesta ja alistuneisuudesta. Ikääntyneet naiset eristäytyvät usein koteihinsa omaan päihdemailmaansa, jonka seurauksena he etäännyvät yhä kauemmaksi yleisen käsityksen mukaisesta normaalista elämästä. (Esim. Hänninen 2014; Holmberg 2015.)

Tämä artikkeli käsittelee kotiin jalkautuvaa päihdetyön mallia, joka on kehitetty ikääntyneiden päihdeongelmaisten naisten elämäntilanteiden ja tarpeiden pohjalta. Ajatukset mallin kehittämiseksi lähtivät liikkeelle kotipalvelutyöntekijöiden esille tuomasta huolesta, joka liittyi ikääntyneiden naisten lisääntyvään päihteiden ongelmakäyttöön sekä mahdollisuuksiin saada apua pienellä paikkakunnalla Etelä-Suomessa. Tutkimustehtävänä oli selvittää, miten ikääntyneiden naisten tarpeista lähtevää päihdetyötä voidaan kehittää osana pienten kuntien yleistä sosiaalityötä. Tutkimukseen osallistuneiden ikääntyneiden naisten päihteidenkäyttöön liittyvät kokemukset kiteytyivät kolmeen keskeiseen osa-alueeseen: kotiin eristytymiseen, avun saamisen vaikeuteen ja toiveisiin kotiin viettämisestä päihdetyöstä.

Tutkimuksen tuloksena kehitettiin päihdetyön malli pienille paikkakunnille, joissa ei ole

eriytettyjä päihdepalveluita, vaan päihdetyö on osa yleistä sosiaalityötä. Mallin keskiössä on ikääntyneen päihdeongelmaisen naisen ja sosiaalityöntekijän kohtaaminen sekä työskentely naisen kotona. Koti yksityisenä tilana muodostaa työskentelypaikan, joka haastaa myös sosiaalityön ammatillisuutta ja asiantuntijuutta (Ylinen 2008). Työskentelyn tavoitteena on naisen motivointi ja tukeminen muutoksessa sekä toimintakyvyn, elämännhallinnan ja hyvinvoinnin vahvistaminen. Toimintamallissa korostuvat sosiaalityön, kotihoidon, perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin yhteistyö, jossa gerontologista ja päihdetyön osaamista siirretään ja jaetaan palvelujärjestelmien sisällä ja välillä. Asiakastyön lisäksi sosiaalityöntekijä koordinoi ja vastaa palveluiden ja tukihenkilöiden järjestämisestä naisille. Kotiin jalkautuva päihdetyön malli muodostaa ikääntyneiden naisten päihdekuntoutusta tukevan kokonaisuuden, jossa hoiva, hoito ja kuntoutus kulkevat rinnakkain.

Aineisto ja menetelmä

Ikääntyvien naisten päihdeongelma on arka ja sensitiivinen aihe. Kyseessä on usein piilossa pysyvä kohderyhmä, jonka vuoksi tutkimukseen osallistuneita naisia oli vaikea löytää. Aineisto käsittää viiden ikääntyvän päihdeongelmaisen naisen haastattelut, jotka tavoitettiin sosiaalihuollon eri yksiköiden työntekijöiden avulla. Kyse on laadullisesta tutkimuksesta, jossa kuvataan ikääntyneiden naisten päihdeiden käyttöä ja sen erityisyyttä; naisten elämäntilanteita, heidän tarpeitaan ja toiveitaan sekä tutkimuksen tuloksena ikääntyneille naisille kehitettyä kotiin jalkautuvaa päihdetyön mallia.

Haastatteluaineisto on kerätty kolmesta pienestä kunnasta Etelä-Suomessa. Haastatteltavat olivat 65–71-vuotiaita yksin omissa kodeissaan asuvia naisia. Kaksi heistä oli leskiä, kaksi asumuserossa ja yksi naisista oli naimaton. Naisten alkoholin ongelmakäyttö oli jatkunut jo useita vuosia. Neljä haastattelua

tehtiin naisten kodeissa ja yksi haastattelu perheneuvolassa. Tutkimusaineiston keruumenetelmänä on käytetty feminististä haastattelua, jossa naiset eivät olleet passiivisia toimijoita, vaan he ohjasivat haastattelun kulua ja puhuivat omin käsittein ajatuksistaan. Emansipoivan haastattelun tavoitteena on aito vuorovaikutus. Naisten haastattelutilanteet sisälsivät monenlaisia ”mielenmaisemia”, joihin he toivat mukanaan elämäntilanteensa ja koko eletyn elämänsä. Kertoessaan kokemuksistaan he myös loivat omaa elämäntarinaansa ja antoivat asioille ja kokemuksille merkityksiä. Haastattelutilanteiden tunnelma oli avoin, ja naiset kertoivat kokemuksistaan vuolaasti, välillä itkien sekä nauraen. Feministisessä lähestymistavassa keskeistä on ikääntyneiden naisten äänen kuuleminen ja heidän ottamisensa mukaan keskusteluun. (Ks. Oinas 2004, 209, 214–216; Oakley 2000, 47.)

Analyysimenetelmänä on käytetty aineistolähtöistä sisällönanalyysia (Eskola ja Suoranta 2008, 150–152). Analyysin tuloksena naisten kertomuksista paikannettiin päihdeiden käyttöön liittyviä merkityssisältöjä ja ulottuu-uuksia, jotka tuottivat ymmärrystä ikääntyvien naisten ongelmallisista elämäntilanteista. Haastatteluaineiston sisällöllisen ja refleksiivisen luennan tuloksena aineistosta muodostettiin kolme pääteemaa: kotiin eristäytyminen, avun saamisen vaikeus ja toiveet kotiin vietävästä päihdetyöstä. Yhdistimme nämä kolme aineistosta muodostettua pääteemaa, joiden pohjalta kehitimme käytettyyn tutkimuskirjallisuuteen nojautuen kotiin jalkautuvan päihdetyön mallin.

Tulokset

Naisen koti

Koti on monelle ikääntyvälle turvasatama ja paras paikka maailmassa, mutta jos kotoa ei ole mahdollista tai voimia päästä ulos, tulee siitä ikääntyneelle vankila. Kotona asuminen

perustuu suurelta osin ikääntyvän ihmisen kykyyn selviytyä arjen askareista omatoimisesti tai kevyen avun turvin. Ulospääsemisen esteitä voivat olla iäkkään oma heikentynyt fyysinen tai psyykinen toimintakyky tai rakenteelliset esteet, kuten esimerkiksi hissien puuttuminen kerrostalossa. Kotona asumisen ja kodin yksityisyyden liiallinen idealisoiminen voivat estää naisilta ulkopuolisen avun pyytämisen ja siten uhata kotona asumista sekä selviytymistä. (Ks. Tedre 2006, 162–163; Jyrkämä 2007, 197; Levo ym. 2008, 43; Vilkkonen ym. 2013, 73.)

Iäkkäiden naisten keskuudessa päihteiden ongelmakäyttäjät muodostavat kotiin linnoituvan, pienen näkymättömän joukon. Kotiin eristäytyminen on omiaan voimistamaan yksinäisyyttä, masennusta, alkoholin käyttöä sekä alkoholin käyttöön liittyviä onnettomuuksia. Runsas alkoholin käyttö kapeuttaa entisestään sosiaalista elämää. Usein oma perhe, suku ja yhteisö väsyvät juomiseen ja jättävät naisen yksin. (Holmberg ym. 2015, 392.) Ikääntyneet alkoholiriippuvaiset naiset voivat elää vaikeissa oloissa, jopa ilman minkäänlaista yhteyttä palvelujärjestelmään. Usein yli 65-vuotiaita päihdeongelmaisia naisia on vähän sosiaaliryöpylän asiakkaina, koska heidän eläketulonsa riittävät kattamaan elämiseen liittyvät kulut. He eivät yksinkertaisesti näy sosiaalitoimiston asiakkaina. Tieto naisten tilanteista ei välity sosiaalili- ja terveyspalveluihin, joten apuakaan ei tarjota ja juominen saa jatkua (Ikonen 2013, 46; Laapio 2014, 100). Kodin yksityisyys mahdollistaa naisten juomista ja estää ulkopuolisten puuttumisen:

Vaikea on kotiini tulla kenenkään, mistä ne tietäisi juomisestani? (H4)

Se on vaikea asia. Voidaan sanoa, ei täällä tarvitse käydä enää, tulet minun reviirille. Minä saan tehdä omassa kodissani mitä haluan. (H3)

Kotona juomiseen on vaikea puuttua, kun jokainen saa tehdä omassa kodissaan mitä lystää. (H1)

Päihdeongelmaiset ikääntyneet naiset ovat usein arkoja lähtemään kodin ulkopuolelle tai liikuntarajoitteet estävät vapaata liikkumista (Hänninen 2014, 17; Holmberg 2015, 385–386). Haastateltavista suurin osa käytti apuvälineinä rollaattoria tai kävelykeppiä. Kodin ulkopuoliseen elämään osallistumisen kynnyksellä oli osin konkreettinen, mutta myös vieraisiin paikkoihin ja ihmisiin liittyvät pelot estivät osallistumista. Näiden esteiden voittamiseen ikääntyneet naiset tarvitsevat paljon tukea, joten työskentelyn tulisi suuntautua kodista ulospäin. Ilman luottamuksellista vuorovaikutussuhdetta, motiivointia ja saattoapua naiset eivät lähde kotoa. Arkea rikkovat, jopa pienetkin onnistumisen kokemukset, voivat toimia muutoksen motivoijana. (Vrt. Levo ym. 2008, 43.) Naisille kotoa lähteminen olisi helpompaa, jos heillä olisi käytettävissä tukihenkilö:

Olisi käynyt kotona, joku tukihenkilö tai joku muu. Pitäisi saada kynnyksensä matalammaksi. (H4)

Kävisin seurakunnan – ja eläkeläisten kerhoissa sekä konserteissa. Tarvitsisin alussa kylä tukihenkilön mukaani. (H3)

Lähtemällä ulos kodista, ylläpitämällä sosiaalisia suhteita ja osallistumalla sosiaaliseen toimintaan ikääntyneet naiset vahvistavat ja palauttavat kokemusta omasta toimintakyvystään (Salonen 2011, 160). Tämä madaltaa myös kynnyksistä avun vastaanottamiseksi kotiin. Kodin yksityisyys asettaa sensitiivisyyden vaateen myös kotona tehtävälle päihdetyölle. Iäkkäät kokevat päihdetyön jalkautumisen kotiin turvallisemmaksi vaihtoehdoksi kuin ohjautumisen avopalvelujen asiakkaaksi. Koti turvallisenä ympäristönä mahdollistaa luottamuksellisen ilmapiirin syntymistä, mikä on edellytys toimivalle työskentelysuhteelle. (Nykky ym. 2010, 113; Koivula ym. 2015, 483.)

Jalkautuvan päihdetyön tarve

Ohjautuminen päihdepalvelun asiakkaaksi tapahtuu usein toisen tahon, esimerkiksi lähiomaisen tai viranomaisen kautta. Tällöin naisten elämänhallinnassa on yleensä jo vakavia puutteita (Partanen ja Kurki 2015). Usein asiakkaan koti on paikka, jossa kotipalvelun henkilökunta kohtaa ensimmäisenä ikääntyvien naisten päihdeidenkäytön ongelmat Kotihoidon työntekijät ovat avainasemassa kartoitettaessa tai puuttuttaessa ikääntyneiden päihdeongelmiin. (Lappalainen-Lehto ym. 2008; Koivula ym. 2015.) Vanhuspalvelujärjestelmässä ja sosiaalityössä on tuotu esille, että henkilöstö ei riittävästi tunnista ikääntyneiden päihdeongelmien erityispiirteitä (Rintala 2010, 122; Holmberg ym. 2015, 382). Gerontologisen päihdetyön menetelmien kehittämiseksi ja henkilöstön kouluttamiselle on selkeä tarve. A-klinikkasäätiö on tarjonnut gerontologisen päihdetyön koulutusta ja Sininauhaliiton Liika on liikaa -hanke (2011–2015) sekä Ikääntyvien päihdetyö (IPT) ovat tiedottaneet ja kouluttaneet työntekijöitä alkoholiin ja ikääntymiseen liittyvissä kysymyksissä. Ikäerityisiä päihdepalveluita on kehitetty vastaamaan paremmin ikääntyneiden päihdeidenkäyttäjien tarpeita, esimerkiksi kotiin vietävien päihdepalvelujen osalta. (Pajunen 2014, 41.)

Ikääntyvät naiset eivät tuo oma-aloitteisesti päihdeongelmaansa esille, koska juomiseen liittyy häpeää. Häpeä, itseinho ja syyllisyys johtavat ongelmien salaamiseen ja peittelyyn sekä siihen, että ongelma kielletään itseltä, läheisiltä ja ikääntyvien kanssa työskenteleviltäkin (Malinen 2009, 112; Wadd ym. 2011, 15). Naiset kuvasivat juomisen aiheuttamaa syyllisyyttä ja häpeää sekä avun hakemisen vaikeutta koskettavalla tavalla:

Kun tajusin juomisen riistäytyneen käsistäni, niin vielä enemmän eristäydyin kotiini. Se lisäsi myös juomista ja abdistusta. Päivät menivät syyllisyyden, pelon ja häpeän kanssa kamppaillessa. Ainoastaan seuraava ryyppy ja

humalatila helpottivat sitä, ja kierre oli valmis. Arkena tein kyllä kotityöni, tosin usein niin vahvassa humalatilassa, että seuraavana päivänä herätessäni krapulassa en muistanut, että olin siivonnut koko talon ja leiponut pullaa. Tajusin kyllä umpikujani, mutta miten sitä olisi uskaltanut hakea apua. Hävetti ja pelotti, jos joku ulkopuolinen saa tietää. (H2)

Retkabdin. Join ensin viikon ja sitten meni toinenkin. En muista juurikaan koko ajasta mitään, mutta hirveän huonossa kunnossa olin niin henkisesti kuin fyysisesti. En muista edes olinko syönyt mitään koko aikana ja olinko ottanut lääkkeeni? Olin viikon sisällä sen jälkeen. Retkabduksen jälkeen on vaikea kotoa lähteä mihinkään, kun on häpeä ja itseinho. (H1)

Mitä enemmän join, sitä enemmän hävetti ja se taas pisti juomaan lisää. En enää uskaltanut päästää ketään kotiini sisälle. Miten yksinäinen sitä onkaan siinä omassa helvetissä. Masensi ja oli päiviä, etten enää jaksanut nousta sängystä ylös, välillä itkin ja ruikoilin. (H5)

Naisten kuvaamat juomisputket ovat heille hengenvaarallisia. He eivät kykene ottamaan tilanteesta vastuuta, mutta heidän kertomuksensa kuvaavat sitä, ettei kukaan muukaan ota. Naiset olivat myös loukanneet itseään humalassa, jonka seurauksena he olivat joutuneet haakeutumaan päivystykseen. Kukaan ei kuitenkaan ottanut juomista puheeksi:

Eivätkä ne kysyneet päivystyksessäkään mitään, vaikka silmä oli mustana ja päässä iso kyhmy. Toivoin, että joku olisi kysynyt, että kaaduitko humalassa? (H3)

En ole saanut mitään apua. Ei kukaan puuttanut. Kyllä siitä kaikki tiesi, mutta kukaan ei auttanut. Vaikka kävin terveyskeskuksessakin lukuisia kertoja ”kännissä” kaatumisien ja pääni lyömisien vuoksi, niin lääkäri ja hoitajat ei kysyneet mitään. Odotin, että joku olisi heistä kysynyt. (H2)

Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kohtaamattomuus johtuu usein kiireestä, jonka seurauksena naisia ei välttämättä diagnosoida oikein (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 16–17). Naisten kokemukset vahvistavat muita tutkimuksia, joiden mukaan alkoholinkäyttöä ei oteta puheeksi, vaikka alkoholin osuus tapaturmaan on ilmeinen. Tutkimukset ovat myös osoittaneet, että alkoholi on yleinen syy ikääntyneiden kaatumisiin. (Nyky ym. 2010, 17; Koivula ym. 2015, 486.) Päihdekuntoutuksen aloittamiseksi on tärkeää, että alkoholinkäyttö tilapäisen päivystys- ja sairaalahoidon yhteydessä tunnustetaan ja käsitellään (ks. Draper ym. 2015). Hoitohenkilökunnalla tulisi olla riittävästi aikaa naisten elämäntilanteiden kartoittamiseen. Näissä tilanteissa mini-interventio on selkeä toimintamalli, jonka avulla voidaan tunnistaa, arvioida ja neuvoa riskikäyttäjiä, suurkuluttajia sekä päihdeongelmaisia. Mini-interventiossa puhalluskoe on tehtävä, mikäli päivystystilanteissa epäillään alkoholinkäyttöä esimerkiksi tapaturmatilanteissa. Kokeen jälkeen alkoholinkäyttö otetaan puheeksi ja potilas ohjataan aina päihdepalvelujen asiakkaaksi. (Havio ym. 2008.)

Tapaturma-alttiuden lisäksi on olemassa tunnusmerkkejä, joiden pitäisi herättää työntekijöiden epäily. Huomio tulisi kiinnittää ikääntyneiden käyttäytymisessä mielialan vaihteluihin, sekavuuteen, masentuneisuuteen tai aggressiivisuuteen. Mikäli oireisiin liittyy päivittäisten toimien laiminlyöntiä, unihäiriöitä, virtsan karkailua, motoriikan heikentymistä ja alkavaa dementiaa, tulisi alkoholinkäyttö ottaa viivyttämättä puheeksi. (Aejmelaeus ym. 2007, 276–277.) Alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutusta on ikääntyneillä tutkittu vähän, mutta runsas lääkkeidenkäyttö alkoholin kanssa muodostaa vakavan terveystarpeen (Blow ym. 2003; Viljanen 2010).

Naiset kuvasivat hoitoon hakeutumisen tapahtuneen vasta pakon edessä, kun he eivät kyenneet katkaisemaan juomistaan. Läheiset ohjasivat naiset terveystieteiden keskuksiin katkaisuhoidon.

Olin myös sammunut ulos, ja mies oli mennyt soittamaan siskolleni toiseen kaupunkiin, että mitäs nyt pitäisi tehdä? Naapurit olivat kurtistelleet ovien raoista, mutta kukaan ei tullut auttamaan. Sairaalassa lääkäri sitten kysyi alkoholin käytöstäni. (H2)

Poika tuli ja sanoi, että nyt sinä äiti lähdet hoitoon. En olisi kyllä halunnut lähteä, kun oli kahden viikon putki päällä ja olin edelleen ”hyvässä” humalassa. Ajattelin, että en minä mitään apua tarvitse. (H1)

Lähes kaikki haastateltavat olivat käyttäneet elämänsä aikana runsaasti alkoholia, ja ikääntymisen myötä ongelmat olivat pahentuneet. Alkoholin käytön heikentämä toimintakyky asettaa uusia vaatimuksia myös naisten kotona asumiselle. Naisten elämäntilanteissa kuntoutuminen ja raitistuminen vaativat paljon tukea ja ulkopuolista apua. He eivät kuitenkaan tieneet olemassa olevista päihdepalveluista tai hoitomenetelmistä. Tiedon puute päihdepalveluista on tullut esille muissakin tutkimuksissa, ja tiedonpuute koskee myös ikääntyneiden kanssa työskenteleviä työntekijöitä (esim. Partanen ja Kurki 2015; Koivula ym. 2015).

Yhteistä ikääntyneiden naisten kertomuksissa oli se, että he kokivat tarvitsevansa päihdeongelman hoitoon yksinkertaisia työtapoja. Avun tuleminen kotiin on tärkeää tilanteissa, joissa naiset eivät itse kykene lähtemään kotoa. Tällaisia syitä ovat esimerkiksi juomisputket, mutta myös liikuntarajoitteisuus ja sosiaalisten tilanteiden pelko. Kotiin kaivattiin keskusteluapua ja tukea sekä katkaisuhoidon ja sen jälkeistä kuntoutusta. Tietoa kaivattiin palveluista, alkoholin käytön haitoista ja vertaistukiverkosta:

Mistä sitä apua kehtais kysyä? (H4)

Ei ole kotiin tarjottu minkäänlaista päihdehoitoa. Jossain kohtaa, kun on pitkä putki takana niin tietysti olisi hyvä, kun joku kävisi kotona katsomassa. Mutta mistä ne saa tietää,

vaikka olisin ”henki hieverissä”? Vähän pulmallinen juttu. Itsellä pitäisi olla voimaa, että ottaisi jonnekin yhteyttä. (H1)

Kun sitten valitsee kenelle henkilölle voi soittaa, mutta varmaan soittaisin, jos olisi puhelinnumerot olemassa. On tärkeää, että pystyy soittamaan. Yöllä tuntuisi turvalliselta, että joku valvoo, kun poikakin kuoli ja valvoin yöt. Sosiaalityöntekijä voisi sitten tulla käymään kotona. (H5)

Naiset kokivat turvattomuutta etenkin öisin, kun henkilökohtaiset menetykset, traumaattiset kokemukset, yksinäisyys ja kuolemanpelko valvottivat heitä. Ympäri vuorokautista tukea tarjoavia avopäihdepalveluja ei ole yleisesti saatavilla. Naisten kokemusten perusteella päihdekuntoutuksen kehittämiseen on selkeä tarve, koska katkaisuhoidot jaksujen jälkeen naiset eivät olleet ohjautuneet päihdepalveluihin (vrt. Koivula ym. 2015, 486).

Palvelujärjestelmän pirstaleisuus ylläpitää osittain naisten päihdeongelmaa ja he jäävät helposti palloteltaviksi paikasta toiseen. Palvelujärjestelmän tehokkuuden näkökulmasta terveyden- ja sosiaalihuollon peruspalveluiden tulisi tavoittaa päihteiden riskikäyttäjiä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa (Kuussaari ym. 2012, 652), jonka jälkeen päihdepalvelujen antamisen tulisi perustua yksilökohtaiseen päihdepalvelujen tarpeen arviointiin. Päihdehuoltolain (1984/41) mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa on tarvetta. Tärkeintä on, että eri palveluista muodostuu ikääntyville naisille päihdekuntoutusta tukeva ja myös omaisten tarpeet huomioiva kokonaisuus, jossa hoiva, hoito ja kuntoutus kulkevat rinnakkain (Kelo ym. 2015, 78).

Sosiaalityön rooli kotiin jalkautuvassa päihdetyössä

Sosiaalityön näkökulmasta päihdetyön kehittämisen lähtökohtana on kokonaisvaltaisuus, jossa päihteiden käytön lisäksi huomioidaan ikääntyvän naisen asuminen, toimintakyky, toimeentulo ja sosiaaliset suhteet sekä nykyinen elämänvaihe. Elämänvaihe ymmärretään eletynä elämänä ja vuorovaikutussuhteina sekä niissä luotuna mielensisältöinä ja kokemuksena itsestä (Siltala 2007, 217; Levo ym. 2008, 43). Kokonaisvaltaisella työotteella pystytään parhaiten vastaamaan naisten esittämiin tarpeisiin ja toiveisiin heille tarjottavasta avusta. Kotiin jalkautuva päihdetyö sekä palveluiden ja tuen koordinointi voivat näkemyksemme mukaan olla vastaus naisten kokemiin ongelmallisiin tilanteisiin.

Kotiin jalkautuva työ yhdistää eri menetelmiä: perinteisiä kotikäyntejä, palveluohjausta, verkostotyötä, moniammatillista työskentelyä, yhteistyötä läheisten ja kolmannen sektorin kanssa. Työskentelyn keskiössä tulee olla sosiaalityöntekijän ja päihdeongelmaisen ikääntyneen naisen asiakassuhde ja toimintaympäristönä naisen koti, näin toivoivat haastateltavatkin:

Sosiaalityöntekijä voisi jalkautua toimistolta kotikäynnille esimerkiksi silloin, kun soitan että olen retkahtanut. Tykkäisin, että työntekijä tulisi kotiin yksin. (H1)

Sosiaalityöntekijän tekemät kotikäynnit, palveluohjaus ja verkostojen koordinointi ovat tekijät, joihin jalkautuva päihdetyö perustuu. Sekä viranomaisten että vapaaehtoisjärjestöjen verkostot toimivat naisten turvaverkkona. Ikääntyneiden naisten avuntarpeet ovat erilaisia, joten turvaverkon solmut voivat paikantua yksilöllisesti kotipalveluun, terveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon, mielenterveyspalveluihin, toimeentulotukipalveluihin tai kolmannen sektorin toimijoihin. (Vrt. Koskinen ja Seppänen 2013, 450.)

Sosiaalityöntekijä räätälöi jalkautuvaa päihdetyötä asiakaslähtöisesti ja hän toimii tarvittaessa kotipalvelun, kotisairaanhoidon tai päihdetyöntekijän työparina. Asiakkaiden osallistaminen päihdetyön toteutuksen suunnitteluun vahvistaa heidän itsemääräämisoikeuttaan ja lisää koettua hyvinvointia. Kotiin jalkautuvan päihdetyön tulee olla joustavaa ja kiinnipitävää. Kiinnipitävässä työotteessa työntekijät ovat yhteydessä asiakkaisiin ja huolehtivat siitä, että asiakkaat säilyttävät yhteyden palveluihin. (Vrt. Ray ym. 2009, 120–125; Ray ja Phillips 2012, 50; Eskola 2012, 13.) Eräs naisista kuvasi tätä seuraavasti:

Hänen pitäisi kysyä minun mielipidettäni ja yrittää selvittää sitten, mikä minun kohdalla olisi se vaihtoehto päihdehoitoon. Eikä pidä sanella ylhäältä päin, se ei auta yhtään. Kuljettaisiin kappale matkaa rinnalla. Siis ihan ihmiseltä ihmiselle. (H1)

Aloitusvaiheessa sosiaalityöntekijä arvioi kotikäynnin perusteella päihdetyön tarpeen ja kiireellisyyden sekä tekee päätöksen päihdepalveluista ja kuntoutuksen aloittamisesta. Kotiin jalkautuvassa työskentelyssä naisen kotona käydään aluksi tiiviisti, kunnes hän kokee selviytyvänsä paremmin. Kotikäyntiin varataan riittävästi aikaa. Työskentely etenee aina naisen ehdoilla ja hänen itsemääräämisoikeuttaan kunnioittaen. Jatkuvuus on tärkeää, sillä ikääntyneet päihdeongelmaiset naiset tarvitsevat pitkäaikaista tukea. (Ks. Levo ym. 2008; Eskola 2012; Kelo ym. 2015.)

Arvioinnin jälkeen sosiaalityöntekijä tekee yhdessä naisen kanssa päihdekuntoutussuunnitelman. Suunnitelmaan kirjataan naisen itse nimeämät läheiset ja ammatilliset, joihin sosiaalityöntekijä saa olla avoimesti yhteydessä naisen asioissa. Seuraavilla kotikäynneillä sosiaalityöntekijä kartoittaa ja vahvistaa naisen psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja. Aluksi päihdehoidon tavoitteet asetetaan naisten itsensä esille tuomista asioista. Identiteetin vahvistaminen, sosiaalisten taitojen ja ongelmaratkaisukyvyyn

harjoitteluun ovat ikääntyneiden naisten hoidossa tärkeitä päihdeidenkäyttöön liittyvien teemojen rinnalla (ks. Suhonen 2014). Asiakassuhteen jatkuessa naisia rohkaistaan puhumaan enemmän päihdeongelmastaan ja mahdollistetaan heille asiantuntijuus omassa asiassaan. Haastatteluissakin ilmeni, että ”juopon mummon” identiteetistä irtautumiseen tarvitaan yksilöllistä tukea:

Työntekijän pitäisi kohdella minua ihmisenä eikä ”juoppo mummona”. Se hoito pitäisi yhdessä katsoa, kunhan ensin on syntynyt luottamusta. Apu tähän tilanteeseen, joka sopii jollekin toiselle, ei välttämättä sovi minulle. Minä itse tiedän parhaiten, mitä tarvitsen ja siitä sitten voisi lähteä pikkubiljaa liikkeelle. (H2)

Mikäli naiset tarvitsevat alkoholikatkaisuhoidon juomisen lopettamiseksi, sosiaalityöntekijä ohjaa heidät laitostarkkaisuun. Katkaisuhoidon jälkeen naisia ei jätetä tilanteeseen yksin, vaan kuntoutus jatkuu kotiin jalkautuvana päihdetyönä. Kuntoutumissuunnitelmaa tarkistetaan tilannearvioissa, joihin sosiaalityöntekijä kutsuu myös palveluverkoston työntekijät. Tavoitteena on arvioida kuntoutumisen etenemistä, tarvittavia palveluja ja niiden riittävyttä sekä kuulla naisten ja työntekijöiden kokemuksia työskentelyn toimivuudesta. Eräs naisista kuvasi hyvin asiakkaan näkökulmasta toimivia palveluita:

Ensimmäiseksi varmaan sitä jatkohoitoa pitäisi ajatella, koska mitä hyötyä siitä muuten on? Ei välttämättä hoitosuunnitelmaa kokonaan, mutta se lähtisi alkuun ja saisi motivaatiota ja asiakas ei jäisi tyhjän päälle. Siitä tulisi tunne, että minusta huolehditaan ja minulla on jo seuraava askel. Siinä sitten tietää milloin seuraavan kerran apua saisi kotiin. Se olisi sellainen matalankynnyksen malli. (H1)

Jotta asiakas ei ”jäisi tyhjän päälle” hänelle kootaan myös vapaaehtoisista koostuva tukiverkosto. Ikääntyneet naiset tarvitsevat toimivan ja

vastavuoroisen verkoston tukea, sillä päihdeongelman kehittyminen ja siitä toipuminen linkittyvät vahvasti naisten elinympäristöön ja elämänpiiriin. (Suhonen 2014, 106–107.) Useat päihde- ja mielenterveysalan järjestöt tarjoavat vertaistukea ja ryhmätoimintaa, jota kotiin jalkautuvassa päihdetyön mallissa suunnitelmallisesti hyödynnetään (ks. Tietopuu, Niiranen ja Tuomela-Jaskari 2009, 49–52). Naiset hyötyvät keskinäisistä vertaistukiryhmistä (esim. Palojärvi 2009), mutta niiden perustaminen voi olla pienillä paikkakunnilla haasteellista. Tukihenkilö toimii tasavertaisena ystävänä ja kuuntelijana sekä saattaa palveluihin ja harrastusryhmiin. Ryhmätoimintaan osallistuminen tarjoaa naisille osallisuuden kokemuksia ja laajentaa heidän sosiaalisia suhteitaan. (Vrt. Kelo 2015 ym. 86–87.) Naisten arjesta tulee tuetuna hallitumpaa ja tuki tarjoaa naisille mahdollisuuden motivoitua hoitamaan itseään ja asioitaan. Naisten kokemus yksinäisyys ja verkostojen puute tulivat esille haastatteluissa:

Pitäisi olla joku, yksinkertainen tiedote päihdehoidoista ja vaikka tietoa alkoholin käytön haitoista ja yksinäisyydestä. Kunpa saisi tännekin sellaisen ystäväverkon ja joku kartottaisi kaikki yksinäiset henkilöt (H3)

Jalkautuvasta päihdetyön mallista kootaan asiakkaille selkeä ja yksinkertainen esite, joka sisältää sosiaalityöntekijän, kotipalvelun tai päihdetyöntekijöiden yhteystiedot. Avun tarpeen hetkellä naiset tietävät, keneen he voivat ottaa yhteyttä, ja mistä he saavat apua. (Vrt. Nykky ym. 2010, 28; Kelo ym. 2015, 77.)

Kotiin jalkautuva päihdetyön malli

Kokoamme tässä tiivistetysti yhteen mallin kotiin jalkautuvasta päihdetyöstä, joka on kehitetty ikääntyneiden naisten haastatteluissa ilmaisemien tarpeiden ja toiveiden sekä artikkelissa käytetyn kirjallisuuden pohjalta. Olemme jäsentäneet mallin alku-, työskentely- ja seurantavaiheeseen. Alkuvaihe sisäl-

tää huolen heräämisen ja ongelman tunnistamisen sekä sosiaalityöntekijän yhteydenoton. Työskentelyvaiheen muodostavat sosiaalityöntekijän kotikäynnit, palveluohjaus, kotiin vietävät palvelut sekä tukihenkilötoiminta. Työskentelyvaiheen päätyttyä alkaa seurantavaihe, jossa sosiaalityöntekijän ja kiinnipitävän palvelu- ja tukiverkoston yhteistyö jatkuu tarvittaessa. Sosiaalityöntekijän aktiivinen työvaihe päättyy, mutta verkostot jatkavat ikääntyneen päihdeongelmaisen naisen tukena.

Alkuvaihe:

- Asiakas ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään tai ottaa asian puheeksi sosiaali- ja terveystalouksissa → Vaihtoehtoisesti tiedonanto tarvittaessa sosiaalitoimeen → Sovitaan kotikäynti
- Omaisten tai lähiyhteisön huoli herää → Tiedonanto sosiaalitoimeen → Sosiaalityöntekijä on yhteydessä asiakkaaseen ja kertoo huolesta → Sovitaan kotikäynti
- Kotipalvelun tai kotisairaanhoidon työntekijöiden huoli herää → Tiedonanto sosiaalitoimeen → Sosiaalityöntekijä on yhteydessä asiakkaaseen ja kertoo huolesta → Sovitaan kotikäynti
- Asiakas hakeutuu ensiapuun → Puhalluskoe ja mini-interventio → Ohjaus katkaisuhuoltoon tai päihdepalveluihin → Tiedonanto sosiaalitoimeen → Sosiaalityöntekijä on yhteydessä asiakkaaseen ja kertoo huolesta → Sovitaan kotikäynti
- Asiakas hakeutuu lääkärin vastaanotolle juomisen takia → Katkaisuhuolto → Tiedonanto sosiaalitoimeen → Etsitään jatkokuntoutuspaikka → Sovitaan kuntoutuksen jälkeinen kotikäynti

Työskentelyvaihe:

- Kotikäynnillä sosiaalityöntekijä ottaa puheeksi alkoholin käytön ja kertoo jalkautuvasta päihdetyöstä ja päihdepalveluista → Akuutissa tilanteessa asiakas ohjataan katkaisu- ja jatko-huoltoon → Vaihtoehtoisesti jäsennetään avun ja palveluiden tarve → Sovitaan yhdessä kotiin jalkautuvan päihdetyön aloittamisesta
- Palveluohjaus → Päihdekuntoutussuunnitelma: yksilölliset tarpeet ja asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen

- Sosiaalityöntekijä koordinoi tarvittavan sosiaali- ja terveyspalveluiden tukiverkon → Moniammatillisen yhteistyön käynnistäminen → Suunnitellaan kotiin vaihteittain vietävä ja kevennettävä tuki → Tarvittaessa konsultaatioapua palveluverkon ulkopuolelta → Palveluverkko räätälöidään asiakkaan tarpeiden ja tilanteen mukaan → Sovitaan tilannearviointi: asiakas, sosiaalityöntekijä ja palveluverkon vastuutyöntekijät läsnä → Päihdekuntoutussuunnitelman tarvittava päivittäminen
- Kotikäynnillä herätetään asiakkaan motivaatio muutokseen ja sen ylläpitämiseen → Asiakkaan elämänhistoriaan tutustuminen → Sosiaalisen verkoston kartoittaminen ja hyödyntäminen → Läheiset mukaan työskentelyyn → Sosiaalityöntekijä konsultoi tarvittaessa moniammatillista verkostoa tai tarvittavaa ulkopuolista tahoa → Kotikäyntien määrä ja tiheys räätälöidään tilanteen ja tarpeen mukaan
- Sosiaalityöntekijä koordinoi asiakkaan tukihenkilöverkkoa → Yhteistyön käynnistäminen kolmannen sektorin kanssa → Tukihenkilöt aloittavat kotikäynnit → Tarjoavat apua ja tukea retkahduksen varalta → Tietoa harraste- ja vertaisryhmistä → Asiakkaan motivointi ohjattuun tai vertaisryhmätoimintaan kuljetus- tai saattoapua tarjoamalla → Tuen räätälöinti tarpeiden mukaan → Sovitaan tilannearviointi: asiakas, läheiset, sosiaalityöntekijä ja tukihenkilöt läsnä

Seurantavaihe:

- Asiakas, omaiset, kotipalvelun tai terveydenhuollon henkilöstö ja tukihenkilöt voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä sosiaalityöntekijään → Sovitaan kotikäynti → Sosiaalityöntekijä tekee tilannearvioinnin asiakkaan kanssa → Päihdekuntoutussuunnitelman tarkistaminen ja vaadittavat toimenpiteet

Jalkautuvalla päihdetyöllä tuetaan päihdeongelmaisten ikääntyneiden naisten kuntoutumista siten, että kuntoutumisen edistyessä intensiivinen tuki pikkuhiljaa väljenee ja harvenee, mutta on tarvittaessa ja kriisitilanteissa saatavilla. Naisten elämäntilanteet ja kuntoutumisen eteneminen määrittävät tuen määrän ja tarpeellisuuden (vrt. Eskola 2012). Jalkautuvan

päihdetyön asiakassuhteen päätyttyä varmistetaan naisten selviytyminen tukikäynneillä ja huolehditaan seurannasta moniammatillisena verkostotyönä, jota sosiaalityöntekijä koordinoi.

Gerontologisen päihdetyön osaaminen

Kotiin jalkautuva päihdetyön malli edellyttää sosiaalityöntekijöiltä gerontologisen sosiaalityön osaamista ja päihdeosaamista. Gerontologisen työtteen lisäksi sosiaalityöntekijällä on oltava tietämystä varhaisvaiheen päihdehaitoista, riskien ehkäisystä, päihdeongelmaisten naisten kohtaamisesta sekä päihdekuntoutuksesta. Ikääntyneiden naisten päihdekuntoutuksen lähtötilanteet vaihtelevat ja voivat olla erityistä tukea vaativia, jolloin kotiin vietävien palvelujen tulisi olla pitkäkestoisia ja tavoitteellisia. (Ks. Koivula ym. 2015, 486.) Sosiaalityöntekijän päihdetyön osaaminen ja gerontologinen tietämys kulminoituvat ikääntyneiden naisten kohtaamisissa heidän kotonaan, johon kiinnittyy myös ymmärrys sukupuolen merkityksestä päihdetyössä.

Ikäkkäiden naisten päihdeongelma haastaa työntekijöiden ammatillisen osaamisen. Työn erityinen vaativuus syntyy tarpeesta yhdistää sosiaalityöhön ikäkkäiden hoiva- ja hoitotyön sekä päihdetyön tietoutta. Ikääntyneiden päihdeongelmaisten naisten hoidossa ei nykyisellään sovelleta sosiaaligerontologista näkökulmaa naisten elämismaailman kontekstissa. (Suhonen 2014, 107–108.) Ikääntyneiden kanssa työskenneltäessä tulisi hyödyntää gerontologisen sosiaalityön jo olemassa olevaa tietoa ja gerontologisessa sosiaalityössä toimivien asiantuntijuutta (Ylinen 2008, 91).

Ikääntyneet naiset ovat asiakassuhteen alussa varautuneita kertomaan ongelmistaan ja niihin liittyvistä tuntemuksistaan (ks. Suhonen 2005). Myös aikaisemmat huonot kokemukset ammattiauttajista voivat hidastaa tai estää työskentelyn käynnistymistä (ks. Levo ym. 2008, 14). Kotiin vietävä päihdetyö edellyttää sukupuolisensitiivistä ja naisten ehdoilla etenevää työskentelytapaa, sillä naiset haluavat

tulla kohdatuiksi tasavertaisina ja itsenäisinä toimijoina. Keskinäinen vuorovaikutus sisältää avoimet keskustelut ja muutokseen motiivoinnit. Työskentely tapahtuu naisten elämämaailmassa, johon liittyvät koti ja läheiset sekä elämisen lähiympäristö. (Levo ym. 2008, 43; Pajunen 2014, 39.)

Sosiaalityöntekijän rooli on kiinnipitävä ja kannatteleva, jotta naiset sitoutuvat kuntoutussuunnitelmaan (vrt. Pajunen 2014, 39). On tärkeää mennä riittävän lähelle naisia ja tarkastella asioita heidän merkityksistään käsin. Haastateltavat kuvasivat sitä, minkälaista ammatillista osaamista he toivovat sosiaalityöntekijällä olevan:

Ei pitäisi olla hirveän hyökkäävä. Jotta sitten tavallisesti otettaisiin juominen puheeksi ja vain vähän johdattelisi, miten koet nämä ja aloittaisi kuulumisilla. Normaalialue keskustelua. Jos tullaan hyökkäävästi niin, siinä lukkiutuu kyllä. Ihan toverina keskustellen. (H3)

Ensimmäisellä käynnillä ei pidä tulla sillä asenteella, että minä tiedän miten sinun ongelmasi hoidetaan pois. Ei pidä sanella ylhäältä päin. Luottamuksen voittaminen on tärkeää ensin. Pitäisi tulla vain rinnalle ja kuunnella, sitten pikku hiljaa hivouttautua saamaan ihminen ymmärtämään avun tarpeensa. Jos ihminen itse on ottanut yhteyttä, on siinä paremmat mahdollisuudet onnistua. (H1)

Naiset kokivat tärkeänä sen, ettei sosiaalityöntekijä syyllistä heitä, vaan puhuu avoimesti ja moralisoimatta. ”Yhteisen kielen” löytäminen on perusta vuorovaikutussuhteen syntymiselle. Sosiaalityöntekijän arvostava suhtautuminen vahvistaa heidän naiseuttaan ja yksilöllisyyttään, parantaa omanarvontuntoa ja sitä kautta elämänlaatua (Havio ym. 2008, 172).

Sosiaalityöntekijän tuki merkitsee naisille mahdollisuutta irtaantua riippuvuudesta sekä muuttaa omia ajattelu- ja toimintatapoja muutoksen mahdollistamiseksi. Motivoivaa haas-

tattelua on pidetty ikääntyneille päihdeongelmallisille naisille erityisen sopivana menetelmänä, koska se mahdollistaa tilan antamisen myös keskusteluille naiseudesta ja elämänhallintaan liittyvistä kysymyksistä. (Ks. Miller ja Rollnick 2002; Suhonen 2014, 108.) Muutosprosessin aikana herää erilaisia tunteita vanhojen uskomusten ja käsitysten kyseenalaistuksessa. Tunteiden kohtaaminen ja käsitteleminen ovat toimimisen edellytyksiä. On tärkeää, että naiset kokevat sosiaalityöntekijän ”kanssakulkijaksi”, jolla on merkitys muutosprosessissa. (Vrt. Koski-Jännes ym. 2008.)

Naiset kokivat, että päihdetyötä tekevän sosiaalityöntekijän on hyvä olla nainen. Tutkimusten mukaan naiset hyötyvät sukupuolispesifistä päihdetyöstä (ks. Suhonen 2014). Asioista puhuminen koetaan helpommaksi toiselle naiselle kuin miehelle:

Päihdetyöntekijän pitää olla nainen, on niin kuin tuttavvan puoleinen sillä tavalla. Naiselle olisi helpompi kertoa asioistaan. (H4)

Sosiaalityöntekijän pitäisi mieluummin olla nainen. Nainen ymmärtää toista naista paremmin, miehet eivät ymmärrä. (H5)

Naiset arvostavat sitä, että heitä kuunnellaan ja heiltä kysytään, miten he haluavat itseään autettavan. Sosiaalityöntekijän pitää osata eläytyä naisten päihdeongelmaan ja ymmärtää asioita naisten elämämaailmasta käsin. Koko elämäntilanne, jossa asiakassuhde on vain pieni osa, vaikuttaa ikääntyneen naisen motivoitumiseen ja hoitoon sitoutumiseen (Suhonen 2014, 105). Luottamuksen rakentaminen ja pienin askelin eteneminen on tärkeää, jotta naiset eivät kokisi itseään kyvyttömiksi ja lopettaisi kuntoutusta kesken.

Sosiaalityöntekijät tarvitsevat täydennys- ja lisäkoulutusta ikääntymisestä, siihen liittyvistä toimintakyvyn muutoksista sekä ikääntyneiden hoidontarpeen arvioinnista. Tietoa tarvitaan myös päihdeongelmaisten naisten kulttuurisesta, yhteiskunnallisesta sekä sukupuoleen ja

ikään liittyvästä erityisyydestä (ks. Orjasniemi 2014). Päihde-ehdoitset asioinnit sosiaalipalveluissa kohdistuvat pääosin sosiaalitoimistojen palveluihin (Kuussaari ym. 2012, 648), jotka lisääntyvät päihdeongelmien kasvaessa.

Yhteenveto ja pohdinta

Ikääntyneiden naisten päihdetyöhön ja päihdepalvelujen järjestämiseen vaikuttaa oleellisesti se, mitä heistä ajatellaan yhteiskunnassa ja millaisia arvovarauksia ikääntymiseen ja naisten päihdeiden käyttöön liitetään. Ikääntyneiden naisten päihdeongelmia on vaikea tunnistaa ja niihin puuttuminen on hankalaa, koska naiset eivät välttämättä tunnista päihdeongelmaansa tai puhu siitä muille. Päihdeongelman tunnistaminen määrittää myös päihdeongelmaan puuttumisen mahdollisuuksia. Mini-interventio on yksi selkeä puuttumisen toimintamalli, jota pitäisi käyttää perusterveydenhuollossa ikääntyneiden tapaturmien ja kaatumisien yhteydessä. Terveysasemien päivystysvastaanotot, kotihoido ja katkaisuhoidoite tekevät sairaalat ovat merkittävässä asemassa ongelman tunnistamisessa ja päihdehoidon käynnistämässä. Näiden tahojen tulisi ottaa vastuu tiedon välittämisestä myös sosiaalityöntekijälle.

Ikääntyneiden naisten päihdetyöhön tarvitaan innovatiivista ja ennakkoluulotonta työtä, ja nykyisten käytäntöjen kriittistä arviointia sekä rohkeutta asiakaslähtöisten palvelujen kehittämiseen. On tärkeää kuulla aidosti ikääntyneitä naisia ja ottaa heidät mukaan palvelujen suunnitteluun. Ikääntyneen naisen tuominen keskiöön vaatii sosiaalityöntekijöiltä gerontologiseen päihdetyöhön kouluttautumista ja sukupuolisensitiivistä työtä sekä palveluohjauksen hallintaa ja moniammatillisen verkostotyön osaamista. (Vrt. Kelo ym. 2015, 279; Laapio ym. 2014, 9–10.) Ikääntyneiden naisten päihdetyön käytännössä korostuu yhteistyö sosiaalityön, kotihoidon, perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon

sekä kolmannen sektorin kanssa (vrt. Nykky ym. 2010, 28; Kelo ym. 2015, 77).

Päihdepalveluissa on suuria alueellisia eroja (esim. Kuussaari ym. 2012). Pienillä paikkakunnilla päihdepalvelut ovat vähäisiä ja usein kolmannen sektorin toimijoiden varassa. Suuremmilla paikkakunnilla ongelmana on, että asiakas tipahtaa palvelujärjestelmien väliin, koska mikään taho ei ota selvää ja vastuullista kiinnipitäjän roolia. (Eskola 2012, 3.) Vaikka uusi vanhuspalvelulaki (2012/980) velvoittaa kuntia järjestämään riittävät päihde- ja mielenterveyspalvelut, niin monissa kunnissa päihdepalvelut ovat edelleen riittämättömiä ja palvelutarpeen arviointi sekä palvelujen saannin seuranta eivät ole lain edellyttämällä tasolla. Päihdeongelmainen ei voi olla vain kotihoidon asiakas. Lainsäädännössä korostetaan ikääntyneen itsemääräämisoikeutta sekä toimintakykyä myös tilanteissa, joissa hän tarvitsee ulkopuolista apua. Vanhuspalvelulain tarkoituksena on kehittää kunnan palvelurakenteita niin, että ikääntyneiden pitkäaikainen hoito ja huolenpito voitaisiin toteuttaa pääasiassa kotona. Tämä haastaa gerontologisen sosiaalityön yhdessä muiden palveluiden kanssa pohtimaan uusia menetelmiä kotona asumisen turvaamiseksi. (Koskinen ja Seppänen 2013; Kelo ym. 2015; Koivula ym. 2015.)

Tässä artikkelissa olemme halunneet antaa äänen kotiin linnoittautuneille, hiljaisille ja marginaalissa eläville päihdeongelmansa kanssa kipuileville ikääntyneille naisille. Koti on heille arvokas paikka, mutta omassa kodissa eläminen merkitsi naisille samanaikaisesti myös suurta yksinäisyyttä ja turvattomuutta, mikä lisäsi masennusta, eristäytyneisyyttä ja alkoholin käyttöä. Naiset eristäytyivät koteihinsa liikuntarajoitteiden, häpeän, pelkotilojen ja juomisen ilmitulon seurauksena. Heillä ei ole riittävästi tietoa päihdepalveluista tai hoitomenetelmistä, eivätkä he ole osanneet tai uskaltaneet hakea apua. Osalla naisista oli kokemusta katkaisuhoidoista terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä lyhyistä laitosjaksoista, mutta ei

kotiin annettavasta päihdetyöstä. Hoitoon naiset olivat lähteneet vasta pakon edessä omaisten ohjaamina, kun he eivät enää kyenneet lopettamaan juomistaan.

Ikääntyneet naiset kokivat tarvitsevansa yksinkertaisia menetelmiä ja työtapoja päihdeongelmansa hoitamiseen. Tiedon saanti olemassa olevista päihdepalveluista koettiin tärkeänä. Kotiin kaivattiin motivointi- ja tukikäyntejä, katkaisuhuoltoja sekä hoidon jälkeistä kuntoutusta. Sosiaalityöntekijältä toivottiin apua tarvittavien sosiaali- ja terveystalveluiden saamiseen sekä tukihenkilötoiminnan käynnistämiseen. Tuen tarve oli ajoittain ympärivuorokautista. Naiset toivoivat tukihenkilöiden vierailuja ja tukea harrastustoimintaan osallistamiseen. Ikääntyneille naisille sukupuolella on merkitystä; sosiaalityöntekijän ja tukihenkilön tulee olla naisia. Päihdeongelmasta huolimatta naiset odottavat, että heidän itsemääräämisoikeuttaan ja osallisuuttaan kunnioitetaan. Työntekijöiden pitää kunnioittaa naisten henkilökohtaisia rajoja ja ymmärtää kodin yksityisyyden ja erityisyyden merkitys työskentelypaikkana.

Naisten esiin nostamien tarpeiden, toiveiden ja kirjallisuuden pohjalta kehitetyn kotiin jalkautuvan päihdetyön mallin keskeiset menetelmät ovat puheeksi ottaminen, tukea antavat ja motivoivat keskustelut, kotikäynnit, palveluohjaus, tukihenkilötoiminta ja moniammatillinen yhteistyö. Työskentelyn kulmakiviä ovat asiakaslähtöisyys, osallistaminen, suunnitelmallisuus ja jatkuvuus. Mallin keskiössä on päihdeongelmaisen ikääntyneen naisen ja sosiaalityöntekijän kohtaaminen. Naiset kokivat, ettei kukaan ole ottanut heistä vastuuta. Kotiin jalkautuvassa mallissa on kyse jaetusta vastuusta, jota sosiaalityöntekijä koordinoi. Malli on kehitetty kotona asuvien, ikääntyneiden päihdeongelmisten naisten elämäntilanteiden ja tarpeiden pohjalta, mutta sitä

voi soveltaa myös ikääntyneiden kotona asuvien päihdeongelmisten miesten kanssa työskentelyyn. Kotiin jalkautuva päihdetyö tukee ikääntyneiden kotona selviytymistä, ehkäisee heidän syrjäytymistään ja vahvistaa osallisuutta sekä oikeutta ihmisarvoiseen elämään myös elämän loppupuolella. Malli soveltuu erityisesti pienille paikkakunnille, joissa ei ole eriytettyjä päihdepalveluja vaan päihdetyö on osa yleistä sosiaalityötä.

Tutkittava ilmiö ja aihetta käsittelevä tutkimuskirjallisuus toivat esiin selkeän tarpeen kehittää gerontologista päihdetyötä, joka yhdistää gerontologisen tietämyksen ja päihdeosaamisen. Vaikka aineisto on pieni, niin haastateltujen naisten kokemus sekä aikaisemmat tutkimukset tuovat esiin ikään ja sukupuoleen liittyvät merkitykset. Ikääntyneiden päihdeongelmisten asiakkuuteen liittyvä erityisyys tulisi huomioida jo sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden peruskoulutuksessa. Koulutusta tarvitaan naisten päihdeongelmista, ikääntymisen ja päihteiden käytön vaikutuksista, ongelmakäytön tunnistamisesta ja puheeksi otosta. (Esim. Niiranen ja Tuomela-Jaskari 2009; Orjasniemi 2014.) Gerontologisen päihdetyön menetelmiä on kehitetty erilaisissa hankkeissa, joten tietoa ja osaamista ilmiöstä on olemassa. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että tieto on hajallaan eri tahoilla ja eri puolilla Suomea, eikä sitä hyödynnetä riittävästi käytännön työntekijöiden osaamisen vahvistamiseksi. Kokonaiskuva ja ymmärrys gerontologisesta päihdetyöstä teoriana, käytäntönä ja tutkimusalana on vasta kehittymässä.

Yhteydenotto:

Tarja Orjasniemi, YTT, Yliopistonlehtori (ma)
Lapin yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta,
Sosiaalityö
Sähköposti: tarja.orjasniemi@ulapland.fi



Kirjallisuus

- Aejmelaeus R, Kan S, Katajisto K-R ym. Erikoistu vanhustyöhön – osaamista hyvään arkeen. WSOY, Helsinki 2007.
- Blow, FC, Gillespie, BW, Barry KL. Use and Misuse of Alcohol among Older Women. Luettavissa: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh26-4/308-315.htm> (käytetty 9.12.2015).
- Draper B, Ridley N, Johnco, C ym. Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings. *International Psychogeriatrics* 27:1, 157–166, 2015.
- Eskola J, Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Vastapaino, Tampere 2008.
- Eskola K. Jalkautuvan kiinnipitämisen toimintamallin kehittämishanke. KiipIt- projekti (2009–2012), Loppuraportti 22.11.2012.
- Haarni I, Hautamäki L. Ikääntyvät juomatavat. Elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Gaudamus, Helsinki 2008.
- Havio M, Inkinen M, Partanen A. Päihdehoitotyö. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä 2008.
- Holmberg J, Salo-Chydenius S, Kurki M ym. Päihdehoitotyö ja ihmisen elämäkulkku. Teoksessa: Päihdehoitotyö, s. 382–392. Toim. Partanen A, Holmberg J, Inkinen M ym. Sanoma Pro Oy, Helsinki 2015.
- Hänninen K. Asumisyksiköstä kodiksi kohti tuettua ja hyvää vanhenemista. Teoksessa: Kaikki hyvin kotona? Ikääntyneiden arjen hallinta tuetun asumisen yksiköissä, s. 17–22. Toim. Laapio M-L, Hänninen K. Sininauhaliitto, Helsinki 2014.
- Ikonen E-R. Kehittyvä kotihoito. Edita, Helsinki 2013.
- Ikääntyneiden päihdetyö -hanke. Sininauhaliitto. Luettavissa: <http://www.ikaantyneidenpaihde-tyo.fi/>. (käytetty 7.6.2016).
- Jyrkämä J. Toimijuus ja toimijatilanteet. Aineksia ikääntymisen arjen tukemiseen. Teoksessa: Vanhuus ja sosiaalityö. Sosiaalityö avuttomuuden ja toimijuuden välissä, s. 195–217. Toim. Seppänen M, Karisto A, Kröger T. PS- kustannus, Jyväskylä 2007.
- Kelo S, Launiemi H, Takaluoma M ym. Alkoholin riskikäytön havaitseminen. Teoksessa: Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö, s. 141–142. Toim. Kelo S, Launiemi H, Takaluoma M ym. Sanoma Pro Oy, Helsinki 2015.
- Koivula R, Vilkkio A, Tigerstedt C ym. Miten iäkkäiden henkilöiden alkoholi-ongelmat näkyvät kotihoidon työntekijöiden työssä? *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (5): 482–489, 2015.
- Koski-Jännes A, Riittinen L, Saarnio P. Kohti muutosta – motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Tammi, Helsinki 2008.
- Koskinen S, Seppänen M. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa: Gerontologia, s. 444–453. Toim. Heikkinen E, Jyrkämä J, Rantanen T. Duodecim, Helsinki 2013.
- Kuussaari K, Ronkainen J-E, Partanen A ym. Kuntoutuksesta katkaisuun Päihdetapauslaskenta palvelujärjestelmän kuvaajana. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (6): 640–655, 2012.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista. 28.12.210/980.
- Laapio M-L, Hänninen, K. Kaikki hyvin kotona? Ikääntyneiden arjen hallinta tuetun asumisen yksiköissä. Sininauhaliitto, Helsinki 2014.
- Lappalainen- Lehto R, Romu M-L, Taskinen M. Haasteena päihtet – ammatillisen päihdetyön perusteita. WSOY, Helsinki 2007.
- Levo T. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Sininauhaliitto, Helsinki 2008.
- Levo T, Viljanen M, Koivula R, Aira M. Ikääntyvän ääntä kuunnellen- taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Vammalan kirjapaino Oy, Helsinki 2008.
- Malinen B. Häpeän monet kasvot. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2009.
- Miller, W.R, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people for change. Guilford Press, New York 2002.
- Niiranen P, Tuomela-Jaskari S. Haasteena ikäihmistien päihdeongelma? Selvitys ikäihmistien päihdeongelman esiintyvyydestä pohjalaismaakunnissa. Seinäjoen ammattikorkeakoulun julkaisusarja B, Raportteja ja selvityksiä 40, 2009.
- Nykky T, Heino T, Myllymäki E ym. Ikääntyminen ja päihtet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Kehittämiskeskus Tyynelä, Kirjapaja, Helsinki 2010.
- Oakley A. Experiments in knowing. Gender and method in the social sciences. Polity Press, Cambridge 2000.

- Oinas E. Haastattelu: kokemuksia, kohtaamisia, kerontaa. Teoksessa: Feministinen tietäminen. Kesustelua metodologiasta, s. 209–227. Toim. Liljeström M. Vastapaino, Tampere, 2004.
- Orjasniemi, T. Moniammatillisen päihdetyön käytäntöjä kehittämässä – kohdeilmiöitä, menetelmiä, strategioita ja rajapintoja (toim). Lapin yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja, C. Työpapereita 57, 2014.
- Palojärvi H. Vertaistuki voimaantumisen välineenä sosiaalityössä. Miten NOVAT-ryhmä auttaa kun naisella on paha olo. Sosiaalityön ammatillinen lisensiaatintutkimus, Yhteisösosiaalityö, Helsingin yliopisto 2009.
- Pajunen, T. Pilke-työn merkitys ikääntyneen arjen hallinnassa. Teoksessa: Kaikki hyvin kotona? Ikääntyneiden arjen hallinta tuetun asumisen yksikössä. Toim. Laapio, M-L, Hänninen K. Sini-nauhaliitto. Helsinki 2014.
- Partanen A, Kurki M: Päihdehoitotyön ulottuvuudet ja toimintaympäristöt. Teoksessa: Päihdehoitotyö, s. 201–203. Toim. Partanen A, Holmberg J, Inkinen M ym. Sanoma Pro Oy, Helsinki 2015. Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.
- Ray M, Bernand M, Phillips J. *Critical Issues in Social Work with Older People*. Palgrave Macmillan, New York 2009.
- Ray M, Phillips J. *Social Work Older people*. First edition 1983. Palgrave Macmillan, New York 2012.
- Rintala J. Iäkkäiden alkoholin käyttö on yleistynyt. Teoksessa: Alkoholiriippuvuus, s.119–124. Toim. Seppä K, Alho H, Kiianmaa K. Duodecim, Hämeeenlinna 2010.
- Salonen K. Sosiaalinen näkökulma vanhuudessa. Teoksessa: Sosiaalisen toiminnan perusta. Toim. Kotiranta T, Niemi P, Haaki, R. Gaudeamus, Helsinki 2011.
- Siltala P. Nainen ja masennus. Gummerus kirjapaino Oy, Helsinki 2007.
- Suhonen H. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja Nro 8, A-klinikkasäätiö, Helsinki 2005.
- Suhonen H. Ikääntyneiden alkoholi-ongelmat. Todelisuuden monet kasvot -artikkelikokoelma, Turun yliopisto 2014.
- Tedre S. Asunnon vangit – ulos pääseminen sosiaalisena ongelmana. Teoksessa: Vääräyskirja, s. 161–172. Toim. Helne T, Laatu M. Kelan tutkimusosasto, Helsinki 2006.
- Tietopuu. A-Klinikkasäätiö. Luettavissa: <http://www.a-klinikka.fi/tietopuu/teema/vertaisjarjestoja> (käytetty 5.6.2016)
- Viljanen M. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. *Tiimi* 1/2010.
- Vilkko A, Finne-Soveri H, Sohlman B ym. Kotona asuvien ikäihmisten kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö ja omaisten hoivavastuu. Teoksessa: Alkoholi ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle, s.142–153. Toim. Warpenius K, Tigerstedt C, Holmila M, THL 2013.
- Wadd S, Lapworth K, Sullivan M ym. Working with older drinkers. Tilda Goldberg Centre for social work and social care. University of Bedfordshire 2011. Luettavissa: http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/FinalReport_0085 (käytetty 6.6.2016)
- Wallace C, Black DJ, Fothergill A. Integrated assessment of older adults who misuse alcohol. *Nursing standards* 24:33, 51–57, 2010.
- Ylinen, S. Gerontologinen sosiaalityö: tiedonmuodostus ja asiantuntijuus. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 155, Kuopio 2008.