

Tove Rintamäki
Marjut Salimäki

Ikääntyvien alkoholimentia

Opas kotihoidon hoitajille

Opinnäytetyö

Syksy 2011

Sosiaali- ja terveysalan yksikkö, Seinäjoki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)



SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Seinäjoen ammattikorkeakoulu

Koulutusohjelma: Hoitotyö

Suuntautumisvaihtoehto:

Tekijät: Tove Rintamäki ja Marjut Salimäki

Työn nimi: Ikääntyvien alkoholimentia – Opas kotihoidon hoitajille

Ohjaaja: THM Katriina Kuhalampi ja TtM Tarja Knuuttila

Vuosi: 2011

Sivumäärä: 31

Liitteiden lukumäärä: 1

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli tehdä kirjallinen opas ikääntyvien alkoholimentiaasta Seinäjoen kotihoidon hoitajille. Tavoitteena oli oppaan avulla antaa tietoa ja keinoja kohdata kotihoidossa alkoholimentiaa sairastava asiakas. Opas antaa käytännönläheisiä ohjeita ja neuvoja siitä miten tunnistaa ja kohdata alkoholimentiaa sairastava kotihoidon asiakas. Opinnäytetyömme aiheen valitsimme, koska ikääntyneiden alkoholiongelmat ovat lisääntyneet huomattavasti. Suhosen (2009) mukaan on arvioitu, että Suomessa 5-10 %:lla yli 64-vuotiaista olevan ajoittain alkoholiongelmaa - ja riskikäyttöä. Terveiden - ja päihdehuollon työntekijöiden kokemusten mukaan ikääntyvien päihdeongelmiin liittyy entistä useammin niin sanotut kaksoisdiagnoosit, johon kuuluu myös alkoholimentia.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tehtiin opas Seinäjoen kotihoidon hoitajille. Erilaisista muistihäiriöistä kotihoidossa oli jo oppaita, mutta juuri alkoholimentiaa käsittelevää opasta ei ollut. Teoreettisessa viitekehyksessä käsiteltiin yleisesti kotihoidon tarkoitusta, tehtäviä ja toimintaa ikääntyvien kotona selviytymisessä sekä Seinäjoen kotihoidon toimintaperiaatteita. Käsiteltiin ikääntyvien alkoholinkäyttöä sekä siitä aiheutuvaa alkoholimentiaa sairautena sekä mitä pitää ottaa huomioon alkoholimentiaa sairastavan asiakkaan hoitotyössä kotona. Perehdyttiin kuinka hyvä kirjallinen opas suunnitellaan ja toteutetaan tutkittuun tietoon perustuen.

Toiminnallisen opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymykseen: Millainen on hyvä kirjallinen opas ikääntyvien alkoholimentiaasta Seinäjoen kotihoidon hoitajille? Oppaassa käsiteltiin alkoholimentiaan liittyvät oleelliset asiat. Kokosimme oppaan tutkitun tiedon pohjalta, monista eri lähteistä. Mielestämme käytäntöön soveltuva opas tulee olla selkeä ja helppolukuinen. Tulevaisuuden kehittämishaasteena voisi olla tutkimus, joka selvittää, kuinka paljon Seinäjoen kotihoidon alueella on alkoholimentiaa sairastavia asiakkaita.

Avainsanat: Alkoholimentia, ikääntyneet, kotihoito, hyvä kirjallinen ohje

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: Seinäjoki University of Applied Sciences
Degree programme: Nursing

Authors: Tove Rintamäki, Marjut Salimäki

Title of thesis: Alcohol Dementia of Elderly People - Guide to home care nurses

Supervisors: Katriina Kihalampi, MNSc, Senior Lecturer and Tarja Knuuttila, MNSc, Lecturer

Year: Autumn 2011 Number of pages: 31 Number of appendices: 1

The purpose of the study was to compile a guide on elderly people's alcohol dementia for home care nurses in Seinäjoki. The aim was to provide information and ways to meet to face home care clients who suffer from alcohol dementia. The guide gives practical instructions and advice on how to identify and encounter clients who suffer from alcohol dementia. We selected the topic because alcohol problems whit elderly have increased significantly. According to Suhonen (2009), it is estimated that 5-10 percent of over 64- year-olds have occasional alcohol problems or overuse in Finland. In the experience of professionals in health and substance abuse services, substance abuse problems today often involve a so-called dual diagnosis, including alcohol dementia.

The outcome of this action-based thesis was a guide for Seinäjoki home care nurses. Guides on different types of memory disorders in home care already existed, but there was no guide on alcohol dementia. The theoretical framework of this work deals with the general purpose and field of action of home care in supporting elderly people at home as well as with Seinäjoki home care policies. The thesis also discusses older people's use of alcohol, alcohol dementia as a result of excessive use, and factors to be taken into account in the home care of elderly people with alcohol dementia. We also examined the planning and implementation of a good evidence-based guide.

This action-based thesis sought to answer the question "what is a good written guide on elderly people's alcohol dementia like"? The guide contains all relevant issues related to alcohol dementia. We compiled the evidence-based information from a variety of sources. We believe that in practice a suitable guide must be clear and easy to read. As a future development challenge, we suggest a study to find out the number of clients with alcohol dementia in Seinäjoki region.

Keywords: Alcohol dementia, elderly, good written guide

SISÄLLYS

OPINNÄYTETYÖN TIIVISTELMÄ.....	2
THESIS ABSTRACT	3
1 JOHDANTO	5
2 KOTIHOITO	6
2.1 Hoitotyö kotihoidossa	6
2.2 Kotihoidon toiminta.....	7
3 ALKOHOLINKÄYTTÖ JA SIITÄ AIHEUTUVA DEMENTIA.....	10
3.1 Ikääntyvien alkoholinkäyttö	10
3.2 Alkoholidementia sairautena	12
3.3 Alkoholidementiaa sairastavan hoitotyö	14
4 HYVÄ KIRJALLINEN OPAS.....	17
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ	19
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS	20
6.1 Toiminnallisen opinnäytetyön menetelmä.....	20
6.2 Yhteistyöorganisaation kuvaus.....	21
6.3 Oppaan suunnittelu	22
6.4 Oppaan toteutus	22
6.5 Oppaan tekemisen arviointi.....	24
7 POHDINTA.....	25
LÄHTEET.....	28

1 JOHDANTO

Suhosen (2009) mukaan Suomessa arvioidaan 5-10%:lla yli 64-vuotiaista ainakin ajoittain olevan alkoholin ongelma- ja riskikäyttöä. Sekä ikääntyminen että päihteiden liiallinen käyttö ovat suhteellisia ja kulttuurisidonnaisia ilmiöitä. Päihdehuollon, terveydenhuollon, kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät ovat viime aikoina todenneet ikääntyneiden asiakkaiden määrän olevan kasvussa. Terveys- ja päihdehuollon työntekijöiden kokemusten mukaan ikääntyneiden päihdeongelmiin liittyy entistä useammin niin sanotut kaksoisdiagnoosit, alkoholidementia, alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttö sekä jokin muu addiktio eli riippuvuus, kuten esimerkiksi peliriippuvuus. Ikääntymisen mukanaan tuomat sairaudet, rajoitteet ja lääkitys ovat päihteidenkäytön yhteydessä arvaamaton riski. Muun muassa ikääntyneiden liiallisesta päihteidenkäytöstä aiheutuvat kognitiiviset oireet ja alkava dementia ovat vaikeasti toisistaan erotettavissa. Yksinäisyys, masennus ja ulkopuolisuuden kokemukset sekä liiallinen alkoholin käyttö nivoutuvat myöhemmällä iällä myös toisiinsa. (Suhonen 2009.)

Opinnäytetyömme aiheena on ikääntyvien alkoholin käyttö ja siitä seuraava alkoholidementia. Valitsimme aiheen siksi, että ikääntyvien ihmisten alkoholiongelmat ovat lisääntyneet huomattavasti. Alkoholin liikakäyttöön liittyy muitakin ongelmia, mutta rajasimme opinnäytetyön käsittelemään ainoastaan alkoholidementiaa. Rajasimme myös aiheemme vain ikääntyneiden sairastamaan alkoholidementiaan, vaikka nuorikin ihminen voi siihen sairastua liiallisen alkoholinkäytön seurauksena. Opinnäytetyömme tarkoitus on tehdä kirjallinen opas ikääntyvien alkoholidementiasta Seinäjoen kotihoidon hoitajille. Tässä opinnäytetyössä kotihoidossa työskentelevillä hoitajilla tarkoitetaan kodinhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, sosionomeja, sairaanhoitajia, geronomeja sekä terveydenhoitajia. (Ikonen & Julkunen 2007,144.) Käytämme opinnäytetyössä jatkossa kaikista näistä eri ammattinimikkeistä nimitystä hoitaja. Ammattiroolina hoitaja on hoitaja siksi, että hänellä on hallinnassa alan tiedot ja taidot sekä käytössään asema, joka antaa hänelle hoidon edellyttämät ulkoiset valtuudet sekä resurssit. Asiakas tarvitsee hoitajan apua, koska hän ei voi itse itseään auttaa. Silloin hoitaja osaa sen, mitä hänen asiakkaansa ei osaa. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 77.)

2 KOTIHOITO

2.1 Hoitotyö kotihoidossa

Kotihoidolla tarkoitetaan sellaista hoitoa ja palvelua, jossa ikääntyvät ovat suurimman osan vuorokaudesta kodissaan erilaisten palvelujen piirissä. Kotihoitoon kuuluvat kotipalvelu, kotona tapahtuva sairaanhoito sekä terveydenhuollon ehkäisevä työ ja tukipalvelut. Kotihoito sisältää monipuolista ikääntyneen henkilökohtaiseen huolenpitoon sekä jokapäiväiseen elämään kuuluvissa toimissa avustamista ja niiden suorittamista. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2002, 100.)

Kotihoidon hoitaja auttaa ja tukee asiakasta hänen päivittäisissä toiminnoissaan esimerkiksi hygieniasta huolehtimisessa, ruokailussa ja fyysisen, psyykkisen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämisessä. Lisäksi hoitaja huolehtii asiakkaan elinympäristöstä. Vanhuspalvelujen lähtökohtana on ikäihmisten arvostaminen, itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä heidän yksilöllisiin tarpeisiinsa vastaaminen. Aina se ei ole yksinkertaista ja syntyy hoitotyön eettisiä ristiriitoja. Kotihoidossa ristiriitoja voidaan ratkaista sosiaali – tai terveydenhuollon etiikasta tarkasteltuna, koska siellä työskentelee terveydenhoitoalan ammattilaisia. Eri ammattiryhmien eettiset periaatteet antavat ammattihenkilöstölle toimintaohjeita työhön, johon liittyy ammattiasemaan liittyvää valtaa sekä mahdollisuuksia vaikuttaa asiakkaiden elämään. (Taittonen 2011,7,14.)

Taittosen (2011) tekemä tutkimus on ajankohtainen, koska kotihoidon asiakasmäärä on lisääntymässä valtakunnallisesti huomattavasti. Tavoitteena on, että 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä 91 -92% asuu kotona itsenäisesti tai palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettyjen sosiaali- ja terveystalvelujen turvin vuoteen 2012 mennessä. Kotihoidon asiakkaat muuttuvat entistä huonokuntoisemmiksi ja siten haasteellisimmiksi hoitaa kotona. Henkilökuntamitoitus ei ole kasvanut sa-

maa vauhtia kuin asiakasmäärät ja lisääntynyt hoidollisuus ovat vaatineet. (Taittonen 2011,1.)

2.2 Kotihoidon toiminta

Kotihoitoa ohjaavat terveydenhuoltolaki, kansanterveyslaki ja sosiaalihuoltolaki. *”Terveydenhuoltolailla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinnällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoidoa, kotisairaanhoidoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa; perusterveydenhuollosta voidaan käyttää myös nimitystä kansanterveystyö.”* (L 30.12.2010/1326). *”Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa.”* (L 28.1.1972/66). *”Sosiaalihuollolla tarkoitetaan tässä laissa sosiaalipalveluja, toimeentulotukea, sosiaaliavustuksia, sosiaalista luottoa ja niihin liittyviä toimintoja, joiden tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksityisen henkilön, perheen sekä yhteisön sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä.”* (L17.9.1982/710).

Seinäjoen alueella kotipalvelu ja kotisairaanhoido ovat yhdistyneet samaksi yksiköksi, kotihoidoksi. Kotihoito muodostaa yhteisen tiimin, mikä tehostaa resurssien käyttöä. Yhdistäminen vähentää palveluiden päällekkäisyyksiä, sekä lisää eri koulutuksen saaneiden työntekijöiden yhteistyötä (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 343).

Ikääntyneiden palvelujen laatusuositus koskee ikääntyneiden säännöllisesti käytämiä palveluja, kuten palveluasumista, kotihoitoa, omaishoidon tukea, pitkäaikais- ta hoivaa ja hoitoa tehostetun palveluasumisen yksiköissä ja laitoksissa, sekä laajemmin ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia. Keskeinen perusarvo on ihmisarvon kunnioittaminen. (Ikäihmisten laatusuositus.2008.)

Ihmisarvoisen elämän turvaavia ja eettisiä periaatteita ovat itsemäärämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuus. Itsemäärämisoikeudella tarkoitetaan, että ikääntynyt ihminen pystyy tekemään tietoisia valintoja ja että hän saa päätöksentekoaan varten tietoa sekä muuta tukea. Oikeudenmukaisuus, joka liittyy inhimillisten tarpeiden tyydyttämiseen ja hyvinvointiin. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa myös syrjinnän estämistä, epäoikeudenmukaisuuteen puuttumista sekä erilaisuuden hyväksymistä. Osallisuutta voidaan tarkastella sekä yksilön että koko yhteiskunnan tasolla. Yksilön tasolla kyse on osallisuuden periaatteen tekemistä näkyväksi ikääntyneiden palveluissa, sosiaalisen toimintakyvyn ylläpitämistä, vahvistamista sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden turvaamista niin, että ihminen on iäkkäänäkin yhteisönsä täysivaltainen jäsen. Laajemmassa tarkastelussa osallisuus merkitsee ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa yhteiskunnan ja elinympäristön kehittämiseen. Yksilöllisyys korostaa ihmisen näkemistä ainutlaatuisena, yksilöllisenä persoonana. Yksilöllisyys tarkoittaa myös vapautta ja valinnanmahdollisuuksia sekä vastuunottoa omasta elämästä. Turvallisuus tarkoittaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen turvallisuuden luomista. Turvallisuuden periaatetta toteutetaan muun muassa turvaamalla sosiaalisen tuen ja palvelujen saataavuus, laatu ja luottamus palveluntuottajien sekä kuntalaisten välillä. Turvallisuutta toteutetaan huolehtimalla palo- ja muusta turvallisuudesta sekä ehkäisemällä tapaturmia, väkivaltaa ja kaltoinkohtelua. Jokaiselle on turvattava oikeus arvokkaaseen vanhuuteen ja hyvään kohteluun asuin - ja hoitopaikasta tai hoidon ja palvelun tarpeesta riippumatta.(Ikäihmisten laatusuositus.2008.)

Eettisesti kestävä hoidon perusta on ikääntyneen kohtelu yksilönä. Hoidon lähtökohtana on ikääntyneen omat tarpeet ja toiveet sekä kunnioittaa hänen arvojaan ja arvostaa hänen näkemyksiään. Hoidon suunnittelussa otetaan huomioon terveydentila, toimintakyky, läheisten apu sekä ikääntyneen koko sosiaalinen verkosto. Ikääntyneillä on oikeus saada hoitotarpeensa arvioiduksi, tulla kuulluksi ja hoidetuksi kokonaisvaltaisesti. Hyvässä hoidossa tuetaan ja vahvistetaan ikääntyneen jo olemassa olevia fyysisiä ja henkisiä kykyjä sekä voimavaroja. Hyvinvointia ja toimintakykyä ylläpitävät monipuolinen ja terveellinen ravinto, arkipäivän toimet, säännöllinen liikunta sekä asunnon ja asuinympäristön esteettömyys. Kotona selviytymistä tuetaan tarjoamalla arjen askareita ja liikkumista helpottavia apuvälineitä ja erilaisia tukipalveluita. Toimintakyvyn ylläpitämiseksi tarvitaan usein lääkkeitä

ja kuntoutusta. Jos ikäännytynyt on huonokuntoinen, hän tarvitsee monenlaista apua. Hoidon suunnitteluun tarvitaan moniammatillista yhteistyötä ja ammattitaitoa. Parhaimmillaan tämä yhteistyö turvaa tarvittavan asiantuntemuksen sekä hyvät ja riittävät palvelut, mutta sen vaarana voi olla pirstaleinen, monen työntekijän huonosti koordinoitu hoitotyö. Hoitajien jatkuva vaihtuminen aiheuttaa ikääntyvällä asiakkaalla turvattomuuden tunnetta tai jopa turvallisuusriskejä. Kun ammattihenkilöt arvioivat tilannetta, on oireiden ja sairauksien lisäksi otettava huomioon ikääntyneen terveyshistoria, sosiaalinen ympäristö sekä tilanteen ennuste. Hoidon tavoite ja usein myös ikääntyneen oma toive on asua kotona tai tutussa ympäristössä mahdollisimman pitkään. On kuitenkin huolehdittava siitä, etteivät juuri huonokuntoiset ja runsaasti palveluita tarvitsevat ikääntyneet joudu elämään yksinäisinä ja kotiinsa eristettyinä jatkuvasti vaihtuvien palveluiden varassa. (ETENE 2008.)

3 ALKOHOLINKÄYTTÖ JA SIITÄ AIHEUTUVA DEMENTIA

3.1 Ikääntyvien alkoholinkäyttö

Viime aikoina on ollut paljon julkisuudessa esillä ikääntyvien alkoholinkäyttö. Omaiset ovat olleet huolissaan ja kaivanneet ohjeita, miten suhtautua iäkkäiden läheisten juomiseen. Myös kotipalvelualan henkilöstö ja muut iäkkäiden parissa työskentelevät ovat joutuneet ottamaan kantaa iäkkäiden alkoholiongelmiin. Yleisimmin on mietitty, minkälaisia palveluja tulisi järjestää ja kuinka resurssit riittävät kun alkoholinkäyttö aiheuttaa huomattavia kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuoltoalalle. Viimeinen juomatapatutkimus on osoittanut, että alkoholinkäyttö on lisääntynyt vuosina 2000-2008 erityisesti tutkimuksen kohteena olleessa vanhimmassa ikäryhmässä eli 50-69-vuotiaiden keskuudessa. (Ahlström & Mäkelä 2009, 674.)

Alkoholin suurkuluttaja on henkilö, jonka runsas alkoholinkulutus on potentiaalinen terveysriski. Riskimäärät ovat yksilöllisiä ja riippuvat henkilön sukupuolesta, iästä, painosta ja terveydentilasta. Miehillä kertakulutusraja on seitsemän alkoholiannosta ja suurkulutusraja on 24 alkoholiannosta viikossa. Naisilla kertakulutusraja on viisi alkoholiannosta ja suurkulutusraja 16 alkoholiannosta viikossa. Viikottaisten riskirajojen ylittyessä pidempään on henkilöllä keskimääräistä suurempi vaara saada alkoholikäyttönsä takia fyysisiä tai psyykkisiä oireita ja sen aiheuttamaa mahdollisten sairauksien pahenemista. Alkoholin suurkulutus on melko yleinen ongelma. Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tehdyissä selvityksissä on naispotilaista todettu olevan suurkuluttajia noin 10% ja miespotilaista lähes 20%. (Seppä 2003, 57.) Iän myötä kehon nestepitoisuus vähenee ja rasvakuoksen suhteellinen osuus lisääntyy. Yli 65-vuotiaille naisille ja miehille asetettu riskikulutuksen raja on kaksi annosta kerralla tai seitsemän annosta viikossa.

Alkoholi on ehdottomasti yleisin päihde ikääntyneillä. Suurin osa ikääntyneistä alkoholinkäyttäjistä on miehiä, mutta naiset ovat myös lisänneet käyttöönsä. Lähes kaikki alkoholia käyttävät ikääntyneet ovat käyttäneet sitä jo aikaisemminkin elämässään. Ikääntyminen tuo tullessaan myös normaaleja kriisejä elämään, kuten leskeksi jäämistä tai asumismuodon muuttamista, jolloin näissä tilanteissa alkoholinkäyttö saattaa lisääntyä. (Matinlompola 2002.)

Terveydenhuollossa ja A-klinikkatoiminnassa on kehitetty yksilökeskeisiä niin sanottuja mini-interventiomalleja eli lyhytneuvonta- tai puheeksiottomalleja, joiden tavoitteena on auttaa riskikäyttäjää näkemään alkoholin suurkulutuksen riskit omalla kohdallaan. Se on tehokas tapa vaikuttaa alkoholinkäyttöön sekä ehkäistä alkoholin aiheuttamia haittoja. Lyhytneuvonnan tarkoituksena on vähentää alkoholin liiallista kulutusta. Mallin avulla asiakasta tuetaan ja motivoidaan vähentämään alkoholinkäyttöä ja mahdollisesti lopettamiseen vähitellen kokonaan. Mitä varhaisemmin alkoholin riskikäyttöön puututaan, sitä parempi mahdollisuus on siihen vaikuttaa. Riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista mittaavista testeistä AUDIT-testi on tunnetuin ja käytetyin. (Vuori -Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007,131.) AUDIT-testi sai alkunsa 1980-luvulla, kun Maailman terveysjärjestö, WHO antoi tutkijaryhmän tehtäväksi kehittää kyselyn, jonka avulla voi helposti tunnistaa alkoholin käytön aiheuttamia riskejä terveydenhuollon asiakkaiden parissa. AUDIT-testin kysymyksistä saa monipuolisen kuvan juomiseen liittyvistä riskeistä ja haitoista. Kokonaispistemäärä ilmaisee riskin yleisen tason ja asteen. Testin kysymykset koskevat viimeksi kulunutta vuoden jaksoa. Testin tarkoituksena on erotella vähän juovat ja niiden, joiden juomisen aiheuttama riski on koholla. Testin avulla halutaan löytää ne, joiden juominen vasta alkaa aiheuttaa pulmia ja näin ehkäistä ongelmien pahenemisen. (Alkoholinkäytön riskit 2011.)

Alkoholiongelma on yhteiskunnallisesti keskeinen terveysuhka. Suomessa on arvioitu, että alkoholin riskikäyttäjää eli henkilöitä, joille alkoholinkäyttö muodostaa terveysriskin, on 300 000–500 000. Alkoholiongelman havaitsemisessa, ehkäisyssä ja hoidossa terveydenhuollolla on keskeinen asema. Tärkein alkoholiongelman diagnosointikeino on keskustelu potilaan kanssa. Joka toisella alkoholista riippuvaisella on lievähkö dementia. Alkoholin ongelmakäyttö voi vaurioittaa lähes jokaista elintä, mutta toistaiseksi ei tiedetä, miksi joku saa alkoholin

aiheuttaman elinvaurion ja miksi joku toinen välttyy siltä. (Alkoholiongelmaisen hoito 2011.)

3.2 Alkoholidementia sairautena

Jatkuva suuriannoksinen alkoholinkäyttö heikentää kognitiivisia kykyjä, harvoin kuitenkaan dementiaan saakka. Jos kuitenkin alkoholin suurkuluttajalle kehittyy dementia on potilaalla usein myös muita altistavia tekijöitä, kuten puutteellisesta ruokavaliosta johtuva B- vitamiinien puutostila tai humalassa saatu aivovamma. Alkoholidementiassa asiakkaalla on hyvin usein vaikeuksia toiminnanohjauksessa, aloitekyyttömyytenä tai estottomuutena sekä myös huono lähimuisti ja vaikeuksia sanojen tuottamisessa. (Sulkava 2010, 132.) Alkoholidementialla tarkoitetaan oireistoa, johon liittyy erityisesti lähimuistin heikentyminen, persoonallisuuden muutokset, sosiaalisen selviytymisen ja työkyvyn heikkeneminen, sekä henkisen toimintojen aleneminen. Lisäksi liikkumisessa tyypillisiä ongelmia ovat katkokävely, tasapainovaikeudet ja vapina. (Härmä 2010.) Alkoholidementia voidaan todeta kliinisellä tutkimuksella, jossa havaitaan persoonallisuuden muutoksia ja heikentynyt muisti. (Wattis & Seymour 2001,11). Oireena on huimaus, josta aiheutuu horjuva ja leveäraiteinen kävely. Alkoholidementia aiheuttaa myös ääreishermostovaurioita, jotka ilmenevät jalkateristä alkavina hiljalleen pahenevina tuntohäiriöinä, kipuherkkyytenä tai tunnottomuutena. Vähitellen häiriö nousee jalkoihin ja käsien hermot alkavat myös vaurioitua. Myöhemmin myös vartalolla esiintyy tunnottomuutta, joka aiheuttaa kävelyvaikeuksia ja liikuntakyvyttömyyttä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 78.)

Alkoholisteilla esiintyy aivokuduskatoa eli aivoatrofiaa, joka voi aiheuttaa dementiaa. Pikkuaivoatrofiaa tavataan noin neljäsosalla alkoholisteista. Syntymekanismi on edelleen epäselvä. Kysymyksessä voi olla vitamiininpuutoksesta johtuva vaurio tai alkoholin toksinen vaikutus aivoissa. Pikkuaivoatrofia voidaan helposti varmistaa pään kuvantamistutkimuksella. Tähän riittää tietokonetomografia. (Salaspuro, Kiiänmaa & Seppänen 2003, 326 - 327.)

Usein verbaaliset taidot ovat säilyneet kohtuullisen hyvin. Laitoshoidossa fyysisen vahvuutensa vuoksi nämä potilaat saattavat terrorisoida muita potilaita ja hoitajia erilaisin keinoin, kuten sanallisesti uhaten tai käymällä käsiksi. Siksi suositellaan, että heillä olisi oma hoitoyksikkönsä. Tärkein hoitomuoto on estää dementoitumista vähentämällä tai lopettamalla alkoholinkäyttö ja huolehtimalla monipuolisesta ruokavaliosta sekä päivittäisestä monivitamiinien saannista. (Sulkava 2010, 132-133.)

Arvioidaan, että alkoholinkäyttöön liittyviä dementiatapauksia on noin yksi prosentti kaikista dementiatapauksista. Todedut asiakkaat ovat dementiapotilaiksi usein suhteellisen nuoria noin 50 -60 – vuotiaita. Onnistuneesta katkaisuhoidosta noin kuukauden kuluttua suoritetaan neuropsykologinen tutkimus. Tämä takaa sen, että vieroitustilaan liittyvä aivotoiminnan häiriö sekä katkaisuhoidossa käytettyjen lääkkeiden vaikutukset eivät näy tutkimustuloksissa. Joka toisella alkoholin suurkuluttajalla on lievä neuropsykologisin testein todettavissa oleva dementia. Siihen kuuluu lyhytaikaisen muistin, suunnittelun ja uuden oppimisen heikentyminen. Toisinaan tila korjaantuu alkoholinkäytön loputtua. Jos alkoholidementiasta kärsivä asiakas raitistuu, niin usein henkiset kyvyt palaavat osittain ja jopa magneettikuvissa näkyvä aivojen surkastuminen saattaa vähentyä. (Sulkava 2010, 132-133; Hillblom 2003, 321.)

Perusterveydenhuollossa ensivaiheen arviointimenetelmänä dementiaepäilyssä käytetään MMSE- testiä eli Mini Mental Status Examination, jossa tulevat esille orientaatio- ja mieleenpainamisvaikeudet. Testin lisäksi kannattaa tehdä kellotaulutesti. Se tuo esiin häiriöitä, jotka eivät ilmene MMSE-testissä. (Hänninen & Pulliainen 2006, 348-352.) Älyllisten toimintojen tarkempana seulontatestinä voidaan käyttää CERAD- tehtäväsarjaa, joka koostuu yhdeksästä kognitiivisten toimintojen eri osa-alueita kartoittavasta tehtävästä (Hänninen & Pulliainen 2006, 375). Sillä saadaan yleiskäsitys potilaan kognitiivisen suoriutumisen mahdollisesta heikentymisestä ja niiden pohjalta voidaan määrittää kenelle tarkemmat tutkimukset ovat tarpeen. Seulontatestien tulosta täydentämään tarvitaan esitiedot sekä muun läheisen henkilön arvio mahdollisista muista vaikeuksista arkielämässä selviytymisestä. (Hänninen & Pulliainen 2002,348.)

3.3 Alkoholidementiaa sairastavan hoitotyö

Ikääntyvien hoitotyössä keskeisiksi asioiksi nousevat ikääntyvän itsestä huolehtiminen ja vanhuudessa selviytymisen prosessi. Ikääntyvän elämäntulkua tarkastellaan sairauden aiheuttamien muutosten ja kriisien näkökulmasta. Sairastuminen merkitsee ikääntyvälle elämänmuutosta. Ikääntyvän taitava hoito merkitsee sitä, että ikääntynyt nähdään kokonaisuutena yksilöllisine elämäntulkueineen ja häntä autetaan tämän kokonaisuuden vaatimalla tavalla. (Vallejo Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2006, 127.) Ikääntyvään kasautuvat usein ominaisuudet, jotka voivat tehdä hänestä hoitajien mielestä hankalan potilaan. Hän on hidas, usein pitkäaikaissairas tai kuoleva, joskus sekava ja muistamaton. Nämä ominaisuudet voivat herättää hoitajassa vastenmielisyyttä, kiukkua, sääliä ja johtaa hoidossa omien tunteiden eristämiseen, pakonomaiseen hoitamiseen tai jopa välttelemiseen. (Vallejo Medina ym.2006, 343.)

Ikääntyvien hoitotyössä korostuu toimintakyvyn säilyminen sekä parantaminen. Tarkoituksena on, että päivittäisistä toimista suoriutuminen ja itsenäinen elämä omassa kodissa olisi mahdollista mahdollisimman pitkään. Hoitotyössä on huomioidava tekemisen rytmin riittävä verkkaisuus. Ikääntynyt sairastunut tarvitsee enemmän aikaa toimintoihinsa, koska motoriikka ja päätöksentekokyky ovat hidastuneet. On tärkeää muistaa, että ikäihmisessä on elämäkokemusten tuomaa viisautta ja hänellä on oikeus kyseenalaistaa asioita. (Iivanainen, Jauhainen, & Pikkarainen 2006, 797.)

Hoitosuhteen alussa hoitaja ja päihteenkäyttäjä sopivat hoidon ja hoitosuhteen rajoista, realiteeteista ja toimintatavoista, jotka muodostavat hoitoa tukevat rakenteet. On hyvä kuitenkin muistaa, että usein hoidon alkuvaiheessa liian tiukka sopimusten ja rajojen asettaminen ei tue hoitosuhteen lujittumista. Erilaisissa hoitoympäristöissä hoitaja toteuttaa päihdehoitotyön hoitosuhteitaan asiakas- tai potilaslähtöisesti. Päihdehoitotyössä toimintaedellytykset ovat vahvasti sidoksissa hoitoympäristön tekijöihin. Päihteenkäyttäjien hoitotarpeet ovat usein fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia. Hoitajan toiminta on inhimillistä, sisäistä omiin ajatuksiin ja tunteisiin liittyvää sekä ulkoisesti havaittavaa toimintaa ja käyttäytymistä. Hoitavalla kohtaamisella tarkoitetaan hoitajan ammatillista ja hoidollista asennoitumista

päihteenkäyttäjään. Päihdehoitotyössä hoitavan kohtaamisen tunnusmerkkinä on hoitajan suhtautuminen päihteenkäyttäjään myönteisesti, kunnioittavasti, hyväksyvästi ja myötäelävästi. Jotta hoitaja kykenisi ammatilliseen ja hoitavaan kohtaamiseen, tulee hänellä olla kyky tunnistaa omia reaktioitaan ja tunnetilojaan päihdehoitotyön tilanteissa. (Havio ym. 2008, 24-25.)

Dementoivat sairaudet vaikuttavat moniin iäkkäiden kognitiivisiin taitoihin ja toimintoihin. Mitä pidemmälle dementia etenee, sitä enemmän muistihäiriöt yleistyvät ja sitä heikommaksi muuttuu tiedon käsittelyn ja nykyhetkeen orientoitumisen taito. Dementoivan sairauden edetessä kommunikaatio-ongelmat yleistyvät, jolloin on vaikea kommunikoida itse ja saada viestinsä ymmärretyksi. Toisaalta voi olla vaikea saada selkoa muiden puheesta ja viesteistä. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006,304.)

Ikääntyneen alkoholiongelmaa on usein vaikea havaita, koska sairaudet ja vaivat, lääkitys sekä huono toimintakyky saattavat peittää ongelman alleen. Tapaturmariski kasvaa huomattavasti, koska alkoholin vaikutuksen alaisena kaatuu, putoilee tai törmäilee helposti. Hoitajan ohjatessa ikääntyvää hänen on huomioitava kokonaistilanne. Hoitaja ja ikääntynyt asiakas miettivät yhdessä, millaiset tavoitteet alkoholinkäytön muutoksissa ovat realistisia ja aiheellisia. Hoitaja tukee ikääntyneen hyvää elämänlaatua. Jollekin ikääntyvälle se tarkoittaa, että alkoholi on osa elämää. Silloin on tärkeää, että hoitaja kunnioittaa ikääntyneen itsemääräämisoikeutta. Hoitaja voi auttaa ja tukea ikääntyvää päätöksessä lopettaa alkoholinkäyttö, mutta hän ei voi kieltää juomasta. (Lähdesmäki & Vornanen 2009, 246-247.) Hoiva- ja hoitotyössä on joskus vaikea arvioida, onko asiakas kykenevä aitoon tahdon muodostukseen, esimerkiksi voimakkaasti päihtyneen tai dementoituneen kohdalla. Ammattityössä kuten kotihoidossa syntyy tilanteita, joissa asiakas pyrkii niin sanotusti ”niskan päälle” uhkauksin ja kohtuuttomin vaatimuksin. (Taittonen 2011,21.)

Hoitajan ammattitaitoon kuuluu, että hän hallitsee perustiedot päihteistä, niiden käytöstä ja siihen liittyvistä riskeistä sekä haitoista. Hoitajan on tunnistettava omat asenteensa päihteidenkäyttöön ja hänen tulee suhtautua avoimesti sekä ammatillisesti päihdeongelmiin ja päihderiippuvaisiin vanhuksiin. Hoitajan tulee tuntea vähintään omaa alaansa koskevan aiheeseen liittyvä lainsäädäntö ja

oman alueen moniammatillinen päihdetyöpalveluverkosto. Hän osaa tunnistaa ja kohdata päihteiden riski - ja ongelmakäyttäjän sekä hänen läheisensä. Hoitaja tietää varhaisen puuttumisen merkityksen ja osaa soveltaa työssään parhaan varhaisen puuttumisen menetelmiä, kuten mini-interventiota. Hoitaja osaa auttaa ja tukea ikääntyviä oman ammattikuvansa puitteissa ja ohjata heitä tarvittaessa päihdetyöpalvelujärjestelmässä. Päihtyneeseen asiakkaaseen tulee suhtautua asiallisesti ja vahvistaa päihtyneen luottamusta rauhallisella, mutta määrätietoisella ja eettisellä toiminnalla. Keskusteleminen voimakkaasti päihtyneen ikään-tyvän asiakkaan kanssa voi tuntua hoitajasta turhautavalta ja vaikealta, mutta vuorovaikutuksen tavoitteena on saada positiivinen ja turvallinen mielikuva avunsaannin mahdollisuudesta. (Lähdesmäki & Vornanen 2009,247-248.)

Sosiaali- ja terveysalalla haastavalla asiakkaalla tarkoitetaan päihteenkäyttäjää, mielenterveyspotilasta tai muuten aggressiivista, uhkaavaa asiakasta. Kriisi- ja ristiriitatilanteissa haastavan asiakkaan kanssa aistien tulee valpastua huomaa-maan sellaiset sanattoman viestinnän signaalit ja vivahteet, joita ei normaalisti eh-kä rekisteröidä ollenkaan. Pienillä sanattoman viestinnän keinoilla voi olla vaiku-tuksensa toisen ihmisen asenteisiin, tunteisiin, ajatuksiin ja sitä myötä käyttäytymi-seen, jolloin ne vaikuttavat myös työntekijän omaan turvallisuuteen. (Niemi ym.2006,305.)

4 HYVÄ KIRJALLINEN OPAS

Ymmärrettävässä ja selkeässä kirjallisessa ohjeessa ilmoitetaan, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. Opetettavan asian sisältö tulisi esittää pääkohdittain, jottei tietoa olisi liikaa. Sisällön tulee kuitenkin olla tarkka ja ajantasainen. Ymmärrettävässä kirjallisessa ohjeessa on selkeästi luettava kirjasintyyppi ja riittävä kirjasinkoko sekä selkeä tekstin jaottelu ja asettelu. Kirjallisen ohjeen sanoman ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kuvin, kaavioin tai taulukoin. Tärkeitä asioita voidaan painottaa tekstissä erilaisin korostuskeinoin kuten alleviivauksin. Rakenteellisesti tekstikappaleissa esitetään yksi asia kappaletta kohden ja pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen. Tekstistä pitää saada jo yhdellä silmäyksellä käsitys siitä, mitä se sisältää ja kielen pitää olla selkeää ja sanojen yksiselitteisiä. Virkkeiden ja sanojen tulisi olla myös melko lyhyitä. Jos käytetään lääketieteellisiä termejä, niiden sisältö tulisi määritellä tarkemmin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 126-127.)

Kirjallisen oppaan tekemisessä merkitykset syntyvät, kun tekstiä luetaan. Ohjeen tekijä tuottaa tekstiin haluamiaan merkityksiä. Ne eivät kuitenkaan ole tekstissä valmiina odottamassa, vaan ne syntyvät vasta vastaanottajan lukiessa tekstiä ja vastaanottajan tulkitessa kirjoitettuja ohjeita. Ohjeessa asiat ilmaistaan lyhyen ytimekkäästi, täsmällisesti ja jopa luettelomaisesti, jolloin tärkeät asiat saadaan hyvin esiin. Tällainen ohje toimii tavallaan hoitajan muistilistana. (Torkkola, Heikkinen, & Tiainen 2002, 17-25.)

Luettavuuden kannalta ohjeen tärkeimmät osat ovat otsikko ja väliotsikot. Ohjeen varsinainen teksti tulee kirjoitettaessa vasta otsikoinnin jälkeen. Ymmärrettävän ohjeen kirjoittamisen hyvä neuvo on kirjoittaa havainnollista yleiskieltä. Ohjeen ymmärrettävyyttä lisää looginen esitysjärjestys ja selkeä kappalejako, jossa yhdessä kappaleessa kerrotaan yksi asiakokonaisuus. Ohjeessa viimeisenä on yhteystiedot, tiedot ohjeen tekijöistä ja viitteet lisätietoihin. Ohjeen hyvä ulkoasu palvelee ohjeen sisältöä. Hyvin koottu ohje houkuttelee lukemaan ja parantaa ymmär-

rettävyyttä. Tavallisesti ohjeet ovat joko pysty- tai vaaka-asennossa A4-arkeilla. Ohjeiden kannalta olennaisinta kirjasintyyppin valinnassa on, että kirjaimet erottuvat toisistaan.(Torkkola ym.2002, 39-59.) Ohjeistusten ja oppaiden kohdalla on lähdekritiikki erityisessä asemassa. On pohdittava, mistä lähteistä tiedot oppaaseen on hankittu ja on kuvattava käyttämien tietojen oikeellisuus ja luotettavuus. (Vilka & Airaksinen 2003, 53.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyömme tarkoitus on tehdä kirjallinen opas ikääntyvien alkoholidementiasta Seinäjoen kotihoidon hoitajille. Tavoitteena on oppaan avulla antaa tietoa ja keinoja kohdata kotihoidossa alkoholidementiaa sairastava asiakas. Opas tulee antamaan käytännönläheisiä ohjeita ja neuvoja siitä, miten tunnistaa ja kohdata alkoholidementiaa sairastava kotihoidon asiakas.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen: Millainen on hyvä kirjallinen opas ikääntyvien alkoholidementiasta Seinäjoen kotihoidon hoitajille?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS JA TUOTOS

6.1 Toiminnallisen opinnäytetyön menetelmä

Toiminnallisissa opinnäytetöissä raportointi ja siitä ilmenevä tutkimuksellisuus on osa työprosessin dokumentointia. Olennaisin osa toiminnallista opinnäytetyötä on nimen omaan tuotos eli produkti. Opinnäytetyön raportti muistuttaa tekstilajina kertomusta ja sen juoni etenee sen mukaan, millainen projekti ja työprosessi on ollut. Siitä selviää, miten työn aihe on löytynyt ja tekemisen kohde sekä millaisia ovat opinnäytetyössä selvitetty kysymykset ja millaisin keinoin niihin on löytynyt vastaus. Siitä selviää myös, mitä valintoja ja ratkaisuja eri vaiheissa on tehty. (Vilka & Airaksinen 2003, 82-83.)

Toiminnallisen opinnäytetyön raportti huipentuu pohdintaosiossa. Se sisältää nimensä mukaisesti pohdintaa siitä, mitä on tullut tehdyksi. Olennaista on myös arvioida tekemisiään ja onnistumistaan. Koko opinnäytetyön prosessin ajan kannattaa huomioida koulutus- ja ammattialan näkökulma. On hyvä kysyä palautetta tavoitteiden saavuttamisesta ja onnistumisesta joltain asiantuntijalta ja myös toimeksiantajan arvioinnilla on merkitystä. (Vilka & Airaksinen 2003, 96-97.)

Toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena tehtiin kirjallinen opas Seinäjoen kotihoidon hoitajille. Opinnäytetyön tekijät käyttivät opinnäytetyön tekoon sille varatut itsenäiset päivät, sekä tarvittaessa omaa vapaa-aikaa. Tavoitteena oli tehdä opinnäytetyön raporttia kevään 2011 aikana, jolloin koottiin myös tuotos eli kirjallinen opas ja lopullinen opinnäytetyö on valmis syksyllä 2011.

Opinnäytetyöpäiväkirja on erinomainen apuväline tutkimuksen edistämässä ja seuraamisessa. Säännöllisestä päiväkirjan kirjoittamisesta on monenlaista hyötyä. Se pitää kiinni työnteossa ja kirjoittamisessa sekä auttaa suunnittelemaan huolellisesti ajankäytön ja tekemisen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009,45.) Opinnäytetyöpäiväkirja on opinnäytetyön prosessin dokumentointia sanallisessa tai kuvallisessa muodossa. Opinnäytetyöraportti toiminnallisesta tuotoksesta ja sen valmis-

tamisesta nojautuu muistiinpanoihin. Opinnäytetyön päiväkirjan tulisi sisältää ideat ja opinnäytetyön aiheeseen liittyvät pohdinnat sekä aiheesta löydettyä kirjallisuutta ja muuta materiaalia. (Vilkka & Airaksinen 2003, 19-20.)

Työntekijöiden myönteinen suhtautuminen tutkimustiedon käyttöön on avaintekijä terveydenhuollon käytännön muuttamisessa näyttöön perustuvaksi ja kehittämishankkeen onnistumisessa. Kehittämishankkeissa tietoa voidaan hankkia monella eri tavalla kuten puhumalla kollegojen kanssa, haastattelemalla asiantuntijoita tai osallistumalla koulutustilaisuuksiin. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 105.) Toiminnallisen opinnäytetyön pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta (Kylmä & Juvakka 2007, 127).

6.2 Yhteistyöorganisaation kuvaus

Seinäjoen kaupungin kotihoito on kunnallinen palvelukokonaisuus, jossa työskentelee noin 140 työntekijää Seinäjoen, Peräseinäjoen, Nurmon ja Ylistaron alueelle. Seinäjoen kotihoitoon kuuluvat kotipalvelu, kotisairaanhoido sekä erityispalvelut kuten fysioterapeutin ja psykiatristen sairaanhoitajien palvelut ja muut kotihoidon tukipalvelut. Kotihoidon toiminnan lähtökohtana on turvata asiakkaan kotona asuminen sairauksista tai toimintakyvyn alentumisesta huolimatta mahdollisimman pitkään. Kotipalvelun keskeisin tavoite on turvata ikäihmisten, vammaisten ja pitkäaikaissairaiden kotona selviytyminen tilanteissa, joissa toimintakyvyn alentuminen vaikeuttaa tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien sekä toimintojen suorittamista. Yhteistyötä tehdään asiakkaan, kotisairaanhoidajien, läheisten, sairaaloiden ja muiden palvelujen tuottajien kanssa asiakkaan ehdoilla. Asiakkaan saama kotihoito voi olla säännöllistä eli vähintään kerran viikossa tapahtuvaa hoitoa tai tilapäistä kotihoitoa. Kotihoidon hoitaja auttaa ja tukee asiakasta päivittäisissä toimissa, joihin kuuluvat hygieniasta ja monipuolisesta ruokailusta huolehtiminen, lääkehoidon toteutumisesta huolehtimiseen sekä yleisestä asiakkaan elinympäristön siisteydestä ja turvallisuudesta. Pääasiassa kotihoidon palvelut on tarkoitettu ikääntyneiden hoitoon, mutta myös perhehoitotyötä tehdään tarvittaessa. Kotisairaanhoido on tarkoitettu henkilöille, jotka sairautensa tai toimintakyvyn alentumisen vuoksi eivät voi käyttää muita avoterveyden- ja sairaanhoidon palveluita. Kotisai-

raanhoitajan käynti voi olla tilapäiskäynti, johon kuuluu erilaisia hoitotoimenpiteitä, kuten ompeleiden poisto, verikokeiden ottaminen, lääkeinjektion antaminen. Säännöllisesti järjestettynä hoito perustuu hoito- ja palvelusuunnitelmaan silloin hoito on jatkuvaa ja se voi olla haavanhoitoja, lääkehoidon toteutusta ja seurantaa, kivun hoitoa tai saattohoitoa. Kotisairaanhoidossa toimii viikoittain lääkäri ja tarvittaessa hän tekee myös kotikäyntejä. (Seinäjoen kaupungin kotihoito 2010.)

6.3 Oppaan suunnittelu

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syyskuussa 2010. Lähetimme sähköpostia kotihoidon johtajalle 16.9.2010 ja ehdotimme yhteistyötä Seinäjoen kaupungin kotihoidon kanssa ja esittelimme toiminnallisen opinnäytetyön aiheen sekä alustavan idean oppaasta hoitajille. Saimme sähköpostivastauksen 18.9.2010, jossa sovimme yhteistyöstä ja lähetimme yhteistyösopimuksen allekirjoitettavaksi. Teimme yhteistyösopimuksen 4.11.2010. Alusta asti meille oli selvää, että teemme toiminnallisen opinnäytetyön ja sen tuotoksena oppaan Seinäjoen kotihoidolle. Koska erilaisista muistihäiriöistä kotihoidossa oli jo oppaita, mutta juuri alkoholidementiaa käsittelevää opasta ei ollut, aloimme suunnitella opasta. Aloitimme oppaan toteutuksen, kun olimme saaneet tutkittua tietoa aiheesta riittävästi ja olimme jo koonneet teoreettista viitekehystä opinnäytetyöhön.

6.4 Oppaan toteutus

Ensimmäinen versio oppaasta oli valmis huhtikuussa 2011, jonka veimme Peräseinäjoen kotihoidon hoitajille maanantai-palaveriin 11.4.2011. Esittelimme oppaan hoitajille ja jätimme oppaan viikoksi ilmoitustaululle, hoitajien kommentoitavaksi. Viikon kuluttua haimme oppaan, johon ei ollut muutosehdotuksia tullut. Sen jälkeen veimme oppaan kotisairaanhoidajille ja heiltä saimme ideaksi liittää oppaaseen sen, miten Peräseinäjoen kotihoidossa toimitaan, kun epäillään alkoholista johtuvaa dementiaa. Kotihoidon johtaja oli käymässä Peräseinäjoen kotihoidossa 19.5.2011, jossa näytimme opasta hänelle. Hänen idea oli, että oppaaseen voisi lisätä IKÄPÄ-työryhmän laatiman ikääntyvän päihdepolun. Seinäjoen kaupungissa

toimii ikäihmisen päihdeasioihin erikoistunut IKÄPÄ-työryhmä, joka on viranomais-ten, järjestöjen ja seurakuntien edustajista muodostuva asiantuntijatyöryhmä. IKÄPÄ-työryhmän tavoitteena on muun muassa edistää ja tukea ikäihmisten turvallisesta ja hyvää arkea vaikuttamalla olosuhteisiin sekä ikäihmisten parissa tehtävään päihdetyöhön. Työryhmä on kuvannut päihdeongelmaisen ikäihmisen hoi-to- ja palveluketjun päihdeongelman tunnistamisesta päihdeidenkäytön kartoitukseen ja hoidon sekä palvelujen toteuttamiseen ja seurantaan.

Otimme yhteyttä IKÄPÄ-työryhmän koordinaatoriin. Soitimme hänelle 15.6.2011 ja kysyimme, että olisiko mahdollista saada liittää ikääntyneen päihdepolku op-paaseen. Hän antoi luvan ja lähetti 20.6.2011 päihdepolun pdf-muodossa sähkö-postilla ja pyysi, että lähettäisimme opinnäytetyön hänelle, kun se on valmis.

Tekstinkäsittelyssä käytimme Microsoft Word-ohjelmaa. Kirjoitimme oppaan sisäl-lön A4-kokoiselle paperille. Käytimme tekstityylinä Comic Sans MS, fonttikokona 14 ja riviväli 1,5. Ajattelimme tekstityylin olevan näin selkeää ja helposti luettavaa. 11.7.2011 saimme yhteistyökumppanilta luvan painattaa oppaan Seinäjoen kau-pungin monistamossa. Otimme 15.8.2011 puhelun Seinäjoen kaupungin painoon ja keskustelimme siellä työskentelevän työntekijän kanssa siitä, millaisen oppaan haluamme painattaa. Hän antoi tietoa, mitä pitää ottaa huomioon oppaan toteu-tuksessa. Sovimme, että otamme yhteyttä myöhemmin, jolloin sovimme oppaan mallin, värin ja määrän. Otimme yhteyttä sähköpostitse kotihoidon johtajaan 31.8.2011 ja ehdotimme hänelle painatettavien oppaiden määräksi 10-15 kappa-letta. 20.9.2011 saimme varmistuksen, että oppaiden painatettava määrä on sopi-va. Lähetimme 22.9.2011 painatettavan oppaan mallin kotihoidon johtajan kom-mentoitavaksi. Saimme sähköpostia 23.9.2011. Kotihoidon johtajan mielestä op-paassa oli nyt oleelliset ja riittävät tiedot sekä ohjeet. Hänen mielestään tämä aut-taa hoitajia käyttämään opasta todellisissa tilanteissa ja ottamaan se jatkuvam-paankin käyttöön. Lähetimme valmiin oppaan painoon sähköpostilla 3.10.2011. Ensimmäinen painos oppaasta oli valmis 7.10.2011. Opas vaati vielä muutoksia ja korjauksia sisältöön ja ulkoasuun.

6.5 Oppaan tekemisen arviointi

Käytännönläheisen opaslehtisen tekeminen oli mielekästä, mutta haastavaa. Opas alkoi hahmottua muotoonsa, kun saimme teoreettisen viitekehyksen tehtyä. Kokosimme oppaan sisällön opinnäytetyössä käytetyistä lähteistä ja opas perustuu tutkittuun tietoon. Opaslehtiseen kokosimme aihealueet, jotka nousivat keskeisiksi asioiksi alkoholidementiassa ja sen hoitotyössä. Halusimme, että oppaassa on myös yhteystietoja, että olisi helpompi tarvittaessa ottaa yhteyttä eri tahoille. Toisaalta pohdimme, miten pysyviä yhteystiedot ovat ja miten niitä pystyy tulevaisuudessa muuttamaan. Päädyimme, että opas tallennetaan muistitikulle, johon voi muutoksia tarvittaessa tehdä.

Aloittaessamme oppaan tekemistä kysyimme yhteistyötahomme toiveita oppaan sisältöön. Kotihoidon hoitajilta sekä kotihoidossa toimineelta lääkäriltä saimme tarpeellista tietoa oppaan sisällön laatimiseen, että se olisi käytännönläheinen ja selkeä. Kysyimme myös kotihoidon johtajan mielipidettä ja saimme häneltä ohjausta oppaan tekemiseen. Oli tärkeää saada yhteistyötahoilta palautetta oppaan eri vaiheissa. Oppaaseen lisättiin aina esille nousevia asioita ja ne täydensivät opastamme. Oppaan ulkonäkö aiheutti paljon pohdintaa. Ulkoasun olisi hyvä olla huomiota herättävä ja mielenkiintoinen. Valokuvien käyttöoikeuksien saaminen on vaikeaa, joten päädyimme lopuksi siihen, että emme käytä oppaan kannessa kuvaa, vaikka se alkuperäisessä suunnitelmassa oli. Opasta täytyi lukea moneen kertaan, että johdonmukaisuus ja selkeä luettavuus säilyisivät. Emme halunneet tehdä oppaasta liian pitkää, että sen jaksaa lukea läpi ja siinä olevia asioita jäisi paremmin mieleen. Oppaan tekeminen oli vaativaa työtä ja täytyy tarkasti miettiä, että se palvelisi oikeaa kohderyhmää ja olisi hyödyllinen työväline.

7 POHDINTA

Kun lähdimme miettimään mistä opinnäytetyömme teemme, päätimme perehtyä juuri kotihoitoon. Mielenkiinto heräsi, koska tutkimusten mukaan kotihoidon asiakasmäärää lisääntyy jatkuvasti ja tavoitteena on, että jopa 92% ikääntyvistä asuisi kotona kotihoidon turvin. Seuraavaksi pohdimme asiakasryhmiä, joita kotihoidon piirissä on. Päädyimme lopuksi käsittelemään alkoholin aiheuttamaa muistihäiriötä, koska tutkimusten mukaan ikääntyneiden alkoholinkäyttö on lisääntynyt viime vuosina.

Opinnäytetyömme aiheen valittuamme perehdyimme alkoholidementiaan, koska siitä oli kotihoidossa vähiten tietoa eikä siitä ollut aiemmin opinnäytetyötä tehty. Muista muistisairauksista oppaita ja tietoa tuntui jo löytyvän. Aihe kiinnosti myös siksi, että alkoholidementia on suhteellisen tuntematon muistisairaus, joka kuitenkin tutkimusten mukaan lisääntyy koko ajan. Kotihoidossa näitä asiakkaita ei ehkä vielä ole paljon, mutta tulevaisuudessa tilanne on varmasti toinen. Ikääntyneiden alkoholinkäytöstä puhuminen on edelleen varsin vähäistä ja asia tuntuu olevan tabu, siitä ei puhuta. Tutkittua kuitenkin on, että ikääntyvien alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja siihen vaikuttavat monet syyt. Paljon on puhuttu vanhusten yksinäisyydestä ja masennuksesta. Olisiko siinä yksi syy, miksi alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Alkoholin avulla yritetään rentoutua tai hetkeksi unohtaa oma elämäntilanne.

Päädyimme toiminnalliseen opinnäytetyöhön, koska halusimme tehdä jotain konkreetista, josta voisi olla hyötyä käytännön työssä. Oppaan suuntasimme kotihoitoon, koska ikääntyneitä asuu entistä enemmän kotona ja tulevaisuudessa on enustettu, että avoterveydenhuollon asiakasmäärä kasvaa. Uskomme, että myös alkoholidementiaa sairastavia asuu aiempaa useammin kotona, koska heidän sairaudestaan johtuvat käytöshäiriöt ovat esteenä sille, ettei heitä voi sijoittaa muiden muistihäiriöisten kanssa samaan hoitoyksikköön. Seinäjoella on vain yksi laitoshoitopaikka alkoholidementiaa sairastaville ja siihen on jatkuvasti asiakkaita jonossa.

Opinnäytetyön aihe rajattiin koskemaan ainoastaan ikääntyneiden alkoholidemenciaa, koska muuten aiheesta olisi tullut liian laaja. Aiheen rajaamista helpotti se, että opas suunnattiin kotihoidon henkilöstölle, jonka asiakaskunnasta suurin osa on ikääntyneitä. Aiheesta löytyi aika niukasti teoretietoa. Muista muistihäiriöistä tutkittua tietoa oli paljon, mutta niin sanotuista parantuvista muistihäiriöistä tietoa oli vähän. Silti ne tiedot ja tutkimukset, mitä löydettiin, olivat uusia viime vuosien tutkimuksia ja tietoja.

Opinnäytetyön tekeminen oli aikaa vievä prosessi, mutta mielenkiintoinen sen ajankohtaisuuden vuoksi. Parityönä opinnäytetyön tekeminen oli helpottavaa, koska työn tekemistä voitiin jakaa sekä pohtia yhdessä opinnäytetyöhön liittyviä kysymyksiä. Myös aikataulu pysyi hyvin suunnitelman mukaisena. Kävimme opettajan ohjauksessa säännöllisin väliajoin, saamassa neuvoja sekä uusia ajatuksia jatkaa työtä eteenpäin.

Teoriatiedon hankintaan käytettiin aihetta koskevaa kirjallisuutta, jota haettiin PLARI- ja LINDA- tietokannasta. Käytettiin myös ALEKSI- artikkelihakua, yliopiston väitöskirjoja ja internet- sivuja. Lisäksi haettiin tutkittua tietoa Terveysportin tietokannasta ja Theseuksesta. Opinnäytetyötä varten haettiin tietoa hakusanoilla ikääntyvät, alkohol dementia, päihteidenkäyttö, alkoholi ja dementia. Ulkomaiset haut tehtiin käyttämällä CINAHL- hakua. Hakusanoina käytettiin alcohol, older people, dementia. Lähdemateriaaliksi haettiin korkeintaan kymmenen vuotta vanhaa teoretietoa, koska uskottiin, että aiheesta löytyy päivitettyä tietoa. Tietokantojen valintaan vaikutti se, että Plarista löytyy korkeakoulukirjojen materiaalit, jota pääasiassa käytettiin lähdemateriaalina. Aleksi- artikkelihaun kautta haettiin ammatti- ja tutkimuslehtien artikkeleita.

Kun tehdään toiminnallista opinnäytetyötä on ohjeistusten, oppaiden, tietopakettien sekä käsikirjojen kohdalla lähdekritiikki erityisen tärkeässä asemassa. On pohdittava, mistä tiedot oppaaseen on hankittu ja on kuvattava, miten käytettyjen tietojen oikeellisuus ja luotettavuus on varmistettu. Toiminnallisessa opinnäytetyössä ei aina ole välttämätöntä myöskään analysoida kerättyä aineistoa yhtä järjestelmällisesti ja tarkasti kuin tutkimuksellisissa opinnäytetöissä. (Vilkka & Airakasinen 2003, 53,57-58.) Plagiointi on ajatusten tai ideoiden anastamista. Se on toisen

tutkijan ajatusten, ilmaisujen tai tulosten esittämistä omissa nimissään vastoin tutkimuksen eettisiä pelisääntöjä. Plagiointia ovat myös esimerkiksi vailinaiset tai epäselvät viittaukset sekä tekaistut esimerkit, väitteet ja keksityt tulokset. Tällaiset syövät perustaa työn uskottavuudelta ja johtavat harhaan tutkijoita. (Vilkka & Airaksinen 2003,78.)Tieteellisen toiminnan väärinkäytökset voivat ilmetä tekaistuina tuloksina, tulosten väärentämisenä tai muiden tekemien tuloksien esittämisenä ominaan (Kylmä & Juvakka 2007, 137,149).

Toiminnallisen opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymykseen: Millainen on hyvä kirjallinen opas ikääntyvien alkoholidementiasta Seinäjoen kotihoidon hoitajille? Oppaassa käsiteltiin alkoholidementiaan liittyvät oleelliset asiat. Kokosimme oppaan tutkitun tiedon pohjalta, monista eri lähteistä. Mielestämme käytäntöön soveltuva opas tulee olla selkeä ja helppolukuinen.

LÄHTEET

Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.

Ahlsröm, S. & Mäkelä, P. 2009. Alkoholi ja iäkkäät Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 74 (6), 674.

Alkoholinkäytön riskit. 2011. [Viitattu 22.9.2011] Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

Havio, M-L., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. 5. uud.p. Helsinki: Tammi.

Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY.

Hillbom, M. 2003. Aivot ja alkoholi. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. 2. uud.p. Helsinki: Gummerus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.painos. Helsinki: Tammi.

Hänninen, T & Pulliainen, V. 2002. Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2002. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Hänninen, T & Pulliainen, V. 2006. Neuropsykologinen seulonta. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J., Alhainen, K. & Soininen, H. 2006. Muistihäiriöt ja dementia. Helsinki: Duodecim.

Härmä, H. Muistiliitto ry. 13.10.2010. Alkoholi ja muisti. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/225-alkoholi-ja-muisti>

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi.

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

Ikäihmisten laatusuositus.2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suomen kuntaliitto. Helsinki.

Kansanterveyslaki. L 28.1.1972/66.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kylmä J. & Juvakka, T.2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita.

Käypähoito -suositus.7.2.2011. (viitattu 25.5.2011) Alkoholiongelman hoito.Saatavana:http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=ikääntyneetja_alkoholinkäyttö

Lähdesmäki, L. & Vornanen, L.2009. Vanhuksen parhaaksi. Helsinki: Edita.

Matinlompola, U.2002.Ikäihmiset ja päihteet. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi -Sulkava, U. & Finne -Soveri,

U.(toim.) 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes. Helsinki: Gummerus.

Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H.2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita.

Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2002. Hoito ja palvelu kotona. Teoksessa: Voutilainen, P., Vaaramaa, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U., Finne- Soveri, H. (toim.) 2002. Ikäihmisten hoito ja hyvä palvelu. Helsinki: Gummerus, 100-105.

Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede.2.uud.p. Helsinki: Gummerus.

Seinäjoen kaupunki 2010. Seinäjoen kaupungin kotihoito. [viitattu 6.6.2011] saatavana: www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/ikaantyvienpalvelut/kotihoito.

Seppä, K. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa: Salaspuro, M., Kiianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) 2003. Päihdelääketiede. 2. uud.p. Helsinki: Gummerus.

Sosiaalihuoltolaki. L 17.9.1982/710.

Suhonen, H. Sosiaalipolitiikan laitos. *Päivitetty 16.10.2009*. (viitattuna: 24.11.2010) Ikääntyneidenpäihteiden käyttö.Saatavana:<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/114-ikaantyneiden-paihteiden-kaytto>

Sulkava, R. 2010. Muistisairaudet. Teoksessa: Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, P., Sulkava, R. & Viitanen, M.2010. Geriatria. 2. uud. p. Helsinki: Duodecim.

Taittonen, M. 2011. Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalityön pro gradu tutkielma.

Terveydenhuoltolaki. L 30.12.2010/1326.

Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Helsinki: Tammi.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE).2008. Vanhuus ja hoidon etiikka.2.painos.Vantaa.

Vallejo Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V & Kivelä, S-L. 2006. Vanhusten hoito. Helsinki: WSOY.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T.2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T.2007. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY.

Wattis, J & Seymour, J. 2001. Alcohol abuse in elderly people: Overview and summary. Teoksessa: Watson, R. (toim.) Alcohol and coffee use in the aging. USA: CRC press LLC.