

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2013

Päivi Nikkanen

MUISTI- JA ALKOHOLIONGEL- MIEN TUNNISTAMINEN SALON KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma | Hoitotyö

2013 | 42 + 9

Ohjaajat: Sirpa Nikunen & Tiina Pelander

Päivi Nikkanen

MUISTI- JA ALKOHOLIONGELMIEN TUNNISTAMINEN SALON KAUPUNGIN KOTIHOIDOSSA

Ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, suomalaisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt. Eri syistä johtuvista ja eritasoisista muistiongelmista kärsii Suomessa noin 300 000 henkilöä. Ikääntyneiden lääkitys, sairaudet ja kehon muuttuva metabolia voivat aiheuttaa haittoja alkoholinkäytön kanssa. Alkoholinkäyttö voi lisätä muun muassa kaatumisia ja muistiongelmia. Muistiongelmien ja alkoholinkäytön yhteinen esiintyminen aiheuttaa yhdessä ongelmia, joihin törmätään kotihoidossa. Säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuonna 2012 noin 70 000 henkilöä. Yli 75-vuotiaista 11,9 % oli säännöllisen kotihoidon asiakkaita.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten Salon kaupungin kotihoidon työntekijät erottavat alkoholinkäytöstä ja muistisairaudesta johtuvat muistiongelmien toisistaan, mihin asiakkaat ohjataan hoitoon sekä millaista tietoa ja koulutusta työntekijät tarvitsevat muisti- ja alkoholiongelmien liittyen. Tavoitteena on, että tuloksia hyödynnetään muistiongelmien käsittelevän tiedotusaineiston laatimisessa ja koulutuksen järjestämisessä. Tietoa kerättiin postikyselynä (f=120), johon vastasi noin puolet (n=61) kotihoidon työntekijöistä.

Alkoholinkäytöstä ja muistisairaudesta johtuvat muistiongelmien tunnistettiin melko hyvin: 67 % vastaajista tunnistaa melko hyvin muistisairaudesta johtuvat ja 56 % tunnistaa melko hyvin alkoholinkäytöstä johtuvat muistiongelmien. Muistimittareita käytti varmasti tai melko varmasti 76 % vastaajista, kun taas puolet (50 %) vastaajista ilmoitti, ettei käytä lainkaan mittareita alkoholinkäytön tunnistamiseen. Suurimmalla osalla vastaajista oli muistisairauksista riittävästi tai lähes riittävästi tietoa ja koulutusta. Lähes kolmannes vastaajista ei osannut sanoa, onko saanut riittävästi koulutusta alkoholiongelmien ja alkoholinkäytön tunnistamisesta.

Koulutuksen ja tiedon tarvetta on siis erityisesti alkoholinkäyttöön ja -ongelmiin liittyen. Lisäksi alkoholinkäytön mittareista voisi tiedottaa ja niitä voisi hyödyntää kotihoidossa entistä enemmän. Jatkotutkimuksen aiheena voisi olla kotihoidon asiakkaiden alkoholinkäytöstä aiheutuvat muistiongelmien ja asiakkaan alkoholinkäytön tunnistaminen.

ASIASANAT:

Alkoholinkäyttö, alkoholinkäyttömittarit, ikääntyneet, kotihoito, muistimittarit, muistiongelmien

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

2013 | 42 +9

Sirpa Nikunen & Tiina Pelander

Päivi Nikkanen

RECOGNIZING MEMORY AND ALCOHOL PROBLEMS IN HOME CARE IN CITY OF SALO

Alcohol use has increased among Finnish ageing people who are over 65 years old. Their medication, illnesses and changing metabolism can cause disadvantages with alcohol. Alcohol use can for example increase falls and memory problems. There are about 300 000 Finnish who suffer from different kind of memory problems for variety of reasons. Memory problems and alcohol use together cause problems which are seen in home care. There were over 70 000 persons in 2012 who were using regular home care services. 11,9 % of home care customers were over 75 years old.

The meaning of this thesis was to survey how employees in Salo's home care separate memory condition-related and alcohol use-related memory problems, where they direct the customers to have follow-up treatment and what kind of information and education home care employees need from the themes above. The target of the thesis is that the results are used while preparing material and education concerning memory problems. Information search for the thesis was made by post inquiry (f=120) where about half (n=61) of the interviewed answered.

Alcohol use- and memory condition-related memory problems were recognized quite well: 67 % of the respondents recognize quite well memory condition-related memory problems and 56 % recognize quite well alcohol use-related memory problems. Memory exams were used often or quite often by 76 % of the respondents. Half (50 %) of the respondents didn't use alcohol exams at all to identify alcohol use. Most of the respondents have had enough or nearly enough education or information about memory conditions. Almost third of the respondents didn't know, if they have had enough education and information about alcohol abuse and recognizing alcohol use.

There is special need for information and education related to alcohol use and alcohol problems. In addition to alcohol use alcohol exams could be more known and used in home care. Further study target could be alcohol-related memory problems in home care and how to identify alcohol use in home care.

KEYWORDS:

Alcohol exams, alcohol use, ageing, home care, memory exams, memory problems

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 KOTIHOITO	7
3 MUISTIONGELMAT	11
4 ALKOHOLINKÄYTTÖ IKÄÄNTYNEILLÄ	14
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	18
6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	19
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	24
7.1 Kotihoidon työntekijöiden taito erottaa muistisairaudesta ja alkoholinkäytöstä johtuvat muistiongelmät	24
7.2 Kotihoidon työntekijöiden käsitykset muistiongelman ja alkoholia käyttävän asiakkaan hoitoonohjauksesta	26
7.3 Kotihoidon työntekijöiden koulutuksen ja tiedon tarve muistiongelmiin ja alkoholinkäyttöön liittyen	27
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	33
9 POHDINTA	37
LÄHTEET	40

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus.
- Liite 2. Kyselylomake
- Liite 3. Tutkimuslupa ja tutkimuslupa-anomus.
- Liite 4. Saatekirje kotihoidon työntekijöille.
- Liite 5. Tiedote tiimivastaaville.

TAULUKOT

Taulukko 1. Kotihoidon työntekijöiden taito erottaa muistiongelmat, käyttää muisti- ja alkoholinkäytön mittareita sekä tunnistaa alkoholin ja lääkkeiden riskikäyttö.	24
Taulukko 2. Muistiongelmaisen ja alkoholia käyttävän asiakkaan hoitoonohjaus	26
Taulukko 3. Koulutuksen ja tiedon tarve.	27
Taulukko 4. Muistiongelmiin liittyvä tiedon- ja koulutuksentarve luokiteltuna	28
Taulukko 5. Alkoholinkäyttöön liittyvä tiedon- ja koulutuksentarve luokiteltuna	29
Taulukko 6. Kyselystä saatu palaute.	30

1 JOHDANTO

Muistisairaus saattaa aiheuttaa alkoholin käytön lisääntymistä ja alkoholinkäyttö voi aiheuttaa muistiongelmia (Salon muistiyhdistys 2013). Muisti- ja alkoholiongelmaisia on Suomessa huomattava määrä, sillä eritasoisista ja eri syistä johtuvista muistiongelmista kärsiviä on Suomessa yhteensä noin 300 000 (Erkinjuntti & Viramo 2010, 50) ja alkoholin riskikäyttäjää arvioidaan olevan 300 000-500 000 (Käypä hoito 2011).

Säännöllistä kotihoitoa sai vuoden 2011 kotihoidon laskennan mukaan 11,9 % yli 75-vuotiaasta väestöstä. Säännöllistä kotihoitoa sai kaikkiaan 70 529 asiakasta, joista yli 75-vuotiaita oli 76,2 % (THL kotihoidon laskenta 2011.) Muistisairaita henkilöitä oli pitkäaikaishoidossa ja säännöllisen kotihoidon piirissä 36 000 vuonna 2009 (THL 2009). Yli 65-vuotiaat henkilöt käyttävät kaksi kolmasosaa kaikista Suomen terveydenhuollon kustannuksista (Martikainen ym. 2010, 37).

Salon muistiyhdistys ry on perustettu vuonna 1990, ja vuonna 1991 sen yhdeksi toimintamuodoksi vakiintui Moisio päiväpaikka. Palkattuja työntekijöitä on kahdeksan. Salon muistiyhdistys toimii sekä järjestötyössä, RAY:n rahoittamana eri hankkeissa sekä päivätoiminnassa. Lisäksi yhdistys järjestää muutaman kerran avoimia yleisöluentoja. Salon muistiyhdistys on Muistiliiton jäsenyhdistys. (Salon muistiyhdistys 2013.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten Salon kaupungin kotihoidon työntekijät erottavat alkoholinkäytöstä ja muistisairaudesta johtuvat muistiongelmien toisistaan, mihin asiakkaat ohjataan hoitoon sekä millaista tietoa ja koulutusta työntekijät tarvitsevat muisti- ja alkoholiongelmiin liittyen. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on, että tuloksia hyödynnetään muistiongelmia käsittelevän tiedotusaineiston laatimisessa ja koulutuksen järjestämisessä. Opinnäytetyö oli toimeksianto Salon muistiyhdistykseltä.

2 KOTIHOITO

Kotihoito on kokonaisuus, johon kuuluvat koti- ja sairaanhoitopalvelut sekä tukipalvelut. Kotihoidon palveluilla autetaan kaikenikäisiä kotona asuvia henkilöitä tai perheitä selviytymään silloin, kun toimintakyky on tilapäisesti tai pysyvästi huonontunut. Toimintakyvyn muutoksia aiheuttavat erilaiset sairaudet ja vammat. (Ikonen 2013, 15; Sosiaalihuoltolaki 710/1982.)

Kotipalvelut ovat tavanomaiseen elämään liittyviin toimintoihin kuten asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja lasten hoitoon liittyviä palveluja (Sosiaalihuoltolaki 710/1982). Kotipalveluihin kuuluvat asiakkaan ja perheen henkilökohtainen huolenpito ja tukeminen. Lisäksi kotipalveluun kuuluu tukipalveluja, joita ovat esimerkiksi ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, kuljetus-, ja saattajapalvelut. (Sosiaalihuoltoasetus 607/1983.) Kotisairaanhoito on potilaan asuinpaikassa, eli kotona tai siihen verrattavassa paikassa, annettavaa terveyden- ja sairaanhoidon palvelua. (Terveystuoltolaki 1326/2010.)

Kotihoitoa tarjoavat sekä julkiset että epäviralliset auttajat. Virallisiin auttajiin kuuluvat kunnalliset toimijat sekä yksityiset hoivayritykset. Epävirallisia auttajia ovat useimmiten läheiset ja kolmannen sektorin työntekijät. (Ikonen 2013, 21; Hammar 2008, 23.). Kunnallista kotihoitoa voi täydentää palveluseteli, jolloin kunta sitoutuu korvaamaan yksityiselle palveluntuottajalle asiakkaan kotihoidon kustannuksia sovittuun rajaan saakka (Ikonen 2013, 21).

Kunnat voivat päättää kotihoidon järjestämisestä yhdistämällä sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaisen kotipalvelun ja terveystuoltolain (1326/2010) mukaisen kotisairaanhoidon palvelut sosiaali- tai terveystuolimen alaiseksi palvelukokonaisuudeksi. Tämä on mahdollista, jos kunta tuottaa itse sekä sosiaaliuolimen että perusterveydenhuollon palvelut. Muissa kunnissa kotihoitoa voidaan järjestää kotihoidon kokeilulakien mukaisesti vuoden 2014 loppuun saakka. Vuonna 2009 kotipalvelu ja kotisairaanhoito oli yhdistetty kotihoidoksi 71 % kunnista. Yhdistämistä on perusteltu muun muassa taloudellisuudella, tehokkuudella ja resursien joustavammalla käytöllä. (Ikonen 2013, 21.)

Kotihoitoa on suosittu 2000-luvun alkupuolelta lähtien. Haasteita työhön tuovat asiakasmäärien lisääntyminen ja uudet asiakasryhmät sekä asiakkaiden yksilölliset odotukset. Teknologiset ratkaisut ja työmenetelmät ovat merkittäviä kehittämisen kohteita. (Ikonen 2013, 56.)

Hoito- ja palvelusuunnitelmasta määrätään lainsäädännössä. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista mukaan palvelusuunnitelmassa on iäkkään henkilön toimintakyvyn arvion perusteella määriteltävä hänelle sopiva sosiaali- ja terveystalvvelujen kokonaisuus. Tavoitteena on, että henkilön hyvinvointi, terveys, toimintakyky, itsenäinen suoriutuminen ja hyvä hoito turvataan. Palvelukokonaisuuden vaihtoehdoista neuvotellaan iäkkään henkilön ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai määrätyn edunvalvojan kanssa. Iäkkään henkilön omat näkemykset kirjataan palvelusuunnitelmaan. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012.)

Hoito- ja palvelusuunnitelma sisältää asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin perustuvan ja asiakkaan voimavarat huomioivan palvelukokonaisuuden. Suunnitelmaa laadittaessa asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja hänen näkemyksensä vaihtoehdoista kirjataan suunnitelmaan. Suunnitelman tarkoituksena on turvata asiakkaalle edellytykset elää omia toiveitaan vastaavaa elämää, usein myös haluamassaan ympäristössä. (Haverinen & Päivärinta 2002, 5, 13.)

Kotihoidon suurin asiakasryhmä ovat pitkäaikaissairaat, iäkkäät henkilöt. Eniten on 75–84-vuotiaita asiakkaita, joilla avuntarpeen aiheuttaa sairauksien lisäksi fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen. Muita keskeisiä asiakasryhmiä ovat monella eri tavalla vammaiset henkilöt sekä päihde- ja mielenterveysasiakkaat. (Ikonen 2013, 42–43.)

Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) esitettyjen tavoitteiden mukaan 91–92 % yli 75-vuotiaista asuisi kotona ja 13–14 % heistä saisi siihen säännöllistä tukea. Omaishoidon tukea saisi 5-6 %. Yli 75-vuotiaista olisi pitkäaikaishoidossa 3 %. (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 45.)

Kotihoidossa työskentelee lähinnä kodinhoitajia, lähihoitajia, perushoitajia, sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Lisäksi työntekijöinä on sosiaaliohjaajia, sosionomeja, fysioterapeutteja ja vanhustyön erikoisammattitutkinnon suorittaneita. Lähihoitajien koulutus, joka korvaa aikaisemman kodinhoitajan koulutuksen, aloitettiin vuonna 1993. Se on sosiaali- ja terveysalan perustutkinto, joka vastaa kotihoidon haasteisiin laaja-alaisuudellaan. (Ikonen 2013, 172.)

Itsemääräämisoikeus on Suomessa vahvassa asemassa ja korostuu kotihoidossa. Itsemääräämisoikeutta voidaan rajoittaa ainoastaan silloin, kun katsotaan, ettei asiakas ymmärrä käyttöksensä seurauksia tai hänellä on jokin vakava, esimerkiksi psykiatrinen, sairaus. (Taittonen 2011.)

Asiakkaalle kuuluu hyvä sosiaalihuolto ja kohtelu ilman syrjintää. Hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Asiakkaan toivomukset, mielipiteet ja yksilölliset tarpeet sekä hänen äidinkieltensä ja kulttuuritautansa huomioidaan. Asiakkaalla on oltava mahdollisuus vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Hänelle on myös kerrottava erilaisista vaihtoehtoista. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000.) Asiakasta, joka ei esimerkiksi sairauden vuoksi pysty ilmaisemaan itseään, edustaa hänen omaisensa tai muu laillinen edustajansa (Valvira 2012). Jos laillista edustajaa ei ole saatavilla, asiakasta hoidetaan hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisesti (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992).

Asiakkaalla on oikeus myös hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa järjestetään ja häntä kohdellaan niin, ettei hänen ihmisarvoaan loukata. Potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioitetaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Salon kaupungin kotihoidon asiakkaista 19,5 % oli alle 75-vuotiaita. Asiakkaiden keski-ikä oli 80,5 vuotta (THL, kotihoidon laskenta 2011.) Salon kaupungin kotihoidon tarkoituksena on tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään ja siirtää pitkäaikaisen laitoshoidon tarvetta. Kotihoidon palvelut määritellään yksilöllisessä palvelusuunnitelmassa. Hoidolla tuetaan asiakkaan omaa toimintakykyä. Kaupunki on jaettu neljään alueeseen, joilla työskentelevät kotihoitotiimit. Koti-

hoitohenkilöstö työskentelee sekä arkisin että viikonloppuisin aamu- ja iltavuorossa. (Salon kaupunki 2013.) Hoivatyössä on Salon kaupungilla noin 180 henkilöä (Lyytinen, Hannele 23.8.2013, sähköpostiviesti).

3 MUISTIONGELMAT

Joka kolmas yli 65-vuotias suomalainen kärsii jonkinlaisista muistioireista (Käypä hoito 2010). Yhteensä eritasoisista muistiongelmista kärsiviä, diagnoosilla tai ilman, on Suomessa noin 300 000. Muistisairaudet voidaan laskea yhdeksi suomalaisten kansantaudeista. Muistiongelmien aiheuttamista kustannuksista 80–85% tulee muistiongelmaisen potilaan hoidosta, ja noin 1 % muistioireiden tutkimisesta. (Erkinjuntti & Viramo 2010a, 50–51.)

Normaali ikääntyminen ei heikennä muistia, mutta tapahtumamuisti heikkenee jo aikuisuuden alkuvuosista alkaen, työmuisti myöhemmin. Iän mukanaan tuomat muistiongelmät ilmenevät useimmiten hidastuneena reaktiokykyinä, huonontuneena mieleenpainumisena ja työmuistina, jolloin niin sanottu punainen lanka keskustelussa katoaa helpommin kuin ennen. (Granö & Kaijanen 2013.)

Muistiongelmät käsittävät lievän kognitiivisen heikentymisen (mild cognitive impairment, MCI), muistioireen ja varsinaisen muistisairauden. Lievä kognitiivinen heikentyminen (MCI) on oireisto, jolla on useita erilaisia syitä. Henkilöllä on subjektiivinen muistioire tai ongelmia tiedonkäsittelyssä. Muistioireisella henkilöllä on tapahtuma- ja asiamuistien kanssa vaikeuksia. Muistin heikkenemisen lisäksi henkilöllä on tiedonkäsittelyn, toiminnanohjauksen ja näönvaraisen hahmottamisen vaikeutta. Muistisairaus voi olla joko etenevä tai parannettavissa oleva. (Erkinjuntti & Viramo 2010, 18–19.)

Dementia ei ole itsenäinen sairaus, vaan oirekokonaisuus. Eniten dementiaa aiheuttavia sairauksia ovat Alzheimerin tauti (50–60 prosenttia dementiaa sairastavista), vaskulaariset dementiat, Levyn kappale-tauti, Parkinson-dementia (PD) ja otsalohkodementia. (Juva 2007, 8-19.) Dementia lisää kuolleisuutta ja laitoshoidon tarvetta. Elinajanennuste vaihtelee dementian aiheuttajasta riippuen 5-20 vuoteen. Muistisairaahan henkilön yleisin kuolinsyy on hengitystieinfektio. (Viramo & Sulkava 2010, 35–36.)

Varsinaisten muistisairauksien lisäksi muistiongelmia aiheuttavat muun muassa lääkeaineet, erityisesti rauhoittavat lääkeaineet, masennus ja muut psykiatriset häiriöt, pään vammat ja aivoverenkiertohäiriöt sekä muistiongelmien teeskenteleminen jonkin tavoitteen saavuttamiseksi (Leppävuori 2010, 304–309). Alkoholin nauttiminen aiheuttaa ohimeneviä muistiongelmia runsaassa kertakäytössäkin, ja pitkään jatkuneella alkoholien suurkulutuksella voi olla pidempiaikaisia vaikutuksia muistiin. (Härmä 2009.)

Muistimittareista käytetään erityisesti MMSE-testiä (Mini Mental State Examination). MMSE-testi sopii varsinkin Alzheimerin taudin etenemisen seuraamiseen taudin keskivaikeassa muodossa sekä ensitestinä muistiongelmia epäiltäessä. MMSE-testillä selvitetään muun muassa vastaajan orientaatiota aikaan ja paikkaan sekä lukemisesta, kirjoittamisesta, laskemisesta ja piirtämisestä selviytymistä. Testi ei ole diagnostinen, mutta sillä voidaan selvittää, onko tarvetta muistin jatkotutkimuksiin. (Alzheimer's society 2012; Sulkava ym. 2007.)

CERAD-tehtäväsarja tunnistaa MMSE-testiä herkemmin muistiongelmien ensioireet. Tehtäväsarjassa arvioidaan muun muassa muistin toimintaa, nimeämistä, hahmottamista ja toiminnanohjausta. (Suomen Alzheimer-tutkimusseura 2013.) IADL-asteikolla arvioidaan laajemmin yli 60-vuotiaiden asiakkaiden toimintakykyä fyysiseltä, psyykkiseltä, kognitiiviselta ja yleiseltä kannalta. IADL-asteikko on tarkoitettu erityisesti kotihoidon asiakkaille. (THL 2012.) Suomalaisella RAVA-mittarilla arvioidaan yli 65-vuotiaiden toimintakykyä ja avuntarvetta monella toiminnan alueella. RAVA-mittarilla luodaan asiakkaasta RAVA-indeksi tai RAVA-luokka, jotka kertovat asiakkaan päivittäisestä avuntarpeesta. (FCG 2013.)

Muistisairaita oli pitkäaikaishoidossa ja säännöllisen kotihoidon piirissä 36 000 vuonna 2009 (THL 2009). Muistiongelmaisen asiakkaan kotihoidossa korostuvat asiakkaan itsemääräämisoikeus, persoonallisuus ja elämänselitys sekä omaisten ja kotihoidon lähityöntekijöiden huomioiden asiakkaan tilasta ja siinä tapahtuvista muutoksista. Kotihoidossa pyritään siihen, että asiakas ei ole vain passiivinen hoidon vastaanottaja, vaan vakavasti otettava, oman elämänsä asiantuntija. (Eloniemi-Sulkava 2007; 45, 76.)

Dementoivat sairaudet ja kognition lasku ovat merkittäviä syitä kotihoidon tarpeeseen. Kotihoidon asiakkaista noin 60 % on todettu kognition tason alentuminen. Vastaavasti dementiasairauksien diagnoosi oli 16 % asiakkaista. (Hammar 2008.) Stakesin hankeaineiston mukaan on epäiltävissä, että jopa 43 prosentilla kotihoidon asiakkaista olisi jokin dementoiva sairaus ja dementia olisi palvelutarpeen varsinainen syy. Dementian arvioidaankin olevan kotihoidon asiakkailla alidiagnosoitu (Luoma ja Kattainen 2007, 20.)

Dementiaa sairastavilla on dementian lisäksi keskimäärin 3-5 muuta toimintakykyä rajoittavaa sairautta ja 5-7 lääkettä käytössään. Dementoiva sairaus heikentää kykyä kontrolloida omaa käyttäytymistään, esimerkiksi aiemmin esiintyneet kiukunpurkaukset voivat esiintyä dementian seurauksena vakavina aggressioina. Päihteiden väärinkäyttö ennen sairauden toteamista voi vaikuttaa asiakkaan käyttäytymiseen muistisairaana. (Laurila ym. 2007, 70, 72, 74).

Toimintakykyä hitaasti laskeva ja kuolemaan johtava tauti vaatii sekä asiakkaalta että hänen omaisiltaan sopeutumista. Sairauden alkuvaiheessa asiakas voi kärsiä masennuksesta, ahdistuksesta ja häpeästä. Lisäksi hänellä voi olla suuicidaalisia ajatuksia tai käyttäytymistä. (Laurila ym. 2007, 76.)

Asiakkaan siirtyessä muistisairauden keskivaikeasta muodosta vaikeaan, hoitohenkilökuntaa ohjaa suojaamisen periaate, joka on lähellä asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Tuolloin henkilökunnan tehtävänä on asiakkaan edun turvaaminen joko hänen hoitotahtonsa mukaisesti tai hänen omaistensa kuulemisen perusteella. Kotihoidossa muistisairas on aina häneen kohdistuvan toiminnan keskipisteessä, ei ulkopuolisena tarkkailijana, jolle tehdään hoitotoimenpiteet. (Lammi 2007; 86, 98.)

Asiakkaan turvallisuuden varmistaminen voi olla ristiriidassa suojaamisen periaatteen kanssa: Asiakkaan toimintaa voidaan joutua valvomaan ja suojaamaan tavoilla, joita asiakas ei ymmärrä tai jotka loukkaavat hänen yksityisyyttään. (Eloniemi-Sulkava ym. 2010, 506, 509.)

4 ALKOHOLINKÄYTTÖ IKÄÄNTYNEILLÄ

Suomessa käytettiin vuonna 2012 alkoholia 9,6 litraa per asukas, kokonaiskulutus laski 5 % vuodesta 2011 (THL 2013). Alkoholin riskikäyttäjiä on Suomessa 300 000-500 000. Riskikäyttäjällä tarkoitetaan henkilöä, jonka alkoholinkäyttö voi aiheuttaa terveyshaittoja. Työikäisille naisille suositellaan enimmillään 20 g alkoholia vuorokaudessa, miehille 40 g. Riskirajat ovat keskiarvoja, eikä niiden perusteella voi tehdä päätelmiä, milloin henkilö tulee riippuvaiseksi alkoholista tai milloin hänelle tulee siitä terveyshaittoja. Lääkkeet ja sairaudet voivat heikentää, voimistaa tai muuttaa alkoholin vaikutuksia. (Käypä hoito 2011.)

Kaikissa terveydenhuollon hoitopaikoissa alkoholin käytön yleisyys pitää tunnustaa, sillä varhainen puuttuminen liialliseen alkoholin käyttämiseen on paras keino ehkäistä siitä myöhemmin aiheutuvia haittoja. Alkoholin käytön arviointi on usein asiakkaalle vaikeaa, ja nautittujen annosten määrän arviointi vaihtelee määrien aliarvioinnista yliarviointiin. Etenkin ne asiakkaat, jotka eivät ole riippuvaisia alkoholista, aliarvioivat käyttömääriään. Alkoholin käytöstä saadaan parhaiten tietoa asiakkaan kanssa keskustelemalla. Apuna keskustelussa voidaan käyttää erilaisia mittareita tai erityisesti alkoholinkäyttöä arvioivaa mini-interventiota. Alkoholin käytön todentamiseksi voidaan yhteistyössä asiakkaan kanssa käyttää myös laboratoriotutkimuksia. (Käypä hoito 2011.)

Kotihoidon asiakkaista suurin osa on pitkäaikaissairaita ja iäkkäitä henkilöitä (Ikonen 2013, 42–43). Suomessa ikääntyneiden, yli 65-vuotiaiden, alkoholin käytön annosrajat seuraavat Yhdysvaltain geriatrisen seuran ohjeistuksia (Öfverström-Anttila & Alho 2011; Viljanen 2010). Ohjeistuksessa kertakäytön yläraja on kaksi annosta, eikä viikossa saisi ylittää seitsemää annosta (Viljanen 2010). Alkoholin nauttiminen aiheuttaa ikääntyvälle kaatumis- ja tapaturmariskin jo yhden annoksen jälkeen, mutta kolmen annoksen jälkeen riski kaatua tai loukata itsensä lisääntyy huomattavasti (STM 2006). Turvallisia annosrajoja on kuitenkin vaikea määritellä yleisellä tasolla, koska jokaisen ikääntyvän lääk-

keidenkäyttö ja terveydentila voivat vaikuttaa alkoholin sietokykyyn (Huohvanainen ym. 2013).

Alkoholin käytön muuttuminen ongelmalliseksi voi kehittyä minkä ikäiselle henkilölle tahansa. Joka kolmannella alkoholia väärin käyttävistä ikääntyneistä alkoholiongelmien ovat alkaneet vasta myöhemmällä iällä. Ikääntyneiden kehon nestetilavuus on pienempi kuin nuoremmilla, ja lisäksi heillä on nuorempia useammin sairauksia ja lääkityksiä. (Käypä hoito 2011.) Alkoholin nauttiminen voi pahentaa sairauksia, koska niiden hoitoa saatetaan laiminlyödä tai lääkityksessä voi sattua virheitä alkoholin nauttimisen seurauksena (Aaltonen 2013). Näiden tekijöiden summana voi olla mahdotonta ennustaa, miten alkoholi ja lääkkeet reagoivat ikääntyvän kehossa (Käypä hoito 2011). Moni ikääntynyt ei myöskään tunne alkoholinkäytön riskirajoja tai alkoholin vaikutuksia kunnolla (Öfverström-Anttila & Alho 2011).

Alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöä ikääntyvillä on tutkittu vähän (Viljanen 2010). Ihmisen ikääntyessä kehon metabolia muuttuu, ja lääkkeet yhdessä alkoholin kanssa voivat aiheuttaa arvaamattomia vaikutuksia. Alkoholia tulee käyttää varoen, jos henkilöllä on esimerkiksi diabetes-, verenohennus- tai verenpainelääkkeitä. Erityisesti keskivahvat ja vahvat kipulääkkeet, bentsodiatsepiinit ja masennuslääkkeet voivat tuottaa yllätyksiä pelkästään henkilön iän, mutta myös alkoholinkäytön takia. (Aaltonen 2013; Käypä hoito 2011.)

Alkoholinkäytön arviointiin on kehitetty lukuisia mittareita, jotka käydään asiakkaan kanssa läpi keskustelemalla tai asiakas suorittaa kirjallisesti itsearvion. Kirjallinen itsearvio on haastattelua nopeampi tehdä ja vastaukset saattavat olla tarkempia kuin haastattelussa. Haastattelun aikana voidaan toisaalta tehdä tarkentavia kysymyksiä ja suunnitella jatkotoimenpiteitä yhdessä asiakkaan kanssa. Toimintatapaa valitessa huomioidaan asiakkaan kognitiiviset taidot, mahdolliset aistirajoitteet ja yhteistyökykyhalukkuus. (Heinänen 2007.)

Alkoholinkäyttötesti AUDIT (Alcohol Use Disorders Identifications Test) julkaistiin vuonna 1989 Maailman terveysjärjestön toimesta. AUDIT-testi on levinnyt laajasti maailmalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon. (Babor ym. 2001b.) AUDIT-

testin kaikki kymmenen kysymystä voidaan käydä asiakkaan kanssa läpi tai kysymyksiä voidaan karsia joko asiakkaan vähäisen alkoholinkäytön takia tai haastattelijan ajanpuutteen vuoksi. AUDIT-testillä kartoitetaan alkoholin käyttömääriä, käytön haittavaikutuksia ja alkoholiriippuvuuden kehittymistä. (Heinänen 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) on julkaissut erityisesti yli 65-vuotiaille suunnatun alkoholin käyttökyselyn, jonka nimi on Otetaan selvää!. Oppaassa on kahdeksan kysymystä sekä ja ammattilaiselle suunnatut ohjeet, miten haastattelussa edetään asiakkaan vastausten mukaan. Oppaassa on myös perusteluja alkoholinkäytön vähentämiselle ja haitoille. (STM 2006.)

Taittosen (2011) tutkimuksessa haastateltiin 22 kotihoidon työntekijää. Tutkimuksen mukaan kotihoidon palveluja käyttävistä yli 65-vuotiaiden asiakkaiden joukossa alkoholia käytettiin useimmiten yksin ja elämänpiiri saattoi rajoittua kodin, lähikaupan ja Alkon piiriin. Alle 65-vuotiaat kotihoidon palveluja käyttävät puolestaan joivat useimmin kavereidensa kanssa, jotka kävivät asiakkaan kotona. Kummassakin ikäryhmässä yksinäisyys ja mielekkään tekemisen puute olivat suurimpia syitä alkoholin juomiseen. (Taittonen 2011.)

Taittosen (2011) mukaan päihtyneen asiakkaan luo tai seurassa olevan asiakkaan luokse ei tarvitse mennä. Riittää, että näkee asiakkaan olevan hengissä. Moni kotihoidon työntekijöistä koki Taittosen tutkimuksen mukaan, että selkeää ohjeistusta päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen ei ole, vaan jokainen hoitaja toimii oman arvionsa ja tilanteen mukaan. (Taittonen 2011.)

Kotihoito voi olla viimeinen toimija, joka tavoittaa alkoholiongelmaisen asiakkaan. Asiakkaan luona käyvä hoitaja voi seurata asiakkaan käyttäytymistä muun muassa ulkonäön, kodin siisteyden ja mahdollisesti esillä olevien pullojen avulla. (Viljanen 2010; Taittonen 2011.) Alkoholiongelman ilmaantuminen vasta eläkeiässä on myös mahdollista, kun aikaa on yhä enemmän ja mielekästä tekemistä vähemmän (Käypä hoito 2011).

Alkoholi- ja päihdeongelmat voivat esiintyä ikääntyvän kotona myös alkoholiongelmaisen omaisen tai muun henkilön uhkaavana tai loukkaavana käytöksenä

ja tekoina. Ikääntyneiden ja heidän omaistensa alkoholinkäyttö on vielä uudehko hoitotyön alue, johon hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta. (Huohvainen ym. 2013.)

Noin puolella alkoholin suurkuluttajista ilmenee muistiongelmia, joihin kuuluu muun muassa uuden oppimisen vaikeus. Varsinaisia dementia- tai muistiongelmiä ilmenee noin kymmenesosalla suurkuluttajista. Alkoholin suoria vaikutuksia pysyvän dementian syntyyn ei ole pystytty varmuudella osoittamaan. Se kuitenkin tiedetään, että mitä kauemmin runsas alkoholinkäyttö jatkuu, sitä suurempia aivomuutokset ovat, ja niistä palautuminen vaikeutuu. (Härmä 2009.) Varsinkin nuorilla ja keski-ikäisillä henkilöillä runsas alkoholin käyttö voi olla muistihäiriöiden takana, mutta diagnoosin teko on vaikeaa anamneesin epäluotettavuuden takia. Alkoholidementia on oireyhtymä, johon muistihäiriöiden lisäksi kuuluu persoonallisuuden häiriöitä. (Härmä 2009.)

Pohjanmaalla tehdyn kyselyn (n=144) mukaan kahdestakymmenestä vanhuksesta puolet käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin. Neljäsosa käytti alkoholia 2-3 kertaa viikossa ja viisitoista prosenttia neljä kertaa tai useammin viikossa. Päihteiden vuoksi dementoituneiden käyttäytymisessä korostuivat muistihäiriöitä enemmän käytöshäiriöt, kuten aggressiivisuus, raivonpuuskat, levottomuus, hermostuneisuus, tuskaisuus ja mielialavaihtelut. Heidän mukanaan ikäihmisten päihdeongelmat näkyvät erityisesti avohoidossa ja työntekijät tarvitsevat niihin lisäkoulutusta. (Niiranen & Tuomela-Jaskari 2009.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten Salon kaupungin kotihoidon työntekijät erottavat alkoholinkäytöstä ja muistisairaudesta johtuvat muistiongelmat toisistaan, mihin asiakkaat ohjataan hoitoon sekä millaista tietoa ja koulutusta työntekijät tarvitsevat muisti- ja alkoholiongelmiin liittyen. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on, että tuloksia hyödynnetään muistiongelmiä käsittelevän tiedotusaineiston laatimisessa ja koulutuksen järjestämisessä.

Tutkimusongelmat:

1. Miten Salon kaupungin kotihoidon työntekijät erottavat toisistaan muistiongelmat, jotka johtuvat muistisairaudesta tai alkoholinkäytöstä?
2. Mihin Salon kaupungin kotihoidon työntekijät ohjaavat muistisairaudesta tai alkoholinkäytöstä johtuvista muistiongelmissä kärsivän asiakkaan hoitoon?
3. Millaista tietoa ja koulutusta Salon kaupungin kotihoidon työntekijät tarvitsevat muistiongelmiin ja alkoholinkäytön tunnistamiseen?

6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Muistisairaus saattaa aiheuttaa alkoholinkäytön lisääntymistä ja alkoholinkäyttö voi aiheuttaa muistiongelmia (Salon muistiyhdistys 2013). Opinnäytetyö toteutettiin Salon muistiyhdistyksen ”Muistisairaudet alkoholin varjossa 2011–2013”-projektin toimeksiantona, jonka tavoitteena on alkoholin suurkuluttajien tunnistaminen, tutkimus ja hoitoonohjaus. Kotihoidon työntekijöiden tietoa ja koulutustarvetta muistiongelmista halutaan selvittää projektin aikana. Toimeksiantosopimus (liite 1) on tehty Salon muistiyhdistyksen kanssa syksyllä 2012.

Tietoa haettiin tietokannoista Cinahl, Medic ja Medline hakusanoilla ”muistiongelma”, ”alkoholin väärinkäyttö”, ”muistiongelma & alkoholin väärinkäyttö” sekä ”memory problem”, ”alcohol abuse” ja ”memory problem & alcohol abuse”. Kielessä valikoituivat englanti ja suomi. Haussa tulokset rajattiin koskemaan vuosia 1996–2013. Hakutuloksista valittiin pelkästään muisti- tai alkoholiongelmia käsitteleviä artikkeleita sekä muisti- ja alkoholiongelmia käsitteleviä artikkeleita. Pelkästään muisti- ja alkoholiongelmia koskevia artikkeleita löytyi runsaasti, mutta muistiongelmiensa erotusdiagnostiikasta artikkeleita löytyi vähemmän.

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tietoa käsitellään mitattavina, tilastollisina yksiköinä (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2013). Määrällisessä tutkimuksessa voidaan käyttää kokonaistutkimusta, jolloin kyselylomake lähetetään kaikille asiaan kuuluville tai tutkimukseen määritellään perusjoukko, josta saadaan edustava otos vastaajista (Hirsjärvi ym. 2009, 166–167).

Kyselytutkimuksen etuna pidetään yleensä sitä, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimus on tehokas, koska se säästää sekä tutkijan että vastaajien aikaa ja vaivannäköä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Tässä tutkimuksessa käytettiin kyselytutkimusta, koska vastaajia odotettiin olevan paljon, noin 120. Kyselylomakkeessa voidaan käyttää monivalintakysymyksiä, avoimia kysymyksiä sekä skaaloihin eli asteikkoihin perustuvia kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2001, 185–187). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa käytettiin kaikkia edellä mainittuja kysymysten muotoja. Tutkimuksessa käytetyt kysymykset laadittiin

yhdessä Salon Muistiyhdistyksen kanssa, joka konsultoi kysymysten muotoilussa myös Salon A-klinikkaa.

Monivalintakysymyksissä vastaajalle annetaan valmiit vastausvaihtoehdot. Valmiiden vastausvaihtoehtojen lisäksi vastaajalle annetaan mahdollisuus vastata myös avoimeen kysymykseen monivalintavaihtoehtojen jälkeen, jos mikään valmiiksi annetuista vastausvaihtoehdoista ei ole hänelle sopiva. Avoin kysymys voi tuoda tutkijalle uuden näkökulman, jota hän ei ole osannut huomioida kysymyslomaketta laatiessaan. (Hirsjärvi ym. 2009, 185–186.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen (liite 2) taustakysymyksiä olivat kysymykset 1, 2, 3 ja 4, joista monivalintakysymyksiä olivat taustakysymykset 1, 3 ja 4. Näillä kysymyksillä selvitettiin vastaajien koulutus, työskentelyaika kotihoidossa sekä se, kuinka usein työntekijät tapaavat alkoholia käyttävän tai muistiongelmaisen asiakkaan. Koulutus-kysymykseen sai antaa myös oman vaihtoehdon.

Asteikot ovat useimmiten 5- tai 7-portaisia, esimerkiksi nousevia tai laskevia Likert-asteikkoja. Vastaaja valitsee vaihtoehdosta, kuinka voimakkaasti hän on samaa tai eri mieltä väittämän kanssa. (Hirsjärvi ym. 2009, 187.) Asteikkoihin perustuvia kysymyksiä olivat väittämät 5-7, 9, 11, 13 sekä 15–23. Väittämässä oli laskeva asteikko, 5 täysin samaa mieltä - 1 täysin eri mieltä.

Avoimia kysymyksiä käytetään, kun vastaajilta halutaan selvittää heille mieleen tulevat asiat, eikä kysymykseen haluta siksi antaa valmiita vastausvaihtoehtoja. (Hirsjärvi ym. 2009, 201; KvantiMOTV 2010.) Avoimia kysymyksiä olivat taustakysymys 2 sekä avoimet kysymykset 7, 10, 12 14 sekä 24–26.

Kyselylomakkeen kysymykset 1-4 olivat taustakysymyksiä. Kysymyksillä 5-10 ja 15–23 kartoitettiin, onko Salon kaupungin kotihoidon työntekijöillä riittävästi tietoa muistisairauksista ja alkoholiongelmista johtuvien muistivaikeuksien tunnistamiseen sekä haettiin vastauksia tutkimusongelmaan 1. Kysymyksillä 11–14 selvitettiin, mihin kotihoidon työntekijät ohjaavat muistiongelmaisen asiakkaansa hoitoon ja haettiin vastauksia tutkimusongelmaan 2. Kysymyksillä 24–25 kartoiti-

tettiin, millaista koulutusta ja tietoa kotihoidon työntekijät tarvitsevat muistiongelmiin tunnistamiseen ja haettiin vastauksia tutkimusongelmaan 3.

Tutkimuslupaa (liite 3) anottiin Salon kaupungilta kyselyn toteuttamiseksi. Lupa saatiin toukokuussa 2013. Saatekirjeellä motivoidaan vastaajia vastaamaan ja annetaan ohjeet kyselyyn vastaamisesta ja sen palauttamisesta (KvantiMOTV 2011). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen saatekirjeessä (liite 4) kerrottiin, mihin ja miten kysely palautetaan, kuka kyselyn toimeksiantaja on, kerrottiin opinnäytetyön tekijän ja hänen ohjaajiansa yhteystiedot sekä kerrottiin kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Saatekirjeen lisäksi laadittiin tiedote (liite 5) kotihoidon tiimivastaaville, jossa oli ohjeet kyselylomakkeiden palauttamisesta.

Postikyselyn kohtuullinen pituus ja selkeä muoto helpottavat sekä vastaajan että tutkijan työtä. Postikyselyyn vastaaminen saa viedä vastaajalta aikaa enintään 15–20 minuuttia, jolloin vastaajan mielenkiinto täyttää kysely pysyy yllä. (KvantiMOTV 2010.) Lisäksi kyselytutkimukseen vastaaminen arvioitiin vievän vähemmän aikaa vastaajilta kuin esimerkiksi haastattelututkimukseen vastaaminen. Kyselytutkimukseen valittiin paperinen lomake sähköisen sijaan, jotta vastaaminen olisi nopeaa ja vaivatonta. Saatavilla ei myöskään ollut sopivaa sähköistä vastausjärjestelmää.

Kysely toteutettiin Salon kaupungin kotihoidon neljässä kotihoitotiimissä kesäkuussa 2013. Opinnäytetyön tekijä toimitti valmiiksi tulostetut kyselylomakkeet (n=120), tiedotteet tiiminvastaaville ja vastaajille sekä osoitetiedoilla ja postimerkillä varustetut kirjekuoret Keskustan kotihoitotiimiin, josta kysely saatteineen lähetettiin muihin kotihoitotiimeihin. Vastausaikaa kyselyssä oli 12.6.2013 asti.

Kyselyn jakoivat ja keräsivät Salon (tiedote, kyselylomake ja palautuskirjekuori) Keskustan kotihoitoyksikön kautta. Tiiminvastaavat keräsivät vastaukset valmiiksi maksettuihin kirjekuoriin ja lähettivät kyselylomakkeet opinnäytetyön tekijälle. Kyselylomakkeen tulostus- ja postituskustannuksista vastasi Salon muistiyhdistys. Tässä tutkimuksessa kyselylomake lähetettiin kaikille Salon kaupungin kotihoidon työntekijöille, jolloin kyseessä oli kokonaistutkimus. Kyselyyn vas-

tasi 61 Salon kaupungin kotihoidon työntekijää, jotka toimivat kodinhoitajana, terveystalon opiskelijana tai perus-, lähi-, sairaan- tai terveydenhoitajana. Salon kaupungin kotihoidossa työskentelee hoitotyössä noin 180 työntekijää (Lyytinen, Hannele 23.8.2013, sähköpostiviesti). Kysely jaettiin kaikkiaan 120 työntekijälle, jolloin vastausprosentti oli 51. Viisi vastausta palautettiin vastaamattomana.

SPSS (Statistical Package for Social Sciences) on ohjelmisto, jolla voidaan suorittaa tilastollisia analyysejä (Valtari 2006). Kyselystä saatu, väittämiin perustuva aineisto analysoitiin heinäkuussa 2013 tilastollisesti SPSS-ohjelmistolla. Monivalintakysymykset oli tehty viisiportaisella Likertin asteikolla. Kyselylomakkeiden vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmistoon, jonka jälkeen niistä saatiin jokaista kysymystä vastaava taulukko tulosten esittelyä varten. Taulukoihin koottiin asiakokonaisuuksia, jotta tuloksia on helpompi vertailla keskenään. Tulosten esittelyssä käytetään sekä frekvenssiä että prosenttia osoittamaan vastaajien määrää.

Sisällönanalyysissä aineistoa eritellään, ja aineiston yhtäläisyyksiä ja eroja yhdistetään. Aineiston sisältöä kuvaillaan sanallisesti. (Puusniikka & Saaranen-Kauppinen 2006.) Sisällönanalyysin ensimmäisessä vaiheessa aineistoa reduoidaan eli pelkistetään ja siitä muodostetaan kategorioita, mutta keskeinen sisältö pyritään pitämään muuttumattomana. Toisessa vaiheessa eli klusteroinnissa lajitellaan reduoitujen ilmausten yhtäläisyyksiä ja eroja. Kokonaisuuksille muodostetaan sisältöä vastaavat ala- ja yläluokat. (Salin 2009.)

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysiä käytettiin kolmeen avoimeen kysymykseen, joista kahdessa haettiin vastausta henkilökunnan koulutustarpeisiin ja yhdessä vastaajalla oli vapaa sana. Kyselyn lopussa olleiden kolmen avoimen kysymyksen vastaukset luokiteltiin sisällöllisesti niitä vastaaviin ala- ja yläkategorioihin.

Opinnäytetyön tulokset ja raportti esitellään 11.9.2013 Turun ammattikorkeakoulun Salon kampuksella. Valmis opinnäytetyö luovutetaan sähköisesti toi-

meksiantajalle, Salon kaupungille ja Turun ammattikorkeakoululle sähköiseen Theseus-arkistoon lokakuussa 2013.

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Suurin osa vastaajista (f=36) oli koulutukseltaan lähihoitajia. Viidennes (f=12) oli sairaan- ja terveydenhoitajia ja kymmenesosa (f=6) oli koulutukseltaan kodinhoitajia. Lisäksi reilu kymmenes (f=7) vastaajaa ilmoitti ammatikseen jonkin muun. Muun ammatin valinneista ilmoitettiin ammateiksi nuorisotyönohjaaja, sosionomi ja lähihoitajaopiskelija.

Enemmistö vastaajista (39 %) oli työskennellyt kotihoidossa yli 10 vuotta, yli kolmannes (34 %) ilmoitti työskennelleensä kotihoidossa 1-5 vuotta. Alle vuoden työkokemuksella työskenteli 15 % vastaajista. Vähiten vastauksia (12 %) sai työkokemus, joka sijoittui välille 5-10 vuotta.

Yli puolet (54 %) vastaajista ilmoitti tapaavansa alkoholia käyttävän asiakkaan vähintään kerran viikossa. Vajaa kolmannes (30 %) ilmoitti tapaavansa alkoholia käyttävän asiakkaan vähintään kerran kuukaudessa ja harvemmin kuin kuukaudessa tapasi alle viidennes (16 %) vastaajista. Lisäksi neljä vastaajaa ilmoitti tapaavansa alkoholia käyttävän asiakkaan jokaisessa työvuorossaan.

Muistisairaana asiakkaan tapasi vähintään kerran viikossa lähes kaikki vastaajat (98 %). Vain yksi vastaaja (2 %) ilmoitti tapaavansa muistisairaana asiakkaan harvemmin kuin kerran kuukaudessa.

7.1 Kotihoidon työntekijöiden taito erottaa muistisairaudesta ja alkoholinkäytöstä johtuvat muistiongelmät

Muistisairauksista johtuvat muistiongelmät (taulukko 1) tunnistettiin hyvin, sillä osittain tai täysin muistiongelmät ilmoitti tunnistavansa 87 % vastaajista. Muistiongelmien selvittämiseen käytettäviä mittareita käytti työssään lähes puolet (48 %) vastaajista. Pieni osa vastaajista (5 %) ei osannut sanoa, käyttääkö muistimittareita työssään.

Selvästi yli puolet (77 %) vastaajista kertoi kyselyssä, mitä mittareita he työssään käyttävät. Eniten vastauksia sai MMSE-testi, jonka nimesi 46 vastaajaa. CERAD- ja RAVA-testit mainittiin kumpikin neljässä vastauksessa. Yksittäisissä vastauksissa mainittiin myös kellotesti, ADL ja IADL. Lisäksi muistiongelmien mittareina mainittiin asiakkaan käytös, keskustelu asiakkaan kanssa ja asiakkaan arkipäivän toiminnoissa selviäminen.

”MMSE-testi”

”muistitestit, arkipäiväiset toiminnot”

Taulukko 1. Kotihoidon työntekijöiden taito erottaa muistiongelmia, käyttää muisti- ja alkoholinkäytön mittareita sekä tunnistaa alkoholin ja lääkkeiden riskikäyttöä.

	Täysin samaa mieltä f/%	Osittain samaa mieltä f/%	En osaa sanoa f/%	Osittain eri mieltä f/%	Täysin eri mieltä f/%
Tunnistan, johtuvatko asiakkaan muistiongelmät muistisairaudesta (n=61)	12/20	41/67	4/6	3/5	1/2
Käytän työssäni mittareita muistiongelmien tunnistamiseen (n=60)	29/48	18/30	3/5	6/10	4/7
Tunnistan, johtuvatko asiakkaan muistiongelmät alkoholinkäytöstä (n=61)	8/13	34/56	13/21	4/7	2/3
Käytän työssäni mittareita alkoholiongelmien tunnistamiseen (n=58)	1/2	6/10	10/17	12/21	29/50
Tunnistan asiakkaan riskin alkoholin ja lääkkeiden sekäkäyttöön (n=61)	26/42	26/46	3/5	4/7	--

Hieman yli puolet vastaajista (56 %) oli osittain samaa mieltä siitä, että tunnistaa, milloin asiakkaan muistiongelmät johtuvat alkoholinkäytöstä. Noin viidennes (21 %) vastaajista ei vastannut väittämään lainkaan.

Puolet vastanneista (f=29) ei käytä työssään alkoholiongelmien tunnistamisessa käytettäviä mittareita. Vain yksi vastaaja käyttää varmasti työssään alkoholiongelmien tunnistamiseen mittareita. Käytössä olevista mittareista mainittiin AUDIT-kysely viisi kertaa. Esiin nousivat myös asiakkaan ja hänen kotinsa arvioiminen hajun, näön ja siisteyden perusteella alkoholiongelmien mittarina (kolme mainintaa). Kaksi vastaaja ilmoitti, että mittareita ei ole lainkaan käytössä.

”AUDIT”

”käytössä ei ole mittareita”

”käytös ja aistit (hajut, ääni, näkö)”

Asiakkaan riski alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöön tunnettiin hyvin. Sekakäytön riskin tunnistavia oli 43 % ja melko varmasti tunnistavia 46 %. Kukaan vastaajista ei ollut täysin eri mieltä väittämän kanssa.

7.2 Kotihoidon työntekijöiden käsitykset muistiongelmaisen ja alkoholia käyttävän asiakkaan hoitoonohjauksesta

Noin puolet (51 %) vastaajista tiesi, mihin ohjaisi muistiongelmaisen asiakkaan hoitoon (taulukko 2). Suurin osa vastaajista (80 %) kertoi, mihin ohjaisi muistiongelmaisen asiakkaan hoitoon. Suurin osa vastaajista (34 mainintaa avoimessa kysymyksessä) ohjaisi asiakkaan lääkärin vastaanotolle. Myös muisti-neuvola ja -hoitaja mainittiin useassa (18) vastauksessa. Yksittäisissä vastauksissa mainittiin myös SAS-työryhmä, muistiyhdistys, intervallit, Intteri, Moisio ja dementiayksikkö.

”Muistikerhoihin, päivähoitoihin jos kotikuntoinen, intervallit. Dementiayksikköön, jollei pärjää kotona.”

”Oma lääkärin läheteellä muistihoitajalle.”

Taulukko 2 Muistiongelmaisen ja alkoholia käyttävän asiakkaan hoitoonohjaus.

	Täysin samaa mieltä f/%	Osittain samaa mieltä f/%	En osaa sanoa f/%	Osittain eri mieltä f/%	Täysin eri mieltä f/%
Tiedän, mihin ohjaan muistiongelmaisen asiakkaan hoitoon (n=61)	31/51	23/38	3/5	3/5	1/1
Tiedän, mihin ohjaan alkoholi-ongelmaisen asiakkaan hoitoon (n=60)	27/45	27/45	2/3	3/5	1/2

7.3 Kotihoidon työntekijöiden koulutuksen ja tiedon tarve muistiongelmiin ja alkoholinkäyttöön liittyen

Enemmistö vastaajista koki saaneensa riittävästi tietoa sekä alkoholi-ongelmista (72 %) että muistiongelmista (87 %). Muistiongelmista koki saaneensa tarpeeksi tai melko riittävästi koulutusta 62 % vastaajista, toisin kuin alkoholi-ongelmista, sillä 30 % vastaajista ei osannut vastata väittämään. Noin joka kymmenes (13 %) vastaajista ilmoitti saaneensa riittävästi koulutusta alkoholi-ongelmista, ja kolmannes (32 %) oli saanut melko riittävästi koulutusta.

Alkoholinkäytön tunnistamisesta vastaajat antoivat melko hajaantunutta tietoa: Vajaa puolet (45 %) ilmoitti saaneensa melko riittävästi tietoa alkoholinkäytön tunnistamisesta. Vajaa viidennes (19 %) ei osannut sanoa, onko tietoa tarpeeksi ja vajaa viidennes (19 %) oli eri mieltä siitä, että on saanut tietoa tarpeeksi. Muistiongelmista oli puolestaan saanut melko riittävästi tietoa lähes puolet (45 %) vastaajista.

Lähes kolmannes (27 %) vastaajista ei osannut sanoa, onko saanut tarpeeksi koulutusta alkoholinkäytön tunnistamisesta. Reilu kolmannes (37 %) koki saaneensa melko riittävästi koulutusta alkoholinkäyttöön liittyen. Muistiongelmien tunnistamisesta saatu koulutus sen sijaan tyydytti, ainakin osittain, yli puolta (52 %) vastaajista.

Taulukko 3. Koulutuksen ja tiedon tarve.

	Täysin samaa mieltä f/%	Osittain samaa mieltä f/%	En osaa sanoa f/%	Osittain eri mieltä f/%	Täysin eri mieltä f/%
Olen saanut riittävästi tietoa alkoholiongelmista (n=61)	18/29	26/43	11/18	3/5	3/5
Olen saanut riittävästi tietoa muistiongelmista (n=51)	15/30	29/57	4/7	3/6	--
Olen saanut riittävästi koulutusta alkoholiongelmista (n=53)	7/13	17/32	16/30	9/17	4/8
Olen saanut riittävästi koulutusta muistiongelmista (n=53)	7/13	33/62	6/11	7/13	--
Olen saanut riittävästi tietoa alkoholinkäytön tunnistamisesta (n=53)	6/11	24/45	10/19	10/19	3/6
Olen saanut riittävästi tietoa muistiongelmien tunnistamisesta (n=53)	10/19	31/59	7/13	5/9	--
Olen saanut riittävästi koulutusta alkoholinkäytön tunnistamisesta (n=52)	6/12	19/37	14/27	8/15	5/9
Olen saanut riittävästi koulutusta muistiongelmien tunnistamisesta (n=52)	11/21	27/52	7/14	7/14	--

Muistiongelmiin liittyvää koulutuksen ja tiedon tarvetta (taulukko 4) selvitettiin avoimella kysymyksellä (f=18). Suorista lainauksista luotiin alaluokat, joita muodostettiin yhteensä 6. Alaluokat olivat tietojen päivitys, muistiongelmien tunnistaminen, ongelmatilanteet muistiongelmaisen asiakkaan kanssa, yhteistyön tiivistäminen, muistisairauksien lääkehoito sekä alkoholi ja muistiongelmat.

Eniten (f=7) kaivattiin päivitystä ja uutta tietoa muistiongelmista, muun muassa muistisairauksien ensimerkkien tunnistamista ja koko aihealueen päivittämistä. Muistiongelmien tunnistaminen, ongelmatilanteet muistiongelmaisen asiakkaan

kanssa ja eri tahojen yhteistyön tiivistäminen saivat kukin neljä mainintaa. Näissä vastauksissa nousi esiin muun muassa aggressiivisen muistisairaana asiakkaan kohtaaminen sekä hoitotoimenpiteiden selittäminen siten, että muistisairaskin asiakas ymmärtää ohjeet. Muistisairauksien lääkehoidosta kaivattiin lisää tietoa kolmessa vastauksessa, lähinnä tietoa kaivattiin uusimmista lääkkeistä. Alkoholista johtuvista muistiongelmista haluaisi lisätietoa kaksi vastaajaa.

Taulukko 4. Muistiongelmiin liittyvä tiedon- ja koulutuksentarve luokiteltuna.

Suorat lainaukset	Alaluokka	Yläluokka
”päivitys koko aihealueelta” ”kaikkea tietoa” ”Ensi merkit” ”uutta ajankohtaista” ”tietoa lisää + kertausta mm. Alzheimerin taudista, eri demensiasairauksista” ”Koulutukset työpaikalla Perniössä.” ”Uusinta tietoa”	Tietojen päivitys (f=7)	Muistiongelmiin liittyvän koulutuksen ja tiedon tarve (f=18)
”Muistiongelmiin/sairauksen kertaus” ”Eri syistä johtuvan demensian eroista” ”kertausta yleisimmistä muistiongel- mista ja niiden vaikutuksesta ihmi- seen” ”Erityyppisten muistiongelmiin eritte- ly, eteneminen.”	Muistiongelmiin tunnis- taminen (f=4)	
”esim. keinoja kun asiakas ei suostu yhteistyöhön muistiongelmiin takia” ”Myös koulutusta toimimisesta muisti- sairaiden kanssa.” ”Miten kohdata aggressiivinen muisti- sairas” ”miten saada ymmärtämään hoitotoi- menpiteet	Ongelmatilanteet muis- tiongelmaisen asiak- kaan kanssa (f=4)	
”miten itse voin vaikuttaa hoitoon- pääsyyn?” ”miten avustetaan omaiset/asiakas” ”hoito keinot” ”Muistineuvolan hoitaja voisi tulla pu- humaani tiimille?!”	Yhteistyön tiivistäminen (f=4)	
”uusimmat lääkkeet” ”niiden lääkehoidosta” ”lääkitys ym.”	Muistisairauksien lää- kehoito (f=3)	

"Koulutus, joka opettaisi tunnistamaan alkoholi-ongelmia ja muistisairauksia paremmin." "ehkä enemmän alkoholista johtuvaa muistiongelmää"	Alkoholi ja muistiongelmat (f=2)	
---	-------------------------------------	--

Alkoholiin liittyvää tiedon ja koulutuksen tarvetta (taulukko 5) selvitettiin avoimella kysymyksellä (f=23). Suorista lainauksista luotiin alaluokat, joita muodostettiin yhteensä 4. Alaluokat olivat yleinen alkoholitietous, alkoholiongelmaisen asiakkaan hoitoonohjaus, ikääntyneiden alkoholinkäyttö sekä uhkaavat tilanteet kotihoidossa.

Selvästi eniten (f=9) tietoa kaivattiin alkoholista yleensä, kuten alkoholin vaikutuksista, alkoholinkäytöstä johtuvista sairauksista ja alkoholismien hoitovaihtoehtoista. Ikääntyneiden alkoholinkäyttö ja alkoholiongelmaisen asiakkaan hoitoonohjaus saivat kumpikin viisi mainintaa. Erityisesti tuotiin esiin asiakkaan ohjaaminen hoitoon, jos tämä ei sitä itse haluaisi. Myös uhkaavien tilanteiden hallintakeinot kotihoidossa ilmoitettiin kolmessa vastauksessa tarpeelliseksi aiheeksi.

Taulukko 5. Alkoholinkäyttöön liittyvä tiedon- ja koulutuksentarve luokiteltuna

Suorat lainaukset	Alaluokka	Yläluokka
"alkon vaikutuksista" "Sairaudet jotka johtuvat alkoholinkäytöstä" "Mm. tietoa lisää" "kertausta" "lähinnä perustietoa asioista" "päivitys koko aihealueelta" "Alkoholi- ja yleensä päihdeongelmasta enemmän käytännön läheistä tietoa päivittäiseen kotihoitotyöhön." "Olisi kiva saada kyseisestä asiasta koulutusta, kun ei ole juurikaan ollut ☺"	Yleinen alkoholitietous (f=9)	
"onko mitään tehtävissä? Onko ilmoitusvelvollisuus esim. khtotsiin lääkärille kirjoittaa" "esim. miten ehkäistä/katkaista alko-	Alkoholiongelmaisen asiakkaan hoitoonohjaus	Alkoholiin liittyvän koulutuksen ja tiedon tarve

<p>holinkäyttö?” ”Miten ohjata hoitoon, miten tukea asiakasta ym.?” ”Keinoja hillitä juomista, avustaa asiakkaan kokonaistilannetta.” ”Kotihoidossa itsemääräämisoikeus usein vaikeuttaa hoitoa. ei voida puuttua jos asiakas kieltäytyy hoidosta.” ”vertausta alkoholismiin hoitovaihtoehtojaista”</p>	(f=6)	(f=18)
<p>”Alkoholin käytöstä vanhuksilla (esim. alkoholi + monilääkitys, kaatumisriskit ym.)” ”enemmän vanhusten alkoholin käytöstä” ”mikä vaikutus vanhuuteen” ”Miten kohdata tällainen asiakas?” ”Haluaisin korostaa, että alkoholismi on sairaus. Kaikki tarvitsevat tasavertaisen avun, mutta vanhuksen hoitoon suunnatulla alalla on hankala hoitaa myös toista ongelmaa.”</p>	Ikääntyneiden alkoholi- linkäyttö (f=5)	
<p>”Asiakkaan kohtaaminen” ”uhkaavien tilanteiden hallintakeinot” ”Miten kohdata alkoholi-ongelmainen muistisairas, joka käyttäytyy aggressiivisesti.”</p>	Uhkaavat tilanteet kotihoitossa (f=3)	

Palautetta kyselystä pyydettiin avoimella kysymyksellä (f=9). Kuusi vastaajaa antoi avoimeen kysymykseen, jossa oli tilaa vapaille ajatuksille, palautetta kyselystä ja kyselylomakkeesta. Suorista lainauksista luotiin alaluokat, joita muodostettiin yhteensä neljä. Alaluokat olivat positiivinen palaute, työntekijöiden kokemuksia sekä negatiivinen palaute.

Viisi vastauksista oli kyselystä ja aiheesta positiivisia kommentteja, kuten kiitoksia sekä kommentti aiheen tärkeydestä. Yhdessä vastauksessa huomautettiin hankalasti esitetyistä kysymyksistä. Kolme vastaajaa oli jakanut kokemuksiaan aikaisemmasta työstään tai koulutuksestaan päihde- ja muistiongelmiensa parissa.

Taulukko 6. Kyselystä annettu palaute.

Suorat lainaukset	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Ihan hyvä kysely"; sillä vanhuksien päihdeongelmat ja vahingossakin tapahtuva sekakäyttökin."</p> <p>"Kiitos ☺"</p> <p>"Kiitos kun yritätte tukea meidän/työstämme..."</p> <p>"Hyvä kysely, ja tärkeä aihe mistä ei kuitenkaan kauheasti puhuta."</p> <p>"Hyvä"</p>	<p>Positiivinen palaute kyselystä (f=5)</p>	
<p>"Olen aikaisemmassa työssäni hoitanut dementoituneita vanhuksia, joten tätä kautta muistisairaudet ovat tulleet hyvinkin tutuiksi. alkoholisteja osastollamme oli lähinnä katkolla tai sitten jo pitkälle edenneenä alkoholidementikoina."</p> <p>"erikoistuin päihde ja mielenterveys puolelta"</p> <p>"Alkoholidementikot tuntuvat unohtavan, miten toimitaan ja ns. norm. vanhuksia unohtaa enempi asioita. Pitäis erikoistua kumpaankin."</p>	<p>Työntekijöiden kokemuksia (f=3)</p>	<p>Palaute kyselystä (f=9)</p>
<p>"hankalasti esitettyjä kysymyksiä"</p>	<p>Negatiivinen palaute kyselystä (f=1)</p>	

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli luotettavuuden avulla (Hiltunen 2009). Validiteetti kuvastaa, onko tutkimuksessa onnistuttu mittaamaan haluttuja asioita. Lisäksi tarkastellaan, onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti muuttamaan sellaisiksi muuttujiksi, että niitä voidaan käsitellä tutkimuksen tuloksissa. Mittaamisen reliabiliteetilla kartoitetaan, tuottaako mittarilla kerätty aineisto eissattumanvaraisia tuloksia ja ovatko tulokset pysyviä. Reliabiliteettia voidaan myös arvioida käyttämällä samaa mittaria eri tutkimusten aineiston keräämiseen ja mittaamiseen. Mittarin esitestaamisella tarkoitetaan, että ennen varsinaista tutkimusta mittaria testaa todellista, tulevaa vastaajajoukkoa vastaavat henkilöt. Esitestaaminen on erityisen tärkeää, jos mittari on uusi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189–191.)

Tätä opinnäytetyötä varten laadittiin oma kyselylomake, koska vastaavaa kyselyä ei ole aiemmin tehty ja siinä haluttiin tarkastella nimenomaan Salon kaupungin kotihoidon työntekijöiden mielipiteitä. Kyselylomakkeen laatimiseen osallistui Salon muistiyhdistys, joka konsultoi kysymyksissä A-klinikkaa. Kyselylomakkeen esitestasi kaksi kotihoidon työntekijää, joista toinen oli Salon kotihoidosta ja toinen muun kaupungin kotihoidosta. Lisäksi opinnäytetyön ohjaajat kommentoivat kyselylomaketta. Esitestaajat totesivat oman työnsä pohjalta kyselylomakkeen tarkoituksenmukaiseksi ja tarpeelliseksi.

Kyselylomakkeen valmistuttua haettiin tutkimuslupaa Salon kaupungilta. Tutkimusluvan myönsi Salon kaupungin vanhuspalveluiden johtaja sellaisenaan 24.5.2013.

Kyselylomakkeen selkeä taitto, sopiva pituus ja huoliteltu yleisilme saavat vastaajan kiinnostumaan kyselystä, motivoitumaan vastaamiseen ja helpottavat myöhemmin tietojenkäsittelijän työtä. Kyselyissä suositellaan kysymysten asetteleminen lineaarisesti ylhäältä alaspäin ja selkeästi erottelemaan kysymykset esimerkiksi laatikoimalla tai erottelemalla kysymykset toisistaan viivoilla. Sa-

maan aihealueeseen kuuluvat kysymykset ryhmitellään kokonaisuuksiksi. Hyvä kysymys on kohtuullisen mittainen ja selkeä. (KvantiMOTV 2010.)

Tämän opinnäytetyön kyselyn kysymykset oli erotettu toisistaan laatikoilla, ja Likertin asteikon numerovaihtoehdot olivat omissa lokeroissaan kunkin väittämän perässä. Kysymykset oli jaoteltu muistiongelmiin ja alkoholiongelmiin mukaan. Väittämien seassa oli tarkentavia, avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset käsiteltiin sellaisinaan, sanajärjestyksiä ei vaihdettu tai kirjoitusvirheitä korjattu, näin haluttiin säilyttää vastausten alkuperäinen muoto ja vähentää värintulkittamisen riskiä.

Tutkimustulosten yleistettävyydestä kertoo ulkoinen validiteetti. Tämä tehdään arvioimalla vastausten edustavuutta suhteessa tutkimuksen perusjoukkoon (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastasi 51 % (f=61) niistä kotihoidon työntekijöistä, joille kysely annettiin vastattavaksi (n=120). Vastaajiksi valikoituivat kotihoitotiimeissä tutkimusajankohtana työskennelleet työntekijät. Sairaus- tai vuosilomilla olleiden työntekijöiden vastauksia ei jääty odottamaan. Salon kaupungin kotihoitossa työskentelee noin 180 kotihoitotyötä tekevää työntekijää. Vastanneiden määrä oli siten noin kolmasosa kaikista työntekijöistä.

Tässä opinnäytetyössä laadittiin tiedote kyselyn jakaville henkilöille ja saatekirje siihen vastaaville henkilöille. Kotihoidon tiimivastaaville tarkoitettu tiedote ohjeisti kyselyn jakamiseen ja palauttamiseen. Tiiminvastaajille laadittiin oma tiedotteensa, koska opinnäytetyöntekijä ei tavannut heitä kaikkia henkilökohtaisesti, ja näin voitiin varmistaa ohjeiden yhdenmukaisuus kussakin kotihoitotiimissä. Tässä saatekirjeessä myös rajattiin kyselyyn toivotut vastaajat: Kaikki kotihoitotyöntekijät, jotka tekevät asiakaskäyntejä.

Kaikki vastaajat eivät olleet vastanneet kyselyn viimeiseen sivuun. Otos viimeisen sivun väittämässä oli alhaisempi kuin kahdella ensimmäisellä sivulla (f=60–61), otoksen ollessa viimeisellä sivulla näin keskimäärin 52. Kyselyyn vastaamisen kannalta olisi ollut edullista, jos sivuilla olisi ollut sivunumerot tai kehotus

kääntää sivua. Sivunumeron tai kääntö-kehotuksen puuttuminen saattoi vähentää vastausten määrää viimeisen sivun kysymyksiin.

Jokaisella vastaajalla on oikeus olla vastaamatta kyselyyn, ja tämän seikan tulee ilmetä saatekirjeessä. Saatekirje on siksi hyvä muotoilla neutraaliksi ja asialliseksi. Siinä tulee olla myös tutkijan yhteystiedot vastaajan mahdollista yhteydenottoa varten. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 218–219.) Tässä opinnäytetyössä vastaajille annettiin mahdollisuus kieltäytyä kyselyyn vastaamisesta. Kysely jaettiin tasapuolisesti kaikille kotihoidon tutkimusajankohtana saatavissa olleille työntekijöille.

Vastaajille oli myös oma saatekirjeensä, jossa kerrottiin laajemmin kyselyn taustatekijöistä, kuten toimeksiannosta ja opinnäytetyöstä. Lisäksi saatekirjeessä oli sekä ohjaavien opettajien että opinnäytetyön tekijän yhteystiedot. Tiedotteella ja saatekirjeellä haluttiin varmistaa, että sekä kyselyn jakavat tiiminvastaavat että siihen vastaavat työntekijät saisivat mahdollisimman tarkan ja samanarvoisen kuvan siitä, mihin vastauksia käytetään, miksi kysely tehdään sekä kyselyn anonymiteetistä ja vastaamisen vapaaehtoisuudesta.

Tutkimuksen eettisyys edellyttää, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen teossa (Hirsjärvi 2009, 173). Suomessa tutkimuksen eettisyyttä ohjaa Maailman Lääkäriliiton vuonna 1964 antama Helsingin julistus, joka tarkistettiin vuonna 2008. Se käsittelee ihmiseen kohdistuvan lääketieteellisen tutkimuksen eettisiä periaatteita, mutta niitä on laajalti käytetty eettisenä pohjana sellaiseen tutkimukseen, jossa ihminen on tutkittava kohde. Helsingin julistuksen mukaan tärkeintä lääketieteellisessä tutkimuksessa on tutkittavan hyvinvointi ja etu. Tutkimuksessa pitää huomioida erityisesti haavoittuvat ja herkät kohderyhmät, jotka eivät välttämättä itse ymmärrä tutkimuksen tarkoitusta tai eivät ymmärrä sen sisältöä, eivätkä siten välttämättä ymmärrä, mihin suostumuksensa ovat antaneet. (Suomen Lääkäriliitto 2013.)

Vastaajien anonymiteetin säilyttäminen tutkimuksessa on ensisijaisen tärkeää. Vastaajista ei ole pienessä aineistossa eettisesti oikein erotella tunnistettavissa olevia alaryhmiä, joissa vastaajat voitaisiin tunnistaa esimerkiksi sukupuolen

perusteella. Tutkija säilyttää saamansa vastaukset huolellisesti itsellään. (Kankunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 221.)

Tässä kyselyssä vastaajilta kysyttiin joitakin taustatietoja (ammatti ja työskentelyaika kotihoidossa). Niitä ei voida yhdistää vastaajiin tulosten esittelyssä, sillä tuloksia ei esitellä ammattiryhmän tai työskentelyajan mukaan, vaan ne käydään kysymyksittäin läpi. Kyselyn viimeisessä kysymyksessä sai kertoa vapaasti mielipiteitään, ja näiden perusteella voisi mahdollisesti päätellä, ketkä työntekijöistä ovat ainakin vastanneet kyselyyn, mutta tiedot eivät ole tarpeellisia kysymysten esittelyssä.

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa vältetään epärehellisyyttä. Muun muassa toisten tekstiä ei plagioida eli väitetä omaksi tai tutkimuksen tuloksia ei yleistetä kritiikittömäksi eikä niitä muunnella tai muokata tutkijalle mieleisimmiksi. Tulokset esitellään rehellisesti ja tutkimusmenetelmät selitetään tutkimuksessa perusteellisesti. (Hirsjärvi 2009.)

Tässä opinnäytetyössä on tulokset esitetty rehellisesti ja johtopäätökset on tehty varovaisesti ilman yleistyksiä. Tutkimusmenetelmät on esitelty perusteellisesti kappaleessa 6. Käytetyt lähteet on ilmoitettu asianmukaisesti Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaan ja lähdeluettelo on ajantasainen ja laaja.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa, miten Salon kaupungin kotihoidon työntekijät erottavat alkoholinkäytöstä ja muistisairaudesta johtuvat muistiongelmat toisistaan, mihin asiakkaat ohjataan hoitoon sekä millaista tietoa ja koulutusta työntekijät tarvitsevat muisti- ja alkoholiongelmiin liittyen. Tämän opinnäytetyön tavoitteena on, että tuloksia hyödynnetään muistiongelmiä käsittelevän tiedotusaineiston laatimisessa ja koulutuksen järjestämisessä.

Taustakysymyksistä ilmeni, että valtaosalla vastanneista oli alan sosiaali- ja terveysalan koulutus, kuten kodinhoitaja, lähihoitaja tai sairaanhoitaja, joten jo peruskoulutuksensa myötä työntekijöillä pitäisi olla jonkin verran tietoa muistiongelmistä. Yli kaksi kolmasosaa (85 %) oli työskennellyt kotihoidossa yli vuoden ja runsas kolmasosa (39 %) yli kymmenen vuotta, joten käytännön työkokemuksen kautta muistiongelmiä tunnistaminen on myös lisääntynyt.

Niirasen ja Tuomela-Jaskarin (2009) mukaan puolet pohjalaismaakunnissa asuvista vanhuksista (n=144) käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin. Neljä kertaa viikossa tai useammin alkoholia käytti 15 % vastanneista. Tässä opinnäytetyössä lähes kaikki (98 %) kotihoidon työntekijät tapasivat muistisairaankin vähintään kerran viikossa. Alkoholia käyttävän asiakkaan tapasi työntekijöistä kerran viikossa runsas puolet (54 %) ja alle viidennes (16 %) harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Lisäksi neljä vastaajaa ilmoitti tapaavansa alkoholia käyttävän asiakkaan joka päivä.

Muistisairauksista ja alkoholinkäytöstä johtuvien muistiongelmiä tunnistamisessa oli eroja. Lähes kaikki vastaajat tunnistivat ainakin jossakin määrin muistisairauksista johtuvat muistiongelmat. Vastaavasti alkoholinkäytöstä johtuvat muistiongelmat tunnistettiin ainakin osittain noin kaksikolmasosaa vastaajista.

Mittarien käytössä muistiongelmiä tunnistamisessa oli suuria eroja. Lähes neljä viidesosaa (78 %) käytti ainakin osittain mittaria muistisairauksista aiheutuvien muistiongelmiä tunnistamiseen. Sen sijaan vain 12 % käytti ainakin osittain

mittaria alkoholinkäytöstä johtuvien muistiongelmien tunnistamiseen. Puolet vastaajista ei käyttänyt lainkaan mittareita alkoholinkäytön tunnistamiseen. Vastaajista 69 % kuitenkin kertoi tunnistavansa alkoholinkäytöstä johtuvat muistiongelmat melko hyvin.

Taittosen (2911) mukaan kotihoidon työntekijät (n=22) kertoivat haastattelussa, että yli 65-vuotiaista alkoholia käytettiin useammin yksin kuin alle 65-vuotiaiden parissa. Yli 65-vuotiaiden elämänpiiri voi kaventua kodin, kaupan ja Alkon ympärille. Tutkimuksessa todettiin myös, että koihoidon työntekijä voi olla viimeinen taho, joka kohtaa alkoholia ongelmallisesti käyttävän asiakkaan, ja hoitajalla on mahdollisuus seurata asiakkaan kodin siisteyttä, mahdollisia pulloja ja asiakkaan habitusta.

Tämän opinnäytetyön avoimissa vastauksissa alkoholinkäytön tunnistamiseen liittyen vastattiin, että alkoholinkäytön havainnoimiseen käytettiin myös puhetta, hajua, ulkonäköä, asunnon siisteyttä tai pulloja. Tämä herättää kysymyksen, voidaanko havainnointia pitää riittävän luotettavana arviointimenetelmänä, vai tulevatko sillä tavalla esiin vain alkoholin ongelmakäyttäjät ja suurkuluttajat. Toinen kysymys on, ovatko alkoholiongelmien tunnistamiseen tarkoitetut mittarit tuntemattomia työntekijöiden keskuudessa? Viidessä vastauksessa kerrottiin, mitä alkoholinkäytön mittareita on käytössä.

Vastaajat olivat melko hyvin perillä siitä, mihin ohjaavat muistiongelmaisen ja alkoholia käyttävän asiakkaan hoitoon. Varmoja oikeasta hoitopaikasta muistiongelmaisen asiakkaan kohdalla oli hieman yli puolet ja alkoholia käyttävän asiakkaan kohdalla lähes puolet vastaajista. Epävarmoja hoitoonohjauspaikasta oli vain 10-11 %. Asiakkaan riskin alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöön tunnisti hyvin tai aika hyvin lähes yhdeksänkymmentä prosenttia vastaajista.

Tietoa ja koulutusta muistinongelmista, tietoa muistiongelmien tunnistamisesta ja koulutusta muistiongelmien tunnistamiseen oli saanut riittävästi tai melko riittävästi kaksi kolmasosaa tai enemmän vastaajista. Sen sijaan vastaavat kysymykset alkoholiin liittyen osoittivat, että vastaajat ovat vähän epävarmoja tiedon ja koulutuksen riittävydestä. Kysyttäessä tiedon riittävyttä alkoholiongelmista

runtas neljännes oli ainakin osittain epävarma tiedon riittävydestä. Hieman yli puolet vastaajista oli ainakin osittain epävarma koulutuksen riittävyteen alkoholiongelmista ja alkoholinkäytön tunnistamisesta. Alkoholiongelmiin tunnistamisesta oli saanut ainakin lähes riittävästi koulutusta runsaat puolet (56 %) vastaajista.

Epävarmuutta siis ilmenee sekä alkoholin käytön tunnistamiseen liittyvän tiedon saamisessa että riittävän koulutuksen saamisessa alkoholiongelmiin tunnistamisessa. Huomio kiinnittyy siihen, ettei kukaan vastaajista ollut täysin eri mieltä riittävän tiedon saamisesta muistiongelmiin liittyvästä koulutuksesta, riittävän tiedon saamisesta muistinongelmien tunnistamiseen tai riittävästä koulutuksesta koskien muistiongelmiin tunnistamista.

Avoimiin kysymyksiin koskien muisti- ja alkoholiongelmiä koskevaa koulutusta ja tiedon tarvetta vastasi runsas neljäsosa vastaajista (muistiongelmat $f=18$ ja alkoholiongelmat $f=22$). Muistiongelmiin liittyvä koulutuksen ja tiedon tarve koski muun muassa muistisairauksien lääkehoitoa, muistiongelmiin tunnistamista ja alkoholiongelmista johtuvaa muistiongelmaa. Vastaavasti alkoholiongelmia koskeva koulutus ja tiedon tarve sisälsi toiveita alkoholisairauksista, vanhusten alkoholinkäytöstä ja hoitoonohjauksesta.

Sekä muisti- että alkoholiongelmiin kohdalla kaivattiin lisäksi koulutusta ja tietoa yleisesti kyseisistä ongelmista, toimimisesta muisti- ja alkoholiongelmaisten kanssa ja asiakkaan kohtaamisesta muun muassa uhkaavissa tilanteissa.

Tämän opinnäytetyön tulokset kertovat Salon kaupungin kotihoidon työntekijöiden muistisairauksista ja alkoholin käytöstä johtuvien muistiongelmiin tunnistamisesta sekä kyseisiin ongelmiin liittyvästä tiedon ja koulutuksen tarpeesta. Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa kyseisiin asioihin liittyvää koulutusta ja mahdollista tiedotusmateriaalia. Opinnäytetyön tekijää jäi askarruttamaan alkoholin käytöstä johtuvien muistiongelmiin tunnistaminen ja siihen käytetyt työmenetelmät. Kotihoidon asiakkaiden alkoholin käytöstä aiheutuvat muistiongelmat voisivat kaivata lisää tutkimusta.

LÄHTEET

- Aaltonen, M. 2013. Päihdekortti. A-klinikkasäätiö. Viitattu 30.7.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/puheeksioton-ohjeet/paihdekortti-ikaihmissen-parissa-tyoskenteleville>.
- Alzheimer's society 2012. The Mini Mental State Examination (MMSE) factsheet. Viitattu 31.7.2013. http://www.alzheimers.org.uk/site/scripts/download_info.php?fileID=1778.
- Babor, T.; Higgins-Biddle, J.; Saunders, J. & Monteiro, M. 2001a. AUDIT – the alcohol use disorders identification test. World health organization. Viitattu 30.7.2013. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf.
- Babor, T. & Higgins-Biddle, J. 2001b. Brief interventiion. For hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. World health organization. Viitattu 30.7.2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67210/1/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf.
- Eloniemi-Sulkava U. 2007. Toimi kotona asumisen hyväksi. Vuori, U. & Heimonen S. (toim.). Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Viitattu 15.7.2013. http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/124/DEMkotihoitoOPAS_07-i.pdf.
- Eloniemi-Sulkava ym. 2010. Kotona asuvan muistisairaana hoito. Soininen, H. ym. (toim.). Muistisairaudet. WS Bookwell oy: Porvoo, 505-508.
- Erkinjuntti, T. 2013. Muistioireet, lievä kognitiivinen heikentyminen ja dementia. Lääkärin käsikirja 2010. Kustannus Oy Duodecim 2013.
- Erkinjuntti, T. & Viramo, P. 2010. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Soininen, H. ym. (toim.). Muistisairaudet. WS Bookwell oy: Porvoo, 50.
- FCG, Finnish Consulting Group 2013. RAVA-mittari. Viitattu 23.8.2013. http://www.ravamittari.fi/?bcsi_scan_11DF850925B68FED=D7wquGuHibdpGMolQ4ywVvKHGd41AAAAAdhcUJw==.
- Granö, S. & Kaijanen, S. 2013. Muistiopas. Muistiliitto.
- Hammar, T. 2008. Palvelujen yhteensovittaminen kotihoidossa ja kotiutumisessa - Kotihoidon asiakkaiden avun tarve ja palvelujen käyttö sekä PALKO-mallin vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Tampereen yliopisto. Viitattu 15.7.2013. <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66403>.
- Haverinen, R. & Päivärinta, E. 2002. Ikäihmissen hoito- ja palvelusuunnitelma: opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki.
- Heinänen, M. (toim.) 2007. Audit-testi. Alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Helsingin kaupunki. Viitattu 30.7.2013. <http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01/AUDIT7.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01>.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna.
- Huohvanainen, J.; Kejonen, A.; Lehmuskoski, K.; Leinonen, S.; Nykky, T.; Pirskanen, M. & Varjoranta, P. 2012. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Viitattu 30.7.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/22ff06b5-3b66-43be-9082-e52103be4046>.

Härmä, H. 2009. Alkoholi ja muisti. Muistiliitto ry. Viitattu 2.9.2013. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/225-alkoholi-ja-muisti>.

Ikonen, E. 2013. Kehittyvä kotihoito. Helsinki.

Juva, K. 2011. Muistihäiriö. Lääkärikirja Duodecim 2011. Viitattu 2.3.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=lewyn%20kappale%20dementia&p_artikkeli=dlk00706.

Juva, K. 2007. Perehdy muistisairauksiin. Vuori, U. & Heimonen S. (toim.). Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Viitattu 15.7.2013. http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/124/DEMkotihoitoOPAS_07-i.pdf.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro oy. Helsinki.

Kuntaliitto 2013. Kotihoito. Viitattu 2.4.2013. <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/sosiaalipalvelut/ikaantyneet/kotihoito/Sivut/default.aspx>.

KvantiMOTV 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 14.4.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>.

KvantiMOTV 2011. Postikyselyaineiston kokoaminen. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 14.4.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/postikysely/postikysely.html#saatteet>.

Käypä hoito 2011. Alkoholiongelman hoito. Viitattu 25.3.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50028>.

Käypä hoito 2010. Muistisairaudet. Viitattu 16.7.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystaloudesta 28.12.2012/980.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Lammi, K. 2007. Tiedosta oikeudelliset asiat ja ota niistä vastuu. Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Viitattu 15.7.2013. http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/124/DEMkotihoitoOPAS_07-i.pdf.

Laurila, J., Pitkälä, K. & Rahkonen, T. 2007. Pidä mielessä mahdollinen delirium. Tue muistisairaahan ihmisen kotona asumista – opas ammattihenkilöstölle. Suomen dementiahoitoyhdistys. Viitattu 15.7.2013. http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/124/DEMkotihoitoOPAS_07-i.pdf.

Leppävuori, A. 2010. Muut elimelliset aivo-oireyhtymät. Soininen, H. ym. (toim.). Muistisairaudet. WS Bookwell oy: Porvoo.

Luoma M-L. & Kattainen, E. 2007. Asiakaslähtöinen kotihoito. Heinola R (toim.). Gummerus kirjapaino Oy, Vaajakoski.

Martikainen, J, Viramo, P. & Frey, H. 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Soininen, H. ym. (toim.). Muistisairaudet. WS Bookwell oy: Porvoo, 37.

Niiranen, P. & Tuomela-Jaskari, S. Haasteena ikäihmisten päihdeongelma? Selvitys ikäihmisten päihdeongelman esiintyvyydestä pohjalaismaakunnissa. Seinäjoen ammattikorkeakoulu. Viitattu 25.8.2013. <http://kirjasto.seamk.fi/loader.aspx?id=c4c47374-c9f3-494e-acfc-f525675e22d5>.

- Piirainen, M. 2010. Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta. Viitattu 30.7.2013. <http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17089/Piirainen%20Minna.pdf?sequence=1>.
- Puusniekka, A. & Saaranen-Kauppinen A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 23.8.2013. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>.
- Salin, S. 2009. Sisällön analyysi ja mallin rakentaminen. Viitattu 23.8.2013. http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkijakoulu/education/doctoralcourses/Sirpa_Salin_12112009.pdf.
- Salon kaupunki 2013. Kotihoito. Viitattu 23.8.2013. <http://www.salo.fi/vanhuspalvelut/kotihoito/default.aspx>.
- Salon muistiyhdistys ry. Muistisairaudet alkoholin varjossa–projekti 2011–2013. Viitattu 24.3.2013. http://www.alzsalo.fi/projektit_projekti3.html.
- Sosiaalihuoltoasetus 29.6.1983/607.
- Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982/710.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 30.7.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7206.pdf.
- Ström, A. 2009. Ikääntyvät ja alkoholitoimijuus 2009. Kvalitatiivinen tutkimus ikäihmisten alkoholinkäytöstä. Jyväskylän yliopisto. Viitattu 2.3.2013. https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/20044/URN_NBN_fi_jyu-200905071544.pdf?sequence=1.
- Sulkava, R.; Vuori, U. & Ylikoski, R. 2007. Mini-Mental State Examination -testi (MMSE). Ohjeet testin tekemiseen. Viitattu 30.7.2013. <http://www.muistiasiantuntijat.fi/modules/doku/files/145/mmse.pdf>.
- Suomen Alzheimer-tutkimusseura 2013. Taustaa. Viitattu 23.8.2013. <http://www.cerad.fi/fi/taustaa>.
- Taittonen, M. 2011. Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa: Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.7.2013. http://www.seinajoki.fi/sosiaalijaterveys/vanhustyonkehittamishanke/.raportit_ja_julkaisut.html/39014.pdf.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus 31.12.2010/1326.
- THL, Terveystieteiden tutkimuskeskus 2009. Muistisairaat asiakkaat sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa. Viitattu 25.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/muistisairaat_asiakkaat.
- THL, Terveystieteiden tutkimuskeskus 2011. Kotihoidon laskenta 30.11.2011. Viitattu 25.3.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/ikaantyneet/kotihoidon_laskenta.
- THL 2013. Alkoholijuomien kulutus 2012. Viitattu 23.8.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet_ja_riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien_kulutus.

- THL, toimia.fi, 2012. IADL-asteikko. Viitattu 23.8.2013. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/31/>.
- Valtari, M. 2006. SPSS-perusteet. Viitattu 23.8.2013. <http://www.helsinki.fi/~komulain/Tilastokirjat/04.%20Valtari-Spss-opas.pdf>.
- Valvira 2012. Kotipalvelu ja kotihoito kunnissa. Esitteet 6:2012. Viitattu 18.8.2013. <http://www.valvira.fi/files/esitteet/Kotipalvelut.pdf>
- Viljanen, M. 2010. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Viitattu 19.7.2013. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantyminen-alkoholi-ja-laakkeet>.
- Viramo, P. & Sulkava, R. 2010. Muistioireiden ja dementian epidemiologia. Soininen, H. ym. (toim.). Muistisairaudet. WS Bookwell oy: Porvoo, 35-36.
- Virtuaali ammattikorkeakoulu 2013. Kvantitatiivisen analyysin perusteet. Viitattu 13.7.2013. <http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464131489/1194289328583/1194289824724.html>.
- Öfverström-Anttila, H. & Alho, L. 2011. Ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiotto ja lyhytneuvonta. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Viitattu 19.7.2013. http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/8f0cbc004a1577498c7decb546fc4d01/VanhusAudit_www_li_nkit2.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=8f0cbc004a1577498c7decb546fc4d01.

Liite 1. Toimeksiantosopimus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Päivi Nikkanen

Osoite _____

Puhelin koti _____ Puhelin työ _____

Sähköposti paivi.nikkanen@gmail.com

Koulutusohjelma sairaanhoitaja

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Kotihoidon tiedontarpeen arviointi muisti- ja alkoholiongelmista (kysely)

Aikataulu Kyselyn palautus 8.2.13 mennessä.

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Salon Muistiyhdistys ry

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Sari Nyrhinen

Osoite Pensalantie 3 a, 24800 Halikko

Puhelin 044 333 7854 Sähköposti sari.nyrhinen@alzasalo.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Sirpa Nikunen / Tiina Pelander

Puhelin SN 044 907 5494 Sähköposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi
TP 044 907 5486

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Liite 2. Kyselylomake

Kysely alkoholiongelmien ja muistisairauksien tunnistamisesta kotihoidon työntekijöille

Pyydän Sinua ystävällisesti vastaamaan oheisen kyselylomakkeen kysymyksiin ympyröimällä sopivan vaihtoehdon. Avoimissa kysymyksissä on jätetty tilaa omille vastauksillesi. Palautathan täytetyn lomakkeen **tiiminvastaavallesi 12.6.2013** mennessä. Lämmin kiitos vastauksistasi!

1. Mikä koulutus Sinulla on?

1. kodinhoitaja
2. lähihoitaja
3. sairaanhoitaja/terveydenhoitaja
4. muu, mikä

2. Kuinka kauan olet työskennellyt kotihoidossa?

____ v ____ kk

3. Kuinka usein tapaavat alkoholia käyttävän asiakkaan?

1. vähintään kerran viikossa
2. vähintään kerran kuukaudessa
3. harvemmin

4. Kuinka usein tapaavat muistisairaana asiakkaan?

1. vähintään kerran viikossa
2. vähintään kerran kuukaudessa
3. harvemmin

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain samaa mieltä	täysin eri mieltä
1. Tunnistan, johtuvatko asiakkaan muistiongelmät muistisairaudesta.	5	4	3	2	1
2. Tunnistan, johtuvatko asiakkaan muistiongelmät alkoholinkäytöstä	5	4	3	2	1
3. Käytän työssäni mittareita muistiongelmien tunnistamiseen.	5	4	3	2	1
4. Mitä mittareita käytät muistiongelmien tunnistamiseen?					
5. Käytän työssäni mittareita alkoholiongelmien tunnistamiseen.	5	4	3	2	1
6. Mitä mittareita käytät alkoholiongelmien tunnistamiseen?					
7. Tiedän, mihin ohjaan muistiongelmaisen asiakkaan hoitoon.	5	4	3	2	1
8. Mihin ohjaat muistiongelmaisen asiakkaan hoitoon?					
9. Tiedän, mihin ohjaan alkoholiongelmaisen asiakkaan hoitoon.	5	4	3	2	1
10. Mihin ohjaat alkoholiongelmaisen asiakkaan hoitoon?					
11. Tunnistan asiakkaan riskin alkoholin ja lääkkeiden sekakäyttöön.	5	4	3	2	1

12. Olen saanut riittävästi tietoa alkoholiongelmistä.	5	4	3	2	1
13. Olen saanut riittävästi koulutusta alkoholiongelmistä.	5	4	3	2	1
14. Olen saanut riittävästi tietoa alkoholin käytön tunnistamisesta.	5	4	3	2	1
15. Olen saanut riittävästi koulutusta alkoholin käytön tunnistamisesta.	5	4	3	2	1
16. Olen saanut riittävästi tietoa muistiongelmista.	5	4	3	2	1
17. Olen saanut riittävästi koulutusta muistiongelmista.	5	4	3	2	1
18. Olen saanut riittävästi tietoa muistiongelmiä tunnistamisesta.	5	4	3	2	1
19. Olen saanut riittävästi koulutusta muistiongelmiä tunnistamisesta.	5	4	3	2	1
20. Millaista tietoa tai koulutusta haluaisit muistiongelmista?					
21. Millaista tietoa tai koulutusta haluaisit alkoholiongelmista?					
22. Mitä muuta haluaisit sanoa?					

Liite 3. Tutkimuslupa-anomus ja tutkimusluvut

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
 Terveysala, Salo
 Ylhaistentie 2
 24130 SALO
 Puh. (02) 263 350
 Fax. (02) 2633 6179

ANOMUS OPINNÄYTETYÖN AINEISTON KOKOAMISEKSI

Tutkimuksen nimi	Muistiongelmien tunnistaminen Salon kaupungin kotihoiossa
Tutkimusongelma	Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, miten Salon kaupungin kotihoion työntekijät erottavat alkoholinkäytöstä ja muistisairaudesta johtuvat muistiongelmät toisistaan, mihin asiakkaat ohjataan hoitoon sekä millaista tietoa ja koulutusta työntekijät tarvitsevat muisti- ja alkoholiongelmiin liittyen.
Tutkimuksen kohde ja aineiston keruumenetelmä	Postikysely Salon kaupungin kotihoion henkilökunnalle. Kustannukset kattaa Salon muistiyhdistys.
Aineiston ko-koamisajankohta	Toukokuu 2013.
Tutkimuksen arvioitu valmistumisajankohta	Lokakuu 2013.
Tutkimussuunnitelma hyväksytty	/ 20
Tutkimuksen ohjaajat	<p>Tiina Pelander puh [redacted]</p> <p>Sirpa Nikunen puh [redacted]</p>
<p>Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa tutkimusongelman puitteissa ja siten, että tutkimuksen kohteena olevien henkilöiden anonymiteetti säilyy.</p> <p>Tutkimuksen tekijä: suuntautumisvaihtoehto: hoitotyö, ryhmä: NHSHSK11</p> <p><i>Paivi Nikkanen</i> Päivi Nikkanen</p> <p>[redacted] paivi.nikkanen@students.turkuamk.fi</p>	

Anomus käsitelty

24.5.2013

lupa myönnetty

lupa evätty, peruste _____

Allekirjoitus

Hannele Lyytikäinen VANNUSPALVELUIDEN SIHTTAJA

Anomus ja tutkimussuunnitelma toimitetaan yhtenä kappaleena, josta toimeksiantaja lähettää kopiot yhdelle opiskelijalle, yhdelle ohjaavalle opettajalle ja kullekin työhön osallistuvalla toimipisteelle. Alkuperäinen jää toimeksiantajalle. Valmis työ toimitetaan toimeksiantajalle sovitulla tavalla.

SALON KAUPUNKI

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Vanhuspalveluiden johtaja

29.5.2013

§ 5

DIRAISUVAATIMUSOHJEET

Tutkimuslupa / Nikkanen Päivi

1608/07.01.04.01.03/2013

Oikeus- ja
valtuutus

Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija Päivi Nikkanen anoo tutkimuslupaa "Muistisairauksien tunnistaminen Salon kaupungin kotihoi-
dossa" -opinnäytetyötä varten.

Oikeus- ja
valtuutus

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa, miten Salon kaupungin kotihoi-
don työntekijät erottavat alkoholinkäytöstä ja muistisairaudesta johtuvat
muistiongelmien toisistaan, mihin asiakkaat ohjataan hoitoon sekä millaista
tietoa ja koulutusta työntekijät tarvitsevat muisti- ja alkoholiongelmiin liit-
tyen.

Kysely suoritetaan kyselylomakkeella postitse kotihoidon henkilökunnalle.

Päätöksen peruste

Salon kaupungin hallintosääntö § 19

Päätös

Myönnän tutkimusluvan opinnäytetyötä varten.

Hannele Lyytinen
Vanhuspalveluiden johtaja

SALON KAUPUNKI

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS

Vanhuspalveluiden johtaja

29.5.2013

§ 5

OIKAISUVAATIMUSOHJEET

Oikaisuvaatimus-oikeus	Päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen. Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.
Oikaisuvaatimusviranomainen	Viranomainen, jolle oikaisuvaatimus tehdään, osoite ja postiosoite Sosiaali- ja terveystieteiden PL 77, 24101 Salo Tehdaskatu 2 sote@salo.fi
Oikaisuvaatimus-aika ja sen alkaminen	Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu yleisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, seitsemän päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksisaantitodistukseen merkittynä aikana.
Pöytäkirjan nähtäväksi asettaminen	Pvm: 4.6.2013
Tiedoksianto asianosaiselle¹⁾	Lähetetty tiedoksi kirjeellä (kuntalaki 95 §) Annettu postin kuljetettavaksi, pvm / tiedoksiantaja: 30.5.2013/Satu Kalliomäki
	Luovutettu asianosaiselle Vastaanottajan allekirjoitus: Luovutettu asianosaiselle, paikka, pvm ja tiedoksiantajan allekirjoitus: _____
	Muulla tavoin, miten: _____
Oikaisuvaatimuksen sisältö ja sen toimittaminen	Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on tekijän allekirjoitettava. Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.
Lisätietoja	Hallintolain 56.2 § Tiedoksianto yksityishenkilölle Asiassa, joka koskee kahta tai useampaa asianosaista yhteisesti, tiedoksianto toimitetaan yhteisessä asiakirjassa ilmoitetulle yhdyshenkilölle. Jollei yhdyshenkilöä ole ilmoitettu, tiedoksianto toimitetaan asiakirjan ensimmäiselle allekirjoittajalle. Vastaanottajan on ilmoitettava tiedoksisaannista muille allekirjoittajille.
1)	Täytetään otteeseen, jos päätös annetaan erityistiedoksiantona tiedoksi kuntalain 92 §:n 1 momentissa tarkoitetulle asianosaiselle.

Liite 4. Saatekirje kotihoidon työntekijöille

1.6.2013

Hyvä kotihoidon työntekijä,

Teen hoitotyön opintoihin liittyen tutkimusta Salon kaupungin kotihoidon työntekijöiden osaamisesta tunnistaa alkoholin ja muistisairauksien aiheuttamien muistiongelmien erot. Tutkimus tehdään Salon Muistiyhdistyksen aloitteesta ja tavoitteena on valmistella sen pohjalta tiedotusmateriaalia muistin ongelmien erottamiseen. Kysely ja sen tulokset ovat osa Muistisairaudet alkoholin varjossa – projektia.

Tutkimukseen pohjana on työntekijöille tehtävä kyselytutkimus. Pyydän Sinua vastaamaan oheisen kyselylomakkeen kysymyksiin rastittamalla sopiva vaihtoehto. Avoimiin kysymyksiin voit kirjoittaa omat näkemyksesi kyseisistä asioista.

Vastaukset käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, eikä henkilöllisyytesi paljastu. Vastauksesi käsittelee vain tutkimuksen suorittaja, sairaanhoidonopiskelija Päivi Nikkanen.

Pyydän Sinua täyttämään oheisen kyselylomakkeen ja palauttamaan sen tiiminvetäjällesi 2.6.2013 mennessä.

Vastaan mielelläni kysymyksiisi. Lämmin kiitos vastauksistasi!

Ystävällisin terveisin

Päivi Nikkanen

p. -----

paivi.nikkanen@students.turkuamk.fi

Liite 5. Tiedote tiimivastaaville

1.6.2013

Hyvät kotihoidon tiiminvastaava!

Ohessa on kysely muistiongelmien tunnistamisesta Salon kaupungin kotihoidossa. Kysely on osa sairaanhoidon opinnäytetyötäni. Kysely on tarkoitettu kaikille kotihoidon työntekijöille, jotka tekevät asiakaskäyntejä. Toivon, että voit koota oman tiimisi vastaukset ja postittaa ne minulle (maksetut kirjekuoret ohessa). Vastausaikaa on 12.6.2013 asti.

Vastaan mielelläni kysymyksiisi. Lämmin kiitos avusta!

Ystävällisin terveisin

Päivi Nikkanen

sairaanhoitajaopiskelija

paivi.nikkanen@students.turkuamk.fi

p. -----