



Milla Merikannel
Pauliina Väli-Tainio
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Sairaanhoitaja AMK
Opinnäytetyö, 2021

KUOPION KAUPUNGIN KOTIHOIDON SAIRAANHOITAJIEN OSAAMINEN MIE- LENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN HOIDOSSA



TIIVISTELMÄ

Milla Merikannel

Pauliina Väli-Tainio

Kotisairaanhoidajien osaaminen kohdata ja hoitaa mielenterveys- ja päihdeasiakas

Sivut 31, liitteet 3 kpl

Syksy, 2021

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Pieksämäki

AMK

Sairaanhoitaja (AMK)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Kuopion kaupungin kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien osaamista mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa. Asiakasryhmäksi valittiin yli 65-vuotiaat kotihoidon asiakkaat.

Tutkimuksessa kartoitettiin myös kotihoidon sairaanhoitajien saamaa koulutusta mielenterveys- ja päihdetyössä ja selvitettiin, onko lisäkoulutukselle tarvetta. Opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja se tehtiin yhteistyössä Kuopion kaupungin kanssa.

Tutkimusaineisto kerättiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista menetelmää käyttäen. Aineistokeruumenetelmänä käytettiin kyselomaketta, lomake tehtiin Google Forms- työkalulla. Kyselylomakkeessa oli 15 kysymystä, joista kolmeen oli mahdollista kirjoittaa lisäksi myös vapaata tekstiä. Kysely toteutettiin maaliskuussa 2021 ja siihen vastasi 16 työntekijää.

Tuloksista kävi ilmi, että kohtaamisia mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa on viikoittain. Lähes puolet koki omat tietonsa riittäviksi em. asiakkaiden hoidossa. Kaikista vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitajien kokemus päihdeasiakkaista oli vähäisempää, kuin mielenterveysasiakkaista. Työntekijöillä, jotka kokivat tietonsa riittämättömiksi, oli syynä koulutuksen puute. Kyselyn perusteella lisäkoulutuksen tarvetta mielenterveys- ja päihdetyössä Kuopion kaupungin sairaanhoitajille on. Vastausten vähäinen määrä tosin ei anna täysin luotettavaa tietoa Kuopion kaupungin henkilöstön koulutuksen tarpeesta laajemmin.

Asiasanat: ikääntyminen, kotihoito, mielenterveys, päihteet

ABSTRACT

Milla Merikannel

Pauliina Väli-Tainio

Competence of Kuopio city homecare nurses in the care of mental health and addiction customers

31 pages and 3 appendices

Autumn, 2021

Diaconia University of Applied Sciences

Bachelor`s degree programme in health care

Bachelor of Health Care

The purpose of the thesis was to find out and map the kind of challenges that nurses working in home care in the city of Kuopio have to face and treating a client with mental health and substance abuse problems. We chose home care clients over the age of 65 as our client group. The study also mapped the training received by the home care nurses in mental health and substance abuse work and whether there is a need for additional training. The thesis is based on working life and was done in collaboration with city of Kuopio

Our research material was collected using a quantitative and qualitative method. The questionnaire was used as the data collection method, the form was made with the Google Forms tool. The questionnaire contained 15 questions, three of which could also be written in free text. The survey was conducted in March 2021 and was answered by 16 employees.

The responses revealed that there are weekly encounters with mental health and substance abuse clients. Almost half felt that their experience with their own information was sufficient in the treatment of the above-mentioned customers. All responses revealed that nurses had less experience with substance abuse clients than with mental health clients. Employees who felt their knowledge was insufficient reported it was due to a lack of training and knowledge. Based on the survey, there is a need for additional training in mental health and substance abuse work for nurses in the city of Kuopio. However, the small number of answers does not provide completely reliable information about the need for training of the City of Kuopio's staff in general.

Keywords: Aging, homecare, intoxicants, mental health

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 KESKEISET KÄSITTEET	7
2.1 Kotihoito	7
2.2 Ikääntymisen vaikutukset mielenterveyteen	9
2.3 Ikääntyminen ja päihteet	10
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE	13
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	14
5 TULOKSET	17
5.1 Lisäkoulutus ja sen tarve	18
5.2 Tarvittavien palveluiden piiriin ohjaaminen	19
5.3 Erilaisten mittareiden tunnistaminen ja käyttäminen	20
1.1 Haasteet mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa	21
6 POHDINTA	22
6.1 Eettisyys ja luotettavuus	22
6.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta	23
6.3 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset	23
6.4 Tutkimuksen hyödyntäminen ja ammatillinen kasvu	27
LÄHTEET	29
LIITE 1. Kyselylomake	32
LIITE 2. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari	37
LIITE 3 GDS-15 geriatrinen depressioasteikko	39

1 JOHDANTO

Ikääntyminen tuo mukanaan monia muutoksia ja mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä, kuten muutoksia terveydessä, ihmissuhteissa, toimintakyvyssä ja taloudellisessa tilanteessa (Kelo ym.,2015). Ikääntyvien mielenterveysasiakkaiden kotihoidon haasteena ovat myös fyysiset vaivat. Muistiongelmien, dementia ja mielenterveysongelmien aiheuttavat paljon erityishuomiota lääkityksen ja hoidon suhteen (Macdonald, 1997.) Kotihoidon työntekijät ovat ensisijaisessa asemassa tunnistamaan ikäihmisten hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, sillä he näkevät säännöllisten kotikäyntien yhteydessä ikäihmisen kokonaistilanteen, sekä myös siinä tapahtuvat muutokset. Kotihoitoa on jatkossa kehitettävä siten, että työntekijöillä on käytössään asiakkaan hyvinvoinnin kannalta tarkoituksenmukaisia arviointimenetelmiä, jotka ottavat huomioon myös asiakkaan omat arviot hyvinvoinnistaan (Eloranta ym., 2012.) Alkoholin käyttö on yleistä myös ikääntyneillä. Kansanterveyslaitoksen vuonna 2005 tekemän kyselyn mukaan alkoholia kertoi käyttäneensä viimeisen vuoden aikana 78 % 65-84-vuotiaista miehistä ja 53 % samanikäisistä naisista (Sulander ym. 2006).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Kuopion kaupungin kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien osaamista mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa. Asiakasryhmäksi valitsimme yli 65-vuotiaat. Halusimme kartoittaa myös kotihoidon henkilökunnan saamaa koulutusta mielenterveys- ja päihdetyössä ja selvittää, onko lisäkoulutukselle tarvetta.

Työelämäkumppanina opinnäytetyössä toimi Kuopion kaupunki ja haastateltavina kyselyssä olivat kotihoidon sairaanhoitajat. Sairaanhoitajat toimivat osana moniammatillista työryhmää lähihoitajien, lääkäreiden, fysioterapeuttien ja toimintaterapeuttien kanssa.

Tutkimus suunniteltiin ja laadittiin yhdessä vanhusten hoivapalvelujen kehittämissiantuntijan kanssa. Kyselyt lähetettiin sähköpostilla Kuopion kaupungin kotihoidon sairaanhoitajille ja heidän vastauksensa analysoitiin ja koostettiin

opinnäytetyöhön. Tulokset ja valmiin opinnäytetyön lähetämme Kuopion kaupungille, ja he voivat hyödyntää tuloksia työn ja koulutuksen osalta.

2 KESKEISET KÄSITTEET

Opinnäytetyöhön valitsimme aiemmin kirjallisuuskatsauksessa käyttämiämme lähteitä, jotka sopivat tähän tutkimukseen. Kaikki kirjallisuuskatsauksessa käytetyt lähteet eivät tutkimuksemme pohjalle sopineet ja siksi emme niitä työssä käyttäneet. Lisäksi käytössä oli ajankohtaista kirjallisuutta kotihoidosta, mielenterveydestä ja ikääntyneiden päihteenkäytöstä.

Keskeiset käsitteet opinnäytetyössä ovat kotihoito, mielenterveys, päihde ja ikääntyminen. Ikääntymisen valitsimme siksi, että tutkimuksen asiakasryhmäksi tarkentuivat yli 65-vuotiaat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää nimenomaan tarkempaa tietoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidosta, koska kyseinen asiakasryhmä on kasvanut kotihoidossa huomattavasti viime vuosina. Tutkimuksessa käsittelemme asiaa sairaanhoitajan näkökulmasta. Halusimme ottaa kyselyn kohteeksi sairaanhoitajat oman ammattillisen kehittymisemme vuoksi, mutta myös siitä syystä, että sairaanhoitajat ovat usein kotihoidon tiimissä keskeisessä roolissa ja heillä on vahva näkemys asiakaskunnasta.

2.1 Kotihoito

Kotihoito on kunnan tai yksityisen sektorin tuottamaa palvelua, jolla tuetaan ihmisen kotona selviytymistä. Kotihoito voi olla säännöllistä tai tilapäistä. Kunnalla on lakisääteinen velvollisuus järjestää palvelut. Nämä voivat kuitenkin olla ostopalveluina hankittuja kunnan yksityiseltä puolelta tai kolmannelta sektorilta kunnan omien kotihoitopalveluiden lisäksi. Kotihoitopalvelua voi saada vamman, sairauden tai toimintakyvyn heikentymisen vuoksi. Käyntien määrä ja aika riippuvat asiakkaan tarpeista. (Ikonen, 2013.)

Kotihoidon toimintaperiaatteena on tukea asiakkaan asumista kotona, avustaen tarvittaessa päivittäisissä toiminnoissa. Työntekijät toimivat kuntouttavalla työotteella, ylläpitäen asiakkaan toimintakykyä ja kykyä selviytyä päivittäisissä

askareissa. Kotihoidon sisältöön kuuluu huolehtiminen asiakkaan ravitsemuksesta, henkilökohtaisesta hygieniasta ja lääkehoidosta. Kotihoidon palveluiden myöntäminen edellyttää palvelutarpeen ja asiakkaan toimintakyvyn arviointia. Ennen säännöllistä kotihoitoa aloitetaan korkeintaan kolme kuukautta kestävä kuntouttava arviointijakso eli ARVI. Jakson aikana tuetaan asiakkaan kuntoutumista sekä arvioidaan toimintakykyä. Toimintakykyä arvioitaessa käytetään erilaisia mittareita, kuten RaVa, MMSE ja Asiakaskortti. Jakson aikana selvitetään toimintakykyyn vaikuttavat sairaudet ja asiakkaan sosiaaliset verkostot, jotka tukevat itsenäistä elämää. Lopullinen palvelutarpeen päätös kotihoidosta tehdään kuitenkin asiakkaan kokonaistilannetta arvioiden. Säännöllistä kotihoitoa tarjotaan henkilöille, jotka eivät selviydy päivittäisistä toiminnoista itsenäisesti, omaisten tai muiden tukipalveluiden avulla. Perusteena on myös, että hoitoon tarvitaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen osaamista, ja että tarve on säännöllistä. Palveluihin kuuluvat hoivan lisäksi apu ja tuki arjen toiminnoissa, kotisairaanhoido ja lääkärin palvelut. (Kuopion kaupunki, 2021.)

Elorannan mukaan kotihoidon työntekijät ovat ensisijaisessa asemassa tunnistamaan ikäihmisten hyvinvointia uhkaavia tekijöitä, sillä he näkevät säännöllisten kotikäyntien yhteydessä ikäihmisen kokonaistilanteen ja myös siinä tapahtuvat muutokset. Kotihoitoa on jatkossa kehitettävä siten, että työntekijöillä on käytössään asiakkaan hyvinvoinnin kannalta tarkoituksenmukaisia arviointimenetelmiä, jotka ottavat huomioon myös asiakkaan omat arviot hyvinvoinnistaan. Valittujen mittareiden avulla saadaan objektiivista ja vertailukelpoista tietoa asiakkaiden kokonaistilanteesta. Laadukas hoito edellyttää myös työntekijöiltä herkkyyttä rohkaista asiakkaita puhumaan tunteistaan, sillä viime kädessä vain asiakas voi itse arvioida, kärsiikö hän psyykkistä hyvinvointia kuormittavista tekijöistä, vai ei. (Eloranta ym. 2012.)

Kotihoidon käynnejä järjestetään ympärivuorokautisesti. Näin on tarkoitus mahdollistaa asiakkaan turvallinen kotona asuminen. Kotisairaanhoido voi olla myös tilapäistä ja sitä voidaan järjestää, mikäli asiakas ei itsenäisesti tai saatettuna pääse käymään terveyskeskuksessa tai laboratoriossa. Kaihileikkausten jälkeen laitettavien silmätippojen tiputus voidaan tehdä myös tilapäisinä kotihoidon käynteinä, mikäli henkilö ei itse kykene niitä laittamaan. (Kuopion kaupunki, 2021.)

Kotihoitoa säätelevät sosiaalihuoltolaki ja terveydenhuoltolaki ja STM vastaa näiden lainsäädäntöjen valmistelusta, suunnittelusta sekä ohjauksesta. Valvira valvoo kotiin annettavia palveluja ja hoitoja (STM, 2021.) Terveydenhuoltolakiin on kirjattu myös kohta kunnan täydennyskoulutusvelvoitteesta. Kunnan tai sairaanhoidopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen(L1326/2010.)

2.2 Ikääntymisen vaikutukset mielenterveyteen

Mielenterveys on osa hyvinvointia, joka tukee terveyttä ja toimintakykyä. Mielenterveyden häiriöt ovat toiselta nimeltään psykiatrisia häiriöitä. Häiriöt mielenterveydessä voivat heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Häiriöt ovat erilaisia oireyhtymiä, jotka luokitellaan oireiden ja vaikeustason mukaan (THL, 2019). Keskeisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat masennus, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosi, epävaka persoonallisuus, ahdistuneisuushäiriöt ja syömishäiriöt. (Holmberg, 2016).

Ikääntyminen tuo mukanaan monia muutoksia ja mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä, kuten muutoksia terveydessä, ihmissuhteissa, toimintakyvyssä ja taloudellisessa tilanteessa (Kelo ym. 2015). Näiden lisäksi autonomian menetys ja yhteiskunnan kielteiset asenteet ovat tärkeimpiä psyykkisen hyvinvoinnin riskitekijöitä vanhuusiällä (Heimonen, 2012). Tutkimuksessaan Eloranta ym. (2012) korostaa että psyykinen hyvinvointi vaikuttaa onnistuneeseen vanhenemisprosessiin ja heikentynyt psyykinen hyvinvointi uhkaa ikäihmisten kotona asumista, sekä johtaa ennen aikaiseen laitoshoitoon (Eloranta ym. 2012).

Ikääntyvien mielenterveysasiakkaiden kotihoidon haasteena ovat myös fyysiset vaivat. Macdonald mainitsee artikkelissaan mm. muistiongelmia ja dementian, jotka mielenterveysongelmien lisäksi aiheuttavat paljon erityishuomiota lääkityksen ja hoidon suhteen. Ikääntyvän mielenterveyskuntoutujan hoidossa tuleekin osata huomioida, mikä on psyykkistä ongelmaa ja mikä taas iän tai dementian

mukanaan tuomaa ongelmaa, ja osata näin hoitaa oikeaa sairautta (Macdonald, 1997).

On olemassa erilaisia käsityksiä siitä, miten psyykinen hyvinvointi rakentuu ja mitkä tekijät altistavat psyykkisille ongelmille. Psyykinen hyvinvointi on laaja käsite, jolla ei tarkoiteta pelkästään mielenterveysongelmien puuttumista vaan ennen kaikkea prosessia, jossa ihminen pyrkii pitämään yllä psyykkistä tasapainoa erilaisissa vaihtuvissa olosuhteissa ja elämäntilanteissa. Tärkeimpinä psyykkisen hyvinvoinnin riskitekijöinä vanhuusiällä on nähty ruumiilliset ja kognitiiviset ikään-tymismuutokset, läheisten ihmisten menetykset, omat sairaudet, ihmissuhteisiin ja vuorovaikutukseen lisääntyvät muutokset, yhteiskunnan kielteiset asenteet, autonomian menetys sekä eräät erityistilanteet, kuten omaishoito. (Heimonen, 2012).

GDS-15 on Geriatriinen depressioasteikko. Se kehitettiin iäkkäiden henkilöiden masennuksen arviointia varten. Kehitystyössä painotettiin asteikon täyttämisen helppoutta. Lisäksi pyrittiin välttämään vanhuksilla yleisesti esiintyvien somaattisten oireiden mukaan ottamista kysymysvalikoimaan. Alkuperäisessä versiossa on 30 kysymystä (kyllä/ei) käsittävä asteikko. Tästä on myöhemmin kehitetty 15 kysymyksestä koostuva suppeampi arviointiasteikko. GDS on itsearviointiasteikko, mutta toinen henkilö voi täyttää asteikon luettuaan kysymykset ääneen tutkittavalle. Masennusoireita arvioidaan viimeksi kuluneen viikon ajalta. GDS soveltuu parhaiten depression seulontamittariksi vanhuksilla. Summapistemäärä 0–10 on normaali, 11–20 viittaa lievään depressioniin ja 21–30 keskivaikeaan tai vaikeaan depressioniin. Kysymysten esittämiseen kuluu aikaa n. 15 minuuttia. (Geriatriinen depressioasteikko GDS. Käypä hoito. 2019.)

2.3 Ikääntyminen ja päihteet

Päihderiippuvuus tarkoittaa ihmisen pakonomaista ja jatkuvaa päihteiden käyttöä. Päihteiksi luokitellaan alkoholi, tupakka ja huumausaineet. Sekakäytöllä tarkoitetaan erilaisten kemiallisten aineiden käyttöä päihtymistarkoituksessa, esimerkiksi alkoholi ja opiaatit. Päihderiippuvuuteen liittyy vahva fysiologinen

riippuvuuden kehittyminen, jolloin toleranssi eli lisääntynyt sietokyky päihteeseen kohoaa, ja lopettaminen voi aiheuttaa voimakkaita vierotusoireita. (Päihde- ja huumeriippuvuus, 2018, Duodecim.)

Alkoholi on päihde, joka muuttaa keskushermoston toimintaa ja on riippuvuutta aiheuttavana aineena rinnastettavissa huumeisiin. Alkoholin runsas käyttö aiheuttaa terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja kuten alkoholimyrkytys, haimatulehdus, psykoosit ja maksasairaudet, sydän- ja verisuonisairauksia, aivoverenvuotoja, psyykkisiä ongelmia, syöpää, rytmihäiriöitä, aineenvaihdunnallisia ongelmia ja kohonnutta verenpainetta, muistihäiriöitä, uniongelmia sekä aivojen surkastumista. Itsemurhariski alkoholin käyttäjillä on huomattavasti suurempi normaaliväestöön verrattuna. Päihteistä aiheutuvista terveysongelmista paraneminen on sitä todennäköisempää, mitä varhaisemmin oireet tunnistetaan. On arvioitu, että nykyistä aikaisempi väliintulo päihdeongelmissa voisi puolittaa nykyisen päihdesairastavuuden. Terveystieteissä tulee siis kaikin keinoin pyrkiä lisäämään päihdeongelmien varhaista tunnistamista, interventioita ja ennaltaehkäisevää työtä. (Alkoholi ja terveys, 2019, Duodecim.)

Huumeiden käyttö on lisääntynyt Suomessa ja käytetyin on kannabis. Myös sekakäyttö on yleistynyt. Muita huumeita on bentsodiatsepiinit, opioidit, amfetamiini, kokaiini, buprenorfiini ja muuntohuumeet. Huumeet vaikuttavat keskushermostoon, mutta vaikutukset riippuvat aineesta ja annoskoota. Vaikutuksia ovat mielihyvän tunne, rauhoittuminen, lamaantuminen, piristyminen, ruokahalun väheneminen, kivun poistuminen ja hallusinaatiot. Toleranssin kasvaminen on hyvin yleistä, jonka myötä myös annoskoot kasvavat. Tämä lisää riskiä yliannostuksille, josta pahimmassa tapauksessa seuraa kuolema. (Aalto, Alho, 2018.) Huumeiden käyttäjän yleisimpiä tunnusmerkkejä voivat olla laajat tai pistemäiset mustuaiset, pistojäljet, kiihtyneisyys, nopea pulssi, aggressiivisuus, levottomuus, pelokkuus. Tunnusmerkit riippuvat käytetystä aineesta ja määrästä. (Aalto.M, Alho.H, 2018.)

Alkoholinkäyttö on yleistä myös ikääntyneillä. Kansanterveyslaitoksen vuonna 2005 tekemän kyselyn mukaan alkoholia kertoi käyttäneensä viimeisen vuoden

aikana 78 % 65-84-vuotiaista miehistä ja 53 % samanikäisistä naisista (Sulander ym. 2006).

Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari antaa palautetta alkoholin käytöstä sekä ohjausta ja keinoja alkoholin käytön vähentämiseksi. Mittarissa arvioidaan alkoholin käyttöä viimeisen vuoden ajalta. Mittarissa on 11 kysymystä koskien alkoholinkäyttöä. Osa kysymyksistä on monivalintakysymyksiä ja osaan kysymyksistä vastataan kyllä/ei. Testi perustuu USA:n geriatriksen seuran suosituksiin. Testiä on kehitelty itäsuomalaisena yhteistyönä, mukana yhteistyössä ovat olleet mm. Aluehallintovirasto ja Kuopion kaupunki. Ikääntyneille ei sovellu perinteinen AUDIT-testi, koska sen riskirajat on tarkoitettu terveille työikäisille henkilöille (Eriksson, 2015).

Suomen lainsäädännössä ikääntyneellä tarkoitetaan yli 65-vuotiaasta vanhuseläkkeeseen oikeutettua henkilöä (Ikätalo, 2019). Ikääntyminen aiheuttaa erilaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia. Fysiologisia muutoksia ovat lihas-kato, aerobinen kestävyys, tasapaino ja liikkuvuus. (Käypä hoito, Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset ja liikuntaharjoittelu, 2015). Psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia ovat mielialan madaltuminen, kognition heikentyminen, yksinäisyys ja sosiaalisten suhteiden vähentyminen. (Kelo, 2015). Iän myötä pitkäaikaissairaudet lisääntyvät ja niistä yleisimpinä koko väestössä ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, muistisairaudet, syövät ja krooniset keuhkosairaudet. (THL, Kansantaudit, 2019)

Ikääntyneet ovat alttiimpia alkoholin haitoille iän myötä elimistössä tapahtuvien muutosten takia. Siksi iäkkäiden alkoholinkäytölle on asetettu tiukemmat riskirajat. Noin joka viidennen yli 65-vuotiaan alkoholinkäyttö ylittää alla mainitut suositukset. Yli 65-vuotiaiden alkoholinkäytön riskirajat ovat yli 7 alkoholiannosta viikossa, yli kolme annosta kerralla. Yksi alkoholiannos vastaa 33 cl ruokakaupan olutta tai siideriä tai 12 cl viiniä tai neljä cl väkevää viinaa. Joidenkin sairauksien ja lääkityksien yhteydessä olisi terveyden kannalta suositeltavaa käyttää alkoholia tästä vieläkin pienempiä määriä tai pyrkiä täyteen raittiuteen. Lääkkeillä ja alkoholilla voi esiintyä yhteisvaikutuksia, vaikkei lääkkeitä ja alkoholia käytettäisiin samanaikaisesti. Alkoholin runsaan käytön tiedetään aiheuttavan haittoja sekä ihmisen fyysiselle, psyykkiselle että sosiaaliselle hyvinvoinnille. Ikääntyneet

ovat näille haitoille alttiimpia. Ikääntynyt humaltuu helpommin ja keskushermoston alkoholin sietokyky heikentyy. Alkoholin runsaasta käytöstä voi seurata esimerkiksi verenpaineen nousua, syöpää, suolistoverenvuotoa tai ripulia, aivoinfarkti tai aivoverenvuoto, masennusta ja ahdistusta, univaikeuksia ja muistiongelmia. Alkoholin liikakäyttö aiheuttaa myös monien sairauksien oireiden ja hoidon vaikeutumista (Mielenterveystalo.)

Ikääntyneen liiallisen alkoholinkäytön tunnistaminen voi olla haasteellista. Alkoholin aiheuttamia haittoja saatetaan pitää muista sairauksista johtuvina tai ikääntymiseen liittyvinä. Asian arkaluonteisuus voi estää avun pyytämistä ja tarjoamista. Tutkimusten mukaan ikääntyneiden alkoholiongelmien hoitojen tulokset ovat vähintäänkin yhtä hyviä kuin nuorempien, joten apua olisi haasteista huolimatta syytä hakea aina sitä tarvittaessa (Mielenterveystalo.)

Alkoholiongelmaan saa apua terveystaloksista ja päihdepalveluista esimerkiksi A-klinikoilta. Monilla paikkakunnilla on tarjota myös kotiin tuotavia päihdepalveluja ja kotihoidolla on osaamista päihdeongelmien hoidossa. Alkoholin käyttöä estäviä, käytön vähentämistä tukevia ja vieroitusoireita helpottavia lääkityksiä voi käyttää myös ikääntyneenä. Oheissairauksien, kuten masennuksen ja unettomuuden hyvä hoito on tärkeää. Myös osallistuminen virikkeelliseen toimintaan tukee alkoholin käytön vähentämistä (Mielenterveystalo.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kotihoidossa työskentelevien sairaanhoitajien osaaminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa. Asiakasryhmäksi valitsimme yli 65-vuotiaat kotihoidon asiakkaat. Halusimme kartoittaa myös kotihoidon henkilökunnan saamaa koulutusta mielenterveys- ja päihdetyössä ja selvittää onko lisäkoulutukselle tarvetta.

Tavoitteenamme oli saada kokonaisvaltainen kuva siitä, kokivatko sairaanhoitajat oman osaamisensa ja tietonsa riittäviksi tämän koko ajan kasvavan asiakasryhmän parissa. Tavoitteenamme oli antaa työelämäkumppanille ajantasaista tietoa työntekijöiden osaamisesta mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa ja mahdollisista lisäkoulutustarpeista. Toivomme saamamme tulosten antavan työnantajataholle tietoa, onko henkilöstölle tarvetta järjestää lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidosta. Työelämässä ajantasainen ja riittävä koulutus taas johtaa positiivisesti hoitotyön laatuun, asiakkaiden oikeanlaiseen ja rohkeaan kohtaamiseen sekä sairaanhoidolliseen osaamiseen.

Tutkimuskysymykset ohjasivat työtämme ja kyselypohjaa:

1. Mitkä ovat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kotona tapahtuvan hoidon haasteita?
2. Millainen osaaminen kotihoidon sairaanhoitajilla on mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Otimme syksyllä 2020 yhteyttä Kuopion kaupungin vanhuspalveluiden kehittämisasiantuntijaan keskustellaksemme opinnäytetyöstä. Toimme esiin mielenkiinnostamme mielenterveys- ja päihdetyötä kohtaan. Oman työkokemuksen kautta tiesimme mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden määrän kasvaneen kotihoidon puolella. Lisäksi kokemuksemme pohjalta em. asiakasryhmän hoidon haasteet olivat nousseet usein puheenaiheeksi työntekijöiden keskuudessa. Tutkimusryhmäksi valitsimme kotihoidon sairaanhoitajat, koska koimme näin saavamme tietoa omaan ammattialaan ja sen kehittämiseen liittyen. Tutkimuksen tarkoitus on selvittää sairaanhoitajien osaaminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa. Asiakasryhmäksi tarkentui yli 65-vuotiaat, koska valtaosa kotihoidon asiakkaista

koostuu heistä. Lisäksi kyseisen ikäryhmän hoitopolku ja hoitoon pääsy mielen-terveys- ja päihdepalveluissa on mielestämme haastavampaa. Julkulan sairaalan lakkautettua vanhuspsykiatrian osaston 2020 on hoito siirtynyt pääasiassa kentälle ja poliklinikoille. (YLE, 2020) Ennen tutkimuksen aloittamista haimme tutkimuslupaa Kuopion kaupungilta, josta lupa myönnettiin.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytimme kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta ja kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta. Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Määrällisellä analyysillä pyritään selvittämään esimerkiksi erilaisia ilmiöiden syy-seuraussuhteita, ilmiöiden välisiä yhteyksiä tai ilmiöiden yleisyyttä ja esiintymistä numeroiden ja tilastojen avulla. Määrälliseen analyysiin sisältyy erilaisia laskennallisia ja tilastollisia menetelmiä. Parina kvantitatiiviselle tutkimukselle pidetään kvalitatiivista tutkimusta, jolla pyritään ymmärtämään tutkittavan kohteen laatua, ominaisuuksia ja merkitystä kokonaisvaltaisesti. Molempia tutkimusmuotoja voidaan käyttää samassa tutkimuksessa ja niillä voidaan selittää eri tavoin samoja tutkimuskohteita. Tällaista kutsutaan monimenetelmälliseksi tutkimukseksi. Useita menetelmiä tutkimuksessa käyttämällä on mahdollista saada monipuolisempia tuloksia. (Jyväskylän yliopisto 2015.)

Tutkimusaineistomme kerättiin kyselomakkeen avulla sähköisesti Google Formilla. Kysymykset suunniteltiin yhdessä kehittämisasiantuntijan kanssa. Strukturoituja kysymyksiä oli lomakkeessa (Liite 1) 15 kappaletta, joista kolmeen oli mahdollista kirjoittaa lisäksi myös vapaata tekstiä. Kvantitatiivinen menetelmä näkyy työssä strukturoituina kysymyksinä, kvalitatiivinen menetelmä vapaiden tekstien myötä. Valitsimme menetelmäksi sähköisen kyselyn, koska ajattelimme siihen vastaamisen olevan helppoa ja nopeaa. Lisäksi koronan vuoksi emme pystyneet haastatteluja kasvotusten tekemään. Lomakkeen suunnittelussa on otettava huomioon vastaajien ajankäytön lisäksi mm. ulkoasu, kyselyn pituus, helppolukuisuus ja selkeys (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, 2010). Suunnittelimme kysymykset ja niiden määrän siten, että kyselyyn vastaamiseen menisi aikaa noin 10-15 minuuttia, ja siten siihen olisi matala kynnyks vastata. Kyselyn tarkoituksen ja siihen arvioimamme menevän ajan ilmoitimme myös saatetekstissä. Kehittämisasiantuntija lähetti sähköisen kyselyn linkin 105:lle Kuopion kaupungin kotihoidon

ja kotisairaalan sairaanhoitajalle ja kysely oli auki maaliskuun 2021 ajan. Tulokset tulivat Google Formsin kautta suoraan meille. Kyselyyn vastattiin anonyymisti. Kyselystä muistutettiin sairaanhoitajia vielä sähköpostitse noin viikko ennen kyselyajan päättymistä.

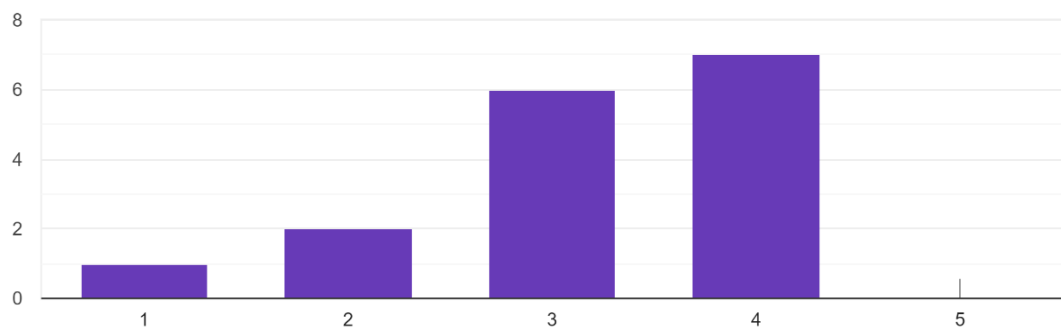
Tulosten analysoimisessa otimme huomioon sekä määrällisen sekä laadullisen menetelmän. Tutkimuksen pääpaino oli kuitenkin määrällisessä tutkimuksessa. Strukturoidut vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja havainnollistettiin graafisesti kaavioilla Google Forms-työkalun avulla. Kaavioiden avulla tulosten hahmottaminen on helpompaa ja kuviot ovat visuaalinen tapa havainnollistaa ilmiötä (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, 2004). Avoimille vastauksille teimme laadullisen sisällönanalyysin. Sisällönanalyysia voi käyttää mm. kirjoitettujen tekstien, haastattelujen tai nauhoitetun puheen aineiston analyysiin. Laadullinen sisällönanalyysi perustuu tutkijan tekemälle koodaukselle, jossa tutkija tunnistaa ja nimeää aineistostaan löytämiä sisällöllisiä elementtejä. Aineiston sisällöistä pyritään tekemään johtopäätöksiä, jotka kertovat tutkimuksellisesti jotakin yleisemmin kiinnostavaa. Sisällönanalyysi ei pohjaa millekään teoreettis-metadologiselle ajattelulle, joten analyysille ei löydy yhteisiä sääntöjä, eikä sitä ohjaa erityiset menetelmälliset käsitteet (Tietoarkisto, i.a.) Saatuja tuloksia peilasimme tutkimuskysymyksiimme, keräämäämme tutkimustietoon sekä Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan ja sen toteutumiseen yli 65-vuotiaiden kohdalla (Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013-2020). Vertasimme kyselyn tuloksia vuonna 2015 tehtyyn opinnäytetyöhön, jonka aiheena oli ikääntyvän mielenterveysasiakkaan hoitopolku Kuopion kaupungin kotihoidossa. Kyseisessä kyselyssä valtaosa vastaajista oli kuitenkin lähihoitajia, eikä päihdeasiakkaan hoitopolkua käsitelty, joten työ ei ole täysin verrattavissa omaan tutkimukseemme. Vaikka tutkimuskysymykset olivat eriävät meidän tutkimukseemme nähden, oli työssä tutkittu paljon samoja asioita (Kröger, Turunen, 2015.)

5 TULOKSET

Kyselyyn vastasi 16 sairaanhoitajaa. Kyselyyn vastaajat olivat iältään 27-62 vuotiaita. 53,3% kyselyyn vastaajista on toiminut kotihoidossa alle viisi vuotta, 20% vastaajista on toiminut kotihoidossa 5-10 vuotta ja 26,7% työskennellyt yli 10 vuotta.

Kyselyyn vastanneista 40% kertoi kohtaavansa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita päivittäin. 46,7% kohtasi mielenterveys- ja päihdeasiakkaita muutaman kerran viikossa. Kuitenkin vastanneista sairaanhoitajista 53,3% koki, että heidän tämänhetkiset tietonsa ja osaamisensa eivät ole riittäviä kohdata tai hoitaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita.

Millaisena koet osaamisesi tällä hetkellä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa? Asteikolla 1-5 (1 helppoa, 5 haastavaa)
16 vastausta



Kuvio 1: osaaminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidosta

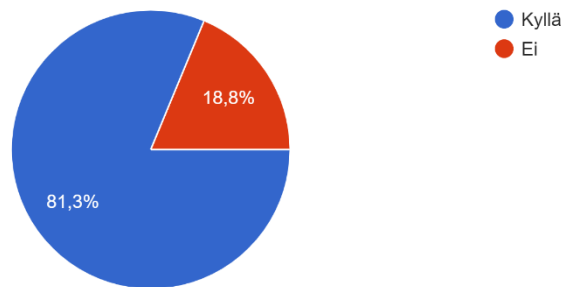
”Kohtaamisia päihdeasiakkaiden kanssa on tullut varsin vähän ja heidän kohtaamiseen liittyy jännittyneisyyttä, pelkojakin. Omat negatiiviset asenteet vaikuttavat vahvasti tähän. Tietoa pitäisi olla lisää ja tämän myötä kohtaamiset ja asenteetkin voisivat muuttua. Kaipaankin myös lisää oppia tietyistä psykiatrisista sairauksista ja etenkin vanhusien psykiatrisien sairauksien luonteesta ja hoidosta.”

5.1 Lisäkoulutus ja sen tarve

66,7% vastanneista sairaanhoitajista ei ollut saanut lisäkoulutusta mielenterveys-työstä, 33,3% oli saanut tai hankkinut lisäkoulutusta mielenterveystyöstä. Vastaa- jista 80% ei ollut saanut lisäkoulutusta päihdetyöstä.

Kuitenkin 80% kaikista vastaajista koki tarvitsevansa lisäkoulutusta mielenter- veys- ja päihdeongelmista. 93,3% sairaanhoitajista koki, että mielenterveys- ja päihdeongelmien lisäkoulutuksesta olisi hyötyä heille käytännön työhön.

Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmista
16 vastausta



Kuvio 2: lisäkoulutuksen tarve

”En ole saanut koulussa tarpeeksi tietoa vanhusten henkisen hyvinvoinnin edistämisestä. Päihdeasiakkaiden kohtaamista ei ole opetettu missään. En ole päässyt osallistumaan työnantajan järjestämiin koulutuksiin, mikäli niitä on edes ollut tarjolla.”

”En ole saanut mitään ”työkaluja” näiden asiakkaiden kohtaamiseen tai heidän ongelmien kohtaamiseen. Se luo epävarmuutta työhön heidän kanssaan. Mielestäni myös asiakkaiden oikeudet eivät toteudu, koska meillä ei ole riittävästi ammattitaitoa.”

Kysyttäessä millaista lisäkoulutusta sairaanhoitajat toivoisivat mielenterveys- ja päihdetyöhön, vastauksista kävi ilmi, että ihmisläheistä koulutusta kaivattaisiin.

”Lisäkoulutus voisi sisältää tietoa tietyistä psykiatrisista sairauksista, kuten skitsofreniasta ja sitten erityisesti vanhuspsykiatriasta koen tarvitsevani lisätietoa. Sairauksien ilmenemisestä, erityispiirteistä,

hoidosta ja hoitokeinoista. Keinoja ja tukea kuinka kohdata päihdeasiakas tai vaikeasti psyykkisesti oireileva asiakas voisi lisäkoulutus myös sisältää.”

Lisäksi vastauksista kävi ilmi, että hoitajat kaipaavat enemmän tietoa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tukipalveluista, hoitoon ohjauksessa, lääkehoidosta ja miten tukea mielenterveys- ja päihdeongelmaista selviytymään arjen toiminnoista. Selkeimmin nousi esille haasteet kyseisen asiakasryhmään kohtaamisessa.

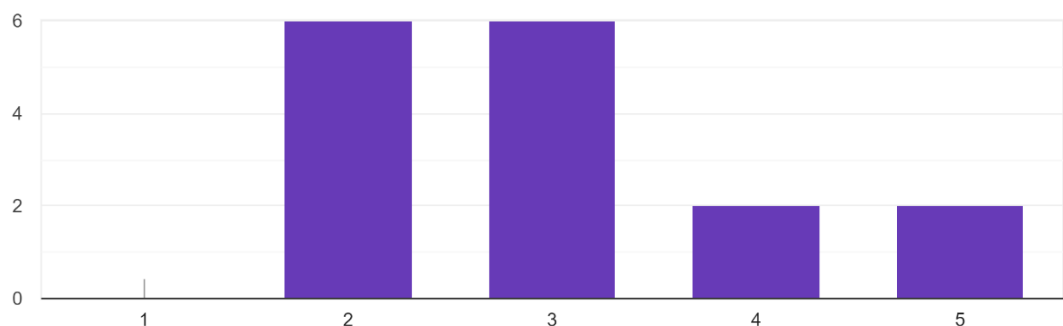
”Millä keinoin voitaisiin tukea mielenterveys- ja päihdeongelmaisia selviytymään arjen toiminnoista? Taloudellinen tuki? Vaatii paljon työtä ja osaamista sairaanhoitajalta selvittää kaikki laskuasiat ja tehdä hakemuksia tukia varten esim. Kelalta. Päihdeasiakkaiden kohdalla eettiset kysymykset esim. hoidonvastuuasiat/asiakkaan omaa vastuu omasta hoidosta jne. ovat monesti hankalia asioita.”

5.2 Tarvittavien palveluiden piiriin ohjaaminen

Kyselyyn vastanneista 12,5% koki osaavansa ohjata hyvin mielenterveys- ja päihdeasiakkaita tarvitsemansa avun piiriin, kun taas 37,5% vastanneista kokivat osaamisensa heikoksi. Loput vastaajista kokivat osaamisensa näiden väliltä.

Miten koet osaavasi ohjata mielenterveys- ja päihdeasiakkaan heidän tarvitsemansa avun piiriin (3.sektorin palvelut, tukipalvelut)

16 vastausta



Kuvio 4: mielenterveys- ja päihdepalveluiden piiriin ohjaaminen

Vapaan sanan vastauksista kävi myös ilmi, että asiakkaiden ohjauksessa tarvitsemansa avun piiriin on selkeitä haasteita.

”Oma osaaminen ja tieto ehkä riittäisikin, mutta moniammatillisuus/jatkohoito/yhteistyötahot ei riittävät -vaikea saada päihdekuntoutusta kotihoidon asiakkaille, samoin mielenterveyspalvelut riittämättömät, kun vanhuspsykiatrian osasto suljettiin.”

5.3 Erilaisten mittareiden tunnistaminen ja käyttäminen

86,7% vastaajista tunnisti erilaisia mielenterveys- ja päihdetyössä käytettäviä mittareita, 13,3% vastaajista ei tunnista yhtään mittaria. 80% sairaanhoitajista osasi hyödyntää mielenterveys- ja päihdetyössä käytettäviä mittareita työssään.

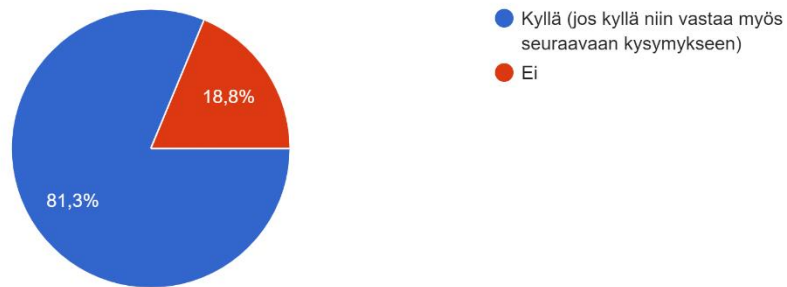
Osa vastaajista tunnisti vain toisen mittarin, esimerkiksi GDS-15-mittarin, mutta taas päihteiden käytön mittaria vastaaja ei tunnistanut. Vastauksista tuli ilmi myös, että vastaajan mielestä mittareista ei juuri ole hyötyä, jos ei niille ei ole jatkokäyttömahdollisuuksia. Eräs vastaajista totesi suoraan, että mittareita ei käytetä.

Vastauksista ei käy ilmi, miten hyvin todellisuudessa mittarit ovat työyhteisössä saatavilla ja onko niiden käyttöön ollut ohjausta. Kun mittareita käytetään, hyödynnetäänkö sitä mitenkään käytännön työssä tai käsitelläänkö näitä saatuja tuloksia työyhteisön sisällä tai jatkohoitoon ohjaamisessa, näitä ei vastauksista ilmene.

1.1 Haasteet mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa

Koetko työssäsi haasteita koskien mielenterveys ja päihdeasiakkaita?

16 vastausta



Kuvio 5: haasteet mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa

80% sairaanhoitajista koki työssään haasteita koskien mielenterveys- ja päihdeasiakkaita, 20% taas ei kokenut haasteita ollenkaan. Suurin osa vastanneista siis koki jonkinlaisia haasteita mielen terveys- ja päihdeasiakkaiden hoitotyössä. Vastauksista kävi ilmi, että haasteena koettiin asiakkaiden motivoiminen päih-teettömyyteen, mielenterveys- ja päihdepalveluiden huono saatavuus, asiakkaan sitoutuminen omaan hoitoon. Haasteina mainittiin myös aggressiivinen käytös asiakkaan tai omaisen kohdalla, likaiset hoitoympäristöt asiakkaan luona, asiakkaan kohtaamisen hankaluus. Vastauksista kävi ilmi myös, että haasteena on lääkehoito, erityisesti tietämättömyys mielenterveyslääkkeistä ja ikäihmisillä yleisesti käytössä olevien lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista. Vastauksissa mainittiin myös haasteeksi asiakkaan ohjaaminen oikean palvelun piiriin. Myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhteensopivuutta ikäihmisten hoidon kanssa oli pohdittu.

”Asiakkaan sitoutuminen omaan hoitoon on haastavaa ja joskus turhauttavaa. Päihdeasiakkaiden kohdalla on tullut vaarantilanteita työssä asiakkaan tai omaisen aggressiivisuuden käyttäytymisen takia. Työskentely-ympäristö on useasti sotkuinen ja likainen, jopa eritteitä voi olla pinnoilla.”

”Oikeanlaisen avun tarjoaminen esim. mielenterveysihmisen auttamiseksi ja tukemiseksi, varhaisen avun anto, mitä kautta apuja saa ja kokenut että vaikea saada mielenterveys- tai päihdepuolen ihmiselle kohdennettua apua ja mistä kysyä. Ei ole tiedossa kaupungin tarjoamat palvelut ja kriteerit.”

Hoitajien oma asenne koettiin myös haasteeksi. Vastauksissa kerrottiin haasteena olevan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen, sekä hoitajan omat negatiiviset asenteet päihdeasiakkaita kohtaan. Eräs vastaajista kirjoitti, että hänen oma asenteensa kyseenomaisia sairauksia kohtaan on huonompi, kuin esimerkiksi somaattisia sairauksia kohtaan.

6 POHDINTA

6.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyö on tehty eettisten ohjeiden mukaan (Arene, 2019). Perehdyimme opinnäytetyön aiheeseen ja aiempaan tutkimustietoon. Ennen tutkimuksen aloittamista hankimme Kuopion kaupungilta tutkimusluvan. Tutkimuslupahakemukseen liitimme opinnäytetyön suunnitelman, jonka olimme tätä ennen hyväksyttäneet Kuopion kaupungin vanhuspalvelujen kehittämisasiantuntijalla. Valmis opinnäytetyö lähetetään Kuopion kaupungille, ja he voivat halutessaan sitä hyödyntää henkilöstön lisäkoulutuksen tarpeen arvioinnissa. Kyselylomake hyväksytettiin kehittämisasiantuntijalla ennen sen lähettämistä henkilöstölle. Kyselyyn vastaminen tapahtui anonymisti ja perustui täysin vapaaehtoisuuteen. Kyselylomakkeet hävitetään heti analysoinnin ja opinnäytetyön valmistumisen jälkeen. Kyselyn mukana lähetettiin työntekijöille saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen vapaaehtoisuudesta.

Kysely lähetettiin 105 työntekijälle, joista kyselyyn vastasi 16 sairaanhoitajaa. Määrä oli huomattavasti pienempi, kuin mitä olimme odottaneet. Koska vastausprosentti oli näin pieni, ei luotettavaa kokonaiskuvaa Kuopion kaupungin

sairaanhoitajien osaamisesta tutkimuksen avulla saatu. Aikataulullisista syistä emme ehtineet kyselyä enää uusimaan.

6.2 Opinnäytetyön prosessin pohdinta

Idea opinnäytetyön aiheesta lähti avoimesta keskustelusta, jossa pohdimme mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden määrän kasvaneen kotihoidossa. Olemme molemmat työskennelleet kotihoidossa ja pohdimme em. asiakasryhmän tuomia haasteita työssä. Olimme yhteyttä Kuopion kaupungin kehittämissiantuntijaan keväällä 2020. Päädyimme tekemään työelämälähtöisen kvantitatiivisen tutkimuksen kotihoidon sairaanhoitajille. Halusimme nimenomaan tehdä tutkimuksen kyselynä suoraan työelämässä toimiville sairaanhoitajille, joilla on ajantasaista tietoa ja näkemystä suoraan asiakastyöstä. Laadimme kyselyn Google Formsin kautta, jonka tuloksien avulla halusimme selvittää millainen osaaminen kotihoidon sairaanhoitajilla, on kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Teimme yhteistyötä Kuopion kaupungin kehitysasantuntijan kanssa koko prosessin ajan. Hänen kanssaan kävimme kyselylomakkeen läpi ennen julkaisua ja muokkasimme sitä saamamme palautteen mukaisesti. Kyselyn tulokset ja johtopäätökset on tarkoitus esitellä Kuopion kaupungin kotihoidon sairaanhoitajille ja heidän esimiehilleen loppuvuodesta 2021 erikseen sovittuna aikana. Tavoitteena on, että tuloksia hyödynnettäisiin henkilöstön lisäkoulutusten tarpeita mietittäessä ja sen lisäksi esimiehet saisivat ajantasaista tietoa työntekijöiden itse arvioimasta osaamisestaan.

6.3 Tulosten pohdinta ja johtopäätökset

Vastausten perusteella sairaanhoitajat kohtasivat mielenterveys- ja päihdeasiakkaita viikoittain, jopa päivittäin. Lähes puolet kokivat omat tietonsa riittäviksi em. asiakkaiden hoidossa. Kaikista vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitajien kokemus päihdeasiakkaista oli vähäisempää kuin mielenterveysasiakkaista, työvuosien määrästä riippumatta. Alle viisi vuotta kotihoidossa työskennelleistä

sairaanhoidajista lähes kaikki vastaajat kokivat omat tietonsa ja taitonsa riittäviksi mielenterveys ja päihdeasiakkaiden kohtaamisessa, kun taas 5-10 vuotta kotihoidossa työskennelleistä vastaajista lähes kaikki vastaajat kokivat tietonsa riittämättömiksi. Työntekijöillä, jotka kokivat tietonsa riittämättömiksi, oli syynä koulutuksen ja sairauksien tiedon puute. Lisäkoulutusta sairaanhoidajista suurin osa ei ollut saanut, mutta kokivat sen kuitenkin tarpeelliseksi. Yli 10 vuotta kotihoidossa työskennelleistä sairaanhoidajista lähes kaikki olivat saaneet lisäkoulutusta sekä mielenterveys-, että päihdetyöstä. 5-10 vuotta kotihoidossa työskennelleistä sairaanhoidajista kukaan ei ollut saanut lisäkoulutusta päihdetyöstä. Alle viisi vuotta työskennelleistä vastaajista kukaan ei ollut saanut lisäkoulutusta mielenterveys- tai päihdetyöstä.

Tutkimuksen jälkeen saimme tarkennusta Kuopion kaupungin kehitysasiantuntijalta, että henkilöstöstä osa on saanut lisäkoulutusta, mikä ei tule kyselyn vastauksista ilmi. Lisäkoulutuksia ovat olleet perheinterventiokliinikon koulutus, perhetyön ammatillisia opintoja, mielenterveystyön erikoistumisopinnot, mielenterveyden ensiapu eli MTEA 1-2 sekä nuoren mielen eli NMEA –koulutukset ja perushoitajan opinnot, jotka päivitetty myöhemmin mielenterveys-, päihde- ja kriisi-työn lähihoitajaopinnoilla.

Vuonna 2015 tehdyssä opinnäytetyössä käy ilmi, että lisäkoulutuksen tarve on ollut Kuopion kaupungin kotihoidon henkilöstöllä eniten mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien hoitamiseen sekä voinnin muutosten tunnistamiseen. Myös olemassa olevien palveluiden löytymiseen ja mielenterveyden edistämiseen kaivattiin lisäkoulutusta (Kröger, Turunen, 2015.)

Työelämän nopea muuttuminen edellyttää, että organisaatioissa arvioidaan jatkuvasti henkilöstön osaamistarpeita, koska ammattien sisältöjen ja työn edellyttämän osaamisen on oltava tasapainossa. Terveystuollon täydennyskoulutussuositus määrittelee täydennyskoulutuksen olevan ammattia tukevaa, suunnitelmallista, tarvelähtöistä, lyhyt- tai pitkäkestoista koulutusta, jonka tarkoituksena on ylläpitää, ajantasaistaa ja lisätä työntekijän ammattitaitoa ja osaamista potilaiden ja asiakkaiden kanssa. Täydennyskoulutusvelvollisuudesta säädetään sekä terveydenhuollon että sosiaalialan ammattihenkilölaissa (Laki 559/1994, Laki

817/2015) (Coco ym. 2018.) Kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on huolehdittava siitä, että terveydenhuollon henkilöstö osallistuu riittävästi terveydenhuollon täydennyskoulutukseen. (L1326/2010.) Siitä ei ole tietoa onko täydennyskoulutusta henkilöstölle tarjottu, tai ovatko he itse sitä aktiivisesti pyytäneet.

Tutkintoon johtava koulutus antaa kasvatus- sekä sosiaali- ja terveystalalla ammattihenkilöille valmiudet ja oikeuden harjoittaa ammattiaan. Jatkuvan ammatillisen kehittymisen lähtökohdat ovat korostuneet myös ammattipätevyysdirektiivin (Ammattipätevyysdirektiivi 2013/55) kansallisessa toimeenpanossa. Euroopan työmarkkinajärjestöt määrittelevät jatkuvan ammatillisen kehittymisen prosessiksi, jonka kautta yksilö ylläpitää, vahvistaa ja laajentaa nykyiseen ammattiinsa tai sekä ammatti- tai työllistämistarpeisiinsa liittyviä tietojaan ja taitojaan koko uransa ajan (Coco ym. 2018.)

Haasteita koettiin osaamisessa ohjata mielenterveys- ja päihdeasiakas tarvitsemansa avun piiriin. Vastauksista kävi ilmi, että eniten haasteita siinä kokevat 5-10 vuotta kotihoidossa työskennelleet kyselyyn vastanneet.

Kuopion kaupungin sivuilta ilmenee, että mielenterveysongelmissa ensisijainen hoitopaikka on terveyskeskuksen hoitotiimi tai virka-ajan ulkopuolella akuuttitilanteissa päivystys. Tarvittaessa tehdään lähete psykiatrian sairaanhoitajille, jotka työskentelevät terveyskeskuksessa, Kuopion psykiatrian keskukseseen tai muille Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian poliklinikoille. Yli 65-vuotiaille on vanhuspsykiatrian hoitotiimi, jonka toimipiste on Kuopion yliopistollisessa sairaalassa. Kyseessä on avohoidon yksikkö, ikääntyneille ei ole enää keskitettyä osastohoitoa tarjolla, vaan psykiatrisessa osastohoidon tarpeessa olevat sijoitetaan vapaana oleville potilaspaikoille Julkulaan. (Kuopion kaupunki, i.a.)

Alkoholivieroitukseen voi hakeutua Päihdepalvelusäätiölle arkisin ilman lähetettä, viikonloppuisin tarvitaan lääkärin lähete. Tällöin tulee hakeutua päivystykseen, josta lähete on mahdollista saada. Ennaltaehkäisevälle hoitojaksolle voi hakeutua Päihdepalvelusäätiölle ilman lähetettä. Päihdepalvelusäätiöllä on myös päihdekliniikka, joka on avopalveluyksikkö ja se tarjoaa myös kotiin tehtävää päihde-työtä. (Päihdepalvelusäätiö,i.a.)

Erilaisia päihde- ja mielenterveystyössä käytettäviä mittareita tunnistettiin ja vastausten perusteella myös osattiin hyödyntää. Yli 10 vuotta työskennelleistä sairaanhoitajista kaikki vastaajat kertoivat osaavansa käyttää mittareita ja myös hyödyntää niitä työssään.

Haasteena mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa koettiin riittävä varhainen puuttuminen, riittävä tuen antaminen, omat asenteet, kohtaaminen ja asiakkaan sitoutuminen hoitoon. Bäckman ja Lensu (2013) toivat myös tutkimuksessaan esille, että osa haastateltavista koki kaikkien asiakkaiden olevan tasa-arvoisessa asemassa, osa näki kuitenkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden olevan epätasa-arvoisessa asemassa muihin asiakkaihin nähden. Asiakkaat arvostivat työntekijöiden pysyvyyttä sekä jatkohoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Asiakaslähtöisyyden toteutumisessa nähtiin estävänä tekijänä niukat taloudelliset resurssit. Hoitosuhteessa keskustelu koettiin erittäin tärkeäksi auttamismenetelmäksi. Keskusteluihin kotihoidon henkilökunnalla ei kuitenkaan ole tarpeeksi aikaa. Eli kotihoidon työntekijöiden mielestä aika- ja resurssipula ovat haasteita kotona tapahtuvassa mielenterveysasiakkaan kotihoidossa (Bäckman. T., Lensu. T 2013.)

Johtopäätöksinä lisäkoulutuksen tarvetta mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidosta on. Vastausten perusteella tietoa kaivataan lisää lääkehoidosta, erilaisista psyykkisistä sairauksista, lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaille tarjottavista palveluista. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaaminen nousi useassa kohdassa esille, asiakasryhmään kohdistuu mm. pelkoja ja ennakkoluuloja, mitkä voivat vaikuttavat myös asiakastilanteisiin. Eloranta (2012) esittää tutkimuksessaan, että kotihoitoa tulisi jatkossa kehittää niin, että se vastaisi nykyistä paremmin mielenterveysasiakkaiden tarpeita ja odotuksia. Tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijöiden osaamista ja työmuotoja tulisi kehittää niin, että psykososiaalisten tarpeiden tunnistamiseen voitaisiin vastata paremmin. (Eloranta ym. 2011.)

Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa vuosille 2013-2020 tavoitellaan ensisijaisesti ehkäiseviä ja varhaiseen tukeen painottuvia päämääriä. Mielenterveyden edistämisen osalta suunnitelmassa nähtiin olennaisiksi

tavoitteiksi se, että mielenterveyshäiriöitä tunnistetaan varhaisessa vaiheessa peruspalveluissa ja varmistetaan hoitopolkujen toimivuus. Hoitopolku ikääntyneiden mielenterveys- ja päihdepalveluihin oli kuitenkin kyselyyn vastanneiden mielestä epäselvä ja avun hakemisen reitit eivät olleet selviä vastaajille. Kuopion mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on päämäärinä hyvän mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistäminen eri ikäryhmissä, mielenterveys- ja päihdekysymysten puheeksi ottaminen palveluissa sekä se, että sosiaali- ja terveysalan peruspalveluissa hoidetaan lievät mielenterveys- ja päihdeongelmat. Kaikissa mielenterveys- ja päihdepalveluissa on asiakaslähtöiset ja vaikuttavat toimintamallit ja hoitopolut. Päämäärään johtavana keinona mainitaan suunnitelmassa se, että ikäihmisille tulee kehittää mielenterveys- ja päihdeteemaan liittyviä matalan kynnyksen avopalveluita. (Kuopion kaupunki, mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013–2020.) Vastausten perusteella sairaanhoitajilla ei ollut tietoa näistä palveluista, tai tietoa niistä ei ollut helposti saatavilla.

6.4 Tutkimuksen hyödyntäminen ja ammatillinen kasvu

Työntekijöiden kouluttaminen mielenterveys- ja päihdeongelmiin lisää tietoisuutta kyseisistä asiakasryhmistä ja auttaa työntekijöitä tunnistamaan tietynlaisten ongelmien erityispiirteitä asiakkaissaan ja hoitamaan asiakkaita niiden perusteella. Kouluttaminen madaltaa kynnystä kohdata mielenterveys- ja päihdeasiakkaita ja tämä puolestaan vaikuttaa työntekijän omiin ennakkoluuloihin ja asenteisiin kyseisiä asiakkaita kohtaan. Koska mielenterveys- ja päihdeongelmia on paljon myös somaattisten sairauksien rinnalla, olisi hyvä, jos tämä otettaisiin opintosuunnitelmissa huomioon esimerkiksi lisäämällä mielenterveys- ja päihdetyön opintoja koulutusohjelmiin.

Kyselyn tulosten läpikäynnin jälkeen selvitimme, saimmeko tutkimuskysymyksiin vastaukset. Vastauksia saimme joko suorasti tai epäsuorasti, jolloin tulkitsimme tuloksia ja vertasimme niitä jo tutkittuun tietoon. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kotona tapahtuvan hoidon haasteita emme saaneet yksityiskohtaisesti selville johtuen kysymysten asettelusta, sekä vapaan sanan niukoista vastauksista. Kuitenkin vastauksista pystyi päättämään kotona hoidon tapahtuvia haasteita

ja kirjallinen materiaali sekä aiemmin tehdyt tutkimukset aiheesta tukivat vastauksia.

Opinnäytetyöprosessi kehitti itsensä johtamisen ja ryhmätyöskentelyn taitoja. Työn tekemisessä tarvittiin kommunikointitaitoa, kykyä ratkaista konflikteja, suunnitella ja aikatauluttaa omaa työntekoaan, jakaa vastuuta työn tekemisestä tasapuolisesti, perustella ja arvioida valintojaan ja myös ottaa rakentavasti vastaan palautetta sekä hyödyntää sitä työssä. Opinnäytetyön tekoprosessin aikana opimme tekemään yhteistyötä työelämäkumppanin kanssa sekä hyödyntämään työelämäkumppanin antamaa tietoa laatiessamme kysymyksiä. Opimme etsimään luotettavaa tietoa eri tietokannoista ja lähteistä, sekä hyödyntämään niitä työssämme. Luimme työmme pohjalle myös erilaisia opinnäytetöitä ja hyödynsimme niiden lähteitä etsiessämme lisää tietoa. Tutkimme myös erilaisia artikkeleita koskien hoitajien osaamista ja jaksamista, ja se tuki työmme tuloksia ja omia arvioitamme kyselyn mahdollisista tuloksista. Kirjallisen työn kokoaminen oli ajoittain haastavaa, mutta opettavaista. Yhdessä työskentely helpotti työn etenemistä kuitenkin huomattavasti ja ryhmätyöskentely kehittyi tämän työn aikana molemmilla. Työ tuki ammatillista kasvuaamme tukemalla yhteistyötaitojamme ja tutkitun tiedon käyttöä työskentelyn pohjalle. Lisäksi vahvistui se mitä ajattelimme, kotihoidon sairaanhoitajat tarvitsevat lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdetyöstä. Saimme vastaukset tutkimuskysymyksiin tutkimuksen avulla ja toivomme, että myös työnantajataho hyödyntää tutkimustuloksia koulutusten suunnittelussa ja toteutuksessa.

LÄHTEET

- Arene. (12.9.2019). *Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyön eettiset suositukset*
<https://www.arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2020/AMMATTI-KORKEAKOULU-JEN%20PINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTI-SET%20SUOSITUKSET%202020.pdf? t=1578480382>
- Bäckman, T. ja Lensu, T. (2013). *Asiakslähtöisyyden toteutuminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta*
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63308/Backman_Lensu.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Coco, K., Kurtti, J. (2018.) Osaamistarpeet sosiaali- ja terveysalalla. Tehyläisten näkemyksiä työpaikoilla tarvittavasta osaamisesta. Tehyn julkaisu-sarja B:4/18 (Tehy Ry)
- Eloranta, S. Arve, S. Viitanen, M. Isoaho, H. Routasalo, P. (2012). *Ikäihmisten psyykkinen hyvinvointi ja psykososiaalisen tuen toteutuminen kotihoidossa*. Hoitotiede
- Eriksson, H. (2015). *Ikääntyminen ja päihteet*. Sininauhaliitto. Saatavilla:
https://www.ikaantyneidenpaihdeyto.fi/application/files/2815/0896/5023/Ikaantyminen_ja_paihteet_selkoesite.pdf
- Geriatrinen depressioasteikko (GDS). Käypä hoito (2.4.2019). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla: <https://www.kaypa-hoito.fi/pgr00024>
- Heimonen, S. (2012). *Mielen terveys vanhuudessa*. (1.painos) Edita Prima Oy
- Holmberg, J. (2016). *Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä* (1.painos) Edita Publishing Oy
- Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P., Agge, E. (2008) *Tämä potilas kuuluu meille. Sairaanhoidaja tekee mielenterveys- ja päihdetyötä*. Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Helsinki.
- Ikonen, E-R. (2013) *Kehittyvä kotihoito* (3.uud.p) Edita Publishing Oy

- Jyväskylän yliopisto. (2015). Määrällinen analyysi. Saatavilla 1.8.2021
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi#:~:text=M%C3%A4%C3%A4r%C3%A4llinen%20eli%20kvantitatiivinen%20tutkimusaineiston%20analyysi%20perustuu%20aineiston%20kuvaamiseen,ilmi%C3%B6iden%20yleisytt%C3%A4%20ja%20esiintymist%C3%A4%20numeroiden%20ja%20tilastojen%20avulla>
- Jyväskylän yliopisto. (2015) Määrällinen tutkimus. Saatavilla 14.9.2021
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/maarallinen-tutkimus>
- Kelo, S. Launiemi, H. (2015). *Ikääntynyt ihminen ja hoitotyö*. Sanoma Pro Oy. Kuopion kaupungin mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2013 – 2020. Saatavilla 10.4.2021:
<https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7505875/Kuopion+kaupungin+mielenterveys-+ja+p%C3%A4ihdesuunnitelma+2013-2020.pdf/2544c5e5-b1d7-4316-9968-337618ef15db>
- Kuopion kaupunki. (2020). *Vanhuspalveluiden myöntämisperusteet*. Saatavilla 9.12.2020 <https://www.kuopio.fi/documents/7369547/7556251/Vanhuspalveluiden+my%C3%B6nt%C3%A4misperusteet+2021.pdf/427314a3-af6d-49ef-949f-d3b5ce77e723>
- L1326/2010. Terveystieteiden laitos. 30.12.2010/1326. <https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L1P5>
- Macdonald, A J D. (1997). *ABC of mental health: Mental health in old age*. BMJ: British Medical Journal. Vol. 315, Iss. 7105, 413.
- Mielenterveystalo. Aikuiset. Omahoito ja oppaat. Saatavilla 17.3.2021
https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-op-paat/op-paat/tietoa_ikaihmissen_mielenterveydesta/psykiatriset_ja_neuro-psykiatriset_ongelmat/Pages/ikaantyminen_ja_alkoholi.aspx
- Päihdepalvelusäätiö. Saatavilla 10.4.2021 <https://www.ksps.fi/>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. *Kotihoito ja kotipalvelut*. Saatavilla 17.3.2021
<https://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

- Sulander, T., Helakorpi, S., Nissinen, A., Uutela, A. (2006). *Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993-2005* (Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto. Terveyden edistämisen tutkimusyksikkö. Helsinki)
- Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. (10.9.2019) *Mielenterveyden edistäminen* <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen>
- Terveyskirjasto. (30.11.2018). *Päihde- ja huumeriippuvuus*. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00414
- Terveyskirjasto. (24.1.2019). *Alkoholi ja terveys* https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120
- Tietoarkisto. (i.a.) *Laadullinen sisällönanalyysi*. Saatavilla 14.9.2021 <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/kvali/analyysitavan-valinta-ja-yleiset-analyysitavat/laadullinen-sisallanalyysi/>
- Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. (2.9.2004). *Graafinen esitys*. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kuviot/kuviot.html>
- Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. (26.8.2010). *Kyselylomakkeen laatiminen*. <https://www.fsd.tuni.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
- Yle. (23.1.2020). Vanhusten mielenterveystyöstä leikataan Kuopiossa, vaikka hoitopaikat ovat jatkuvasti täynnä – tutkijat huolissaan vanhuspsykiatrian tilasta <https://yle.fi/uutiset/3-11165999>

LIITE 1. Kyselylomake

Kysely kotihoidon sairaanhoitajille

Kyselyllä haluamme selvittää millaiset valmiudet ja osaaminen kotihoidon sairaanhoitajilla on yli 65-vuotiaiden mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa.

*Pakollinen

1. Ikäsi *

2. Työkokemuksesi kotihoidossa vuosina *

Merkitse vain yksi soikio.

0-5 vuotta

5-10 vuotta

yli 10 vuotta

3. Kuinka usein kohtaat nykyisessä tiimissäsi mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkaita? *

*

Merkitse vain yksi soikio.

päivittäin

muutaman kerran viikossa

muutaman kerran kuukaudessa

harvemmin kuin kerran kuukaudessa

en koskaan

4. Kuinka paljon sinulla on kokemusta mielenterveystyöstä? *

Merkitse vain yksi soikio.

0 1 2 3 4 5

ei ollenkaan riittävästi

5. Kuinka paljon sinulla on kokemusta päihdetyöstä? *

Merkitse vain yksi soikio.

0	1	2	3	4	5		
ei ollenkaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	riittävästi

6. Koetko oman tämän hetkisen osaamisesi ja tietosi riittäviksi kohdata ja hoitaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaita? *

Merkitse vain yksi soikio.

- Kyllä
- Ei, (jos ei, niin vastaa myös seuraavaan kysymykseen)

7. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, niin miksi ei?

8. Millaisena koet osaamisesi tällä hetkellä mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidossa? Asteikolla 1-5 (1 helppoa, 5 haastavaa) *

Merkitse vain yksi soikio.

1	2	3	4	5		
Helppoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haastavaa

9. Oletko saanut lisäkoulutusta mielenterveystyöstä? *

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

En

10. Oletko saanut lisäkoulutusta päihdetyöstä? *

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

En

11. Koetko tarvitsevasi lisäkoulutusta mielenterveys- ja päihdeongelmista? *

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

Ei

12. Uskotko lisäkoulutuksesta olevan sinulle hyötyä käytännön työhön? *

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

Ei

13. Millaista lisäkoulutusta toivoisit? *

14. Miten koet osaavasi ohjata mielenterveys- ja päihdeasiakkaan heidän tarvitsemansa avun piiriin (3.sektorin palvelut, tukipalvelut) *

Merkitse vain yksi soikio.

	1	2	3	4	5	
En lainkaan osaa ohjata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Osaan hyvin ohjata

15. Tunnistatko erilaisia mielenterveys- ja päihdetyön mittareita? (Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari, GDS-15) *

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

Ei

16. Osaatko hyödyntää mittareita työssäsi? *

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä

Ei (jos ei niin vastaa seuraavaan kysymykseen)

17. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, niin miksi et osaa hyödyntää mittareita työssäsi?

18. Koetko työssäsi haasteita koskien mielenterveys ja päihdeasiakkaita? *

Merkitse vain yksi soikio.

Kyllä (jos kyllä niin vastaa myös seuraavaan kysymykseen)

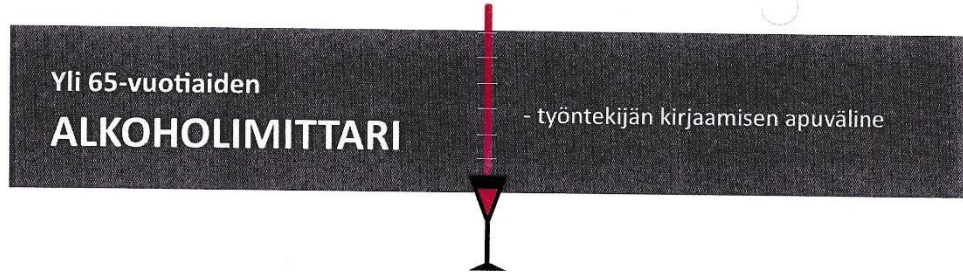
Ei

19. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, niin millaisia haasteita koet työssäsi?

Google ei ole luonut tai hyväksynyt tätä sisältöä.

Google Forms

LIITE 2. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari

**1) Onko alkoholin käyttönne**

- Loppunut
- Vähentynyt
- Pysynyt samana
- Lisääntynyt hieman
- Lisääntynyt runsaasti

2) Kuinka usein käytätte olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä?

- 0 p En koskaan
- 0 p Noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 1 p 2-4 kertaa kuukaudessa
- 2 p 2-3 kertaa viikossa
- 3 p 4 kertaa viikossa tai useammin

3) Kuinka monta annosta alkoholia juotte yleensä niinä päivinä, jolloin käytätte alkoholia?

- 0 p Vähemmän kuin 1 annoksen
- 0 p 1 annoksen
- 1 p 2 annosta
- 4 p 3 annosta
- 5 p 4 annosta tai enemmän

4) Miksi käytätte alkoholia?

- Ruokajuomana
- Rentoutumiseen
- Rohkaisuun
- Seuran vuoksi
- Unettomuuden hoitoon
- Yksinäisyyden tunteen lievittämiseen
- Mielialan kohentamiseen
- Parisuhteeseen liittyvien vaikeuksien vuoksi
- Kipujen lievittämiseen
- Jonkun muun syyn vuoksi, minkä _____

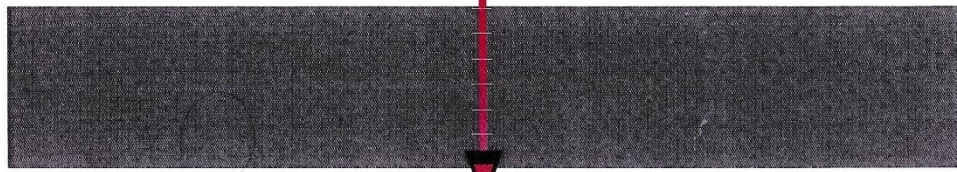
5) Onko Teille selvitetty käyttämienne lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutukset?

- Minulla ei ole lääkitystä
- Kyllä
- Ei

6) Kuuluuko lähipiiriinne joku, joka käyttää runsaasti alkoholia tai muita päihteitä?

- Ei
- Kyllä





7) Onko Teillä alkoholinkäytön yhteydessä ilmennyt seuraavia oireita

- Ei ole ilmennyt mitään oireita
- On ilmennyt mielialaan liittyviä oireita
- On ilmennyt kehoon liittyviä oireita

8) Onko alkoholin käyttöönne liittynyt seuraavia asioita?

- Olen satuttanut itseäni, esim. kaatunut
- Olen satuttanut toista, esim. lyönyt tai sanonut loukkaavasti
- Olen ajanut ajoneuvoa päihtyneenä
- Taloudellisia vaikeuksia
- Unohdin, mitä tapahtui
- Sammuin
- Joku toinen on huolestunut alkoholin käytöstäni
- En ole joutunut mihinkään vaikeuksiin

9) Onko Teille käynyt niin, että ette ole pystynyt lopettamaan alkoholin käyttöä, kun aloitte ottaa?

- 0 p Ei koskaan
- 1 p Joskus
- 4 p Usein

10) Onko Teille käynyt niin, että ette ole juomisen vuoksi saanut tehtyä päivittäisiä toimianne?

- 0 p Ei koskaan
- 1 p Joskus
- 4 p Usein

11) Onko Teille käynyt niin, että runsaan juomisen jälkeen olette tarvinnut aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksenne paremmin liikkeelle?

- 0 p Ei koskaan
- 1 p Joskus
- 4 p Usein

Yhteenveto ja jatkosuunnitelma

LIITE 3 GDS-15 geriatrinen depressioasteikko

Myöhäisiän depressioseula GDS-15

Potilaan nimi: _____

Arviointipäivämäärä: _____

Syntymäaika: _____

Arvioija: _____

Myöhäisiän depressioseula GDS-15					
1. Oletteko periaatteessa tyytyväinen elämäänne?	kyllä	EN	10. Onko Teillä mielestänne enemmän muistihäiriöitä kuin ihmisillä yleensä?	KYLLÄ	ei
2. Oletteko luopunut monista riennoistanne ja harrastuksistanne?	KYLLÄ	en	11. Onko Teidän tällä hetkellä hyvä elää?	kyllä	EI
3. Tuntuuko elämänne tyhjältä?	KYLLÄ	ei	12. Tunneteko itsenne nykyisellään jokseenkin toivottomaksi?	KYLLÄ	en
4. Pitkästyttkö usein?	KYLLÄ	en	13. Tunneteko olevanne täynnä tarmoa?	kyllä	EN
5. Oletteko enimmäkseen hyvällä tuulella?	kyllä	EN	14. Tuntuuko Teistä, että tilanteenne on toivoton?	KYLLÄ	en
6. Pelkäättekö, että Teille voi tapahtua jotain pahaa?	KYLLÄ	en	15. Tuntuuko, että useimmilla ihmisillä menee paremmin kuin Teillä?	KYLLÄ	ei
7. Tunneteko enimmäkseen olevanne iloinen?	kyllä	EN	Isoilla kirjaimilla (varjostetut alueet) kirjoitettujen vastausten lukumäärä lasketaan yhteen. Kustakin tällaisesta annetaan yksi piste. Yli 6 pistettä antaa aiheita depression epäilyyn.		
8. Tunneteko itsenne usein avuttomaksi?	KYLLÄ	en			
9. Oletteko mieluummin kotona kuin lähdette ulos ja teette uusia asioita?	KYLLÄ	en			