

IKÄÄNTYNEIDEN  
ALKOHOLIN KÄYTÖN  
PUHEEKSIOTTO JA  
ONGELMAKÄYTÖN  
TUNNISTAMINEN

Toimintamalli Kouvolan kotihoitoon

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämi-  
nen ja johtaminen YAMK  
Opinnäytetyö  
Kevät 2017  
Minna Patjas

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK

PATJAS, MINNA:

Ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotto ja ongelmakäytön tunnistaminen  
Toimintamalli Kouvolan kotihoitoon

82 sivua, 12 liitesivua

Kevät 2017

TIIVISTELMÄ

---

Tämän kehittämishankkeen tavoitteena oli luoda toimintamalli Kouvolan kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden alkoholin käytön puheeksiottoon ja ongelmakäytön tunnistamiseen. Kehittämishankkeen tarkoituksena oli parantaa kotihoidon laatua yhtenäistämällä henkilöstön toimintatapoja ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotossa.

Tämän toimintatutkimuksellisen kehittämishankkeen tiedonkeruumenetelminä käytettiin kotihoidon päihde- ja mielenterveystiimin kanssa käytyjä ryhmäkeskusteluja, koko kotihoidon asiakastyötä tekeväälle henkilöstölle toteutettua webropol-kyselyä, sekä 30:lle kotihoidon asiakkaalle postitse toteutettua kyselyä. Kotkan kotihoidon puheeksioton toimintamalliin tutustuttiin kehittämistyön tueksi.

Ryhmäkeskusteluissa sekä henkilöstökyselyissä nousi vahvasti esiin henkilöstön päihdekoulutuksen tarve, sekä tarve puheeksioton ohjeistuksille. Henkilöstökyselyyn vastanneista suurin osa koki puheeksioton pääasiassa mielekkäänä, mutta iso osa koki sen vaikeana. Vain pieneltä osalta asiakaskyselyyn vastanneista oli kotihoidossa kysytty alkoholin käytöstä. Alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu kuitenkin sekä henkilöstöstä että asiakkaista vastanneista suurimman osan mielestä kotihoidon työntekijän toimenkuvaan.

Toimintamalli ikääntyneiden asiakkaiden alkoholin käytön puheeksiottoon ja ongelmakäytön tunnistamiseen suunniteltiin yhdessä kotihoidon päihde- ja mielenterveystiimin sekä hoitotyön vastaavan kanssa. Se luotiin tietoperustan, kyselyjen tulosten sekä käytännön kokemuksen ja toiveiden pohjalta. Toimintamalli otettiin käyttöön maaliskuussa 2017.

Avainsanat: Ikääntyneiden alkoholin käyttö, alkoholi-ongelmien tunnistaminen, puheeksiotto, kotihoito

Lahti University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Social and Health care

PATJAS, MINNA: Bringing up alcohol use and recognizing alcohol misuse among elderly people  
Operating model for home care in Kouvola

82 pages, 12 pages of appendices

Spring 2017

ABSTRACT

---

The aim of this thesis was to create an operating model for home care in Kouvola to bring up alcohol use and recognize alcohol misuse among elderly clients. The purpose of this thesis was to improve home care quality by unifying personnel's way of acting in bringing up elderly alcohol use.

This thesis had action research approach and data collection was made with group discussions with the narcotic and mental health team, with a webropol inquiry for the whole personnel of home care, and with postal questionnaire for 30 home care clients. We got acquainted with the operating model in Kotka home care to help support the development.

The need for education about alcohol and drugs and instructions for bringing up alcohol use for the home care personnel emerged strongly both in the group discussions and personnel questionnaire. The majority of personnel respondents felt it meaningful to bring up alcohol use, but a big part of them felt it difficult. Only few clients had been asked in home care about their alcohol use. The majority of both personnel and client respondents thought that asking about alcohol use was part of home care personnel's work.

The operating model was created with the narcotic and mental health team and the person in charge of nursing in home care. It was made using the information base, the results of group discussions and questionnaires, and with the work experience and wishes for the operating model. The operating model was taken into use in March 2017.

Key words: Elderly people's alcohol use, recognizing alcohol misuse, bring up, home care

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1	Kehittämishankkeen tausta	4
2.2	Kohdeorganisaatio	7
3	KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE	10
4	IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLIN KÄYTTÖ ILMIÖNÄ	11
4.1	Ikääntyneiden alkoholin käytöstä yleisesti	11
4.2	Alkoholi ja lääkkeet	14
4.3	Ikääntyneiden alkoholiongelmät ja niiden tunnistaminen	16
4.4	Puheeksioton menetelmiä	21
4.5	Audit ja muita mittareita	24
4.6	Ikääntyneiden kokemuksia puheeksiotosta	29
4.7	Hoitohenkilöstön alkoholiasenteet ja koulutuksen vaikutus	31
5	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPA JA MENETELMÄT	37
5.1	Toimintatutkimus lähestymistapana	37
5.2	Ryhmäkeskustelu menetelmänä	39
5.3	Kysely menetelmänä	41
5.4	Tutustuminen toisen organisaation toimintamalliin	43
6	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	45
6.1	Kehittämishankkeen eteneminen	45
6.2	Kyselyjen toteutus	46
6.3	Toimintamallin luominen	48
7	KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET	51
7.1	Henkilöstökyselyn tulokset	51
7.2	Asiakaskyselyn tulokset	56
7.3	Yhteenvetoa tuloksista	58
7.4	Ryhmäkeskustelut	60
7.5	Toimintamalli	62
8	POHDINTA	65
8.1	Kyselyjen ja niiden tulosten pohdintaa	65

8.2	Kehittämishankkeen arviointi	70
8.3	Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua	74
8.4	Jatkokehitysehdotuksia	81
	LÄHTEET	83
	LIITTEET	

# 1 JOHDANTO

Useat tutkimukset nostavat esiin suurten ikäluokkien ikääntymisen ja sen aiheuttaman kasvun myös alkoholin käytössä (Boyle & Davis 2006, 95; Aalto & Holopainen 2008, 1492; Kuerbis ym. 2015, 2; Barry & Blow 2016, 115). Myös Suomessa ikääntyneiden alkoholin käyttö on tilastojen mukaan kasvussa ja väestön ikääntyessä ikääntyneiden alkoholin käytön erityispiirteisiin on kiinnitettävä enemmän huomiota (Aira 2012, 409).

Vilkon, Finne-Soverin, Sohlmanin, Noron ja Jokisen (2013, 65–67) mukaan kuuden suuren kaupungin (Helsinki, Espoo, Vantaa, Tampere, Jyväskylä, Oulu) tilastotutkimuksessa kotihoidon ikääntyvistä asiakkaista viisi prosenttia käyttää alkoholia kohtuutta runsaammin. Puolet heistä on alle 75-vuotiaita, mutta 75-84 -vuotiailla miehillä kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö on vielä huomattavaa. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi (STM 2013, 25–26) toteaa, että kohdennettaessa palveluja ikääntyneiden toimintakyvyn ja terveyden turvaamiseksi, on erityishuomiota kiinnitettävä riskiryhmiin, koska juuri heillä on eniten toimintakyvyn heikkenemistä ennakoivia riskejä. Yksi riskeistä on runsas päihteiden käyttö, ja riskeihin vaikuttamalla voidaan vähentää tai jopa estää palvelujen tarvetta.

Riskeihin vaikuttamisella ja ennaltaehkäisevän toiminnan kehittämällä voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa myös taloudellisesti terveyden edistämisen ohella. Jääskeläisen ja Österbergin (2013, 178–180) mukaan alkoholin aiheuttamat haitat olivat rahallisesti Suomessa vuonna 2010 yhteensä noin 1,3 miljardia euroa, joista terveydenhuollon osuus oli 109 miljoonaa euroa. Tähän on laskettu vain perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avo- ja vuodeosastohoidon menoja. Kunnat hoitavat näistä maksuista 60 prosenttia ja valtio 34 prosenttia.

Kouvolassa ikääntyneiden palvelujen kehittämisen painopisteenä ovat hoiva- ja vanhainkotihoidon vähentäminen, ja kaupunkistrategian pohjalta ennaltaehkäiseviin ja varhaisiin palveluihin painottaminen. Palvelujen ke-

hittämislle luo haasteita ikääntyneiden määrän lisääntyminen, mutta laitospalvelurakenteen vähentämisen myötä vapautuvaa henkilöstöresurssia siirretään kotona asumisen tukeen. Ikääntyneiden palvelujen, joihin kotihoito tukipalveluineen kuuluu, keskeisenä tavoitteena on toimintakykyisten vuosien turvaaminen ja kotona asumisen tukeminen. Toiminnan painopisteenä ovat muun muassa ennaltaehkäisevien palvelujen vahvistaminen ja palvelutarpeen arvioinnin toimintamallien kehittäminen. Toimintamallien tulee vastata asiakastarpeisiin. (Kouvola 2014, 11–12, 15–16.)

Kaupunkistrategiassa vuosille 2014-2020 arvotekijöiksi määritellään toimintojen kehittäminen asiakkaita kuunnellen, sekä toimintatapojen tavoitteellisuus, tehokkuus ja täsmällisyys. Tärkeä osa henkilöstön hyvinvointia ovat henkilöstön osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet, jotka vahvistavat sitoutumista työhön. (Kouvola 2013, 7–9, 16.)

Työskentelen Kouvolan kaupungilla, joten kehittämishankkeen kohdeorganisaatioksi valikoitui luontevasti oma organisaationi ja henkilökohtaisesta kiinnostuksesta kotihoito. Ikäihmisten alkoholinkäyttö nähdään kotihoidossa kasvavaksi ongelmaksi. Alkoholinkäytön puheeksiotossa ja ongelmakäytön tunnistamisessa koetaan olevan puutteita, hoitohenkilöstön omien asenteiden vaikuttavan puheeksiottoon, eikä puheeksi ottamisessa ole yhtenäistä käytäntöä. Tällä kehittämishankkeella pyritään vastaamaan osaltaan näihin kehittämistarpeisiin ja kehittämistyötä tehdään yhdessä kotihoidon henkilöstön kanssa asiakaskokemukset huomioiden.

Kehittämishankkeen tavoite on luoda toimintamalli ikääntyneiden alkoholinkäytön puheeksiottoon. Keskeistä on henkilöstön sekä asiakkaiden mukaan ottaminen kehittämistyöhön, jotta toimintamallista tulisi mahdollisimman asiakas- ja työntekijäystävällinen ja käytännön työssä toimiva. Tiedonkeruumenetelminä käytetään kotihoidon asiakastyötä tekevän henkilöstön sähköistä webropol-kyselyä, satunnaisotannalla valituille 30:lle kotihoidon asiakkaalle lähetettyä lomakekyselyä, sekä kotihoidon päihde- ja mielenterveystiimin kanssa käytyjä ryhmäkeskusteluja. Toimintamallin kehittämisen tueksi tutustutaan Kotkan kotihoidon vastaavaan toimintamalliin. Itse toimintamalli suunnitellaan yhdessä kotihoidon hoitotyön vastaa-

van ja päihde- ja mielenterveystiimin kanssa. Kehittämishankkeen taustalla vaikuttavat niin Kouvolan kaupunkistrategia, kaupungin ikääntymispoliittinen ohjelma, kuin ikääntyneiden palvelujen kehittämistä painottavat hallitusohjelma ja valtakunnalliset kehittämishankkeet.

Opinnäytetyön keskeiset käsitteet ovat ikääntyneiden alkoholin käyttö yleisesti, alkoholi ja lääkkeet, ikääntyneiden alkoholiongelmat ja niiden tunnistaminen, puheeksiotto, Audit ja muita mittareita, ikääntyneiden kokemuksia puheeksiotosta, sekä hoitohenkilöstön alkoholiasenteet ja koulutuksen vaikutus. Lähteinä käytetään sekä kotimaisia että kansainvälisiä lähteitä, jotka ovat pääasiassa tutkimuksia ja tutkimusartikkeleja. Myös joitakin pro gradu -tutkielmien tutkimustuloksia käytetään lähteinä niiden liittyessä keskeisesti aiheeseen.



## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Kehittämishankkeen tausta

Idea kehittämishankkeelle nousi Kouvolan kotihoidon hoitotyön vastaavalta, johon olin yhteydessä kartoittaessani Kouvolan kaupungin hyvinvointipalvelujen kehittämistarpeita. Aihe on kansainvälisesti ja kansallisesti ajankohtainen, ja siitä on tehty useita opinnäytetöitä ja organisaatioiden sisäisiä ohjeistuksia.

Tilastokeskuksen mukaan yli 65-vuotiaita oli vuoden 2013 lopussa Suomessa 1 056 547, eli 19,4 prosenttia väestöstä. Määrä on kaksinkertaistunut 1970-luvun puolivälistä. (Tilastokeskus 2014.) Kouvolassa vuoden 2013 lopussa kokonaisväestömäärä oli 86 928, joista 22 prosenttia oli yli 65-vuotiaita. Ennusteiden mukaan vuonna 2020 yli 65-vuotiaiden osuus on Kouvolassa 28 prosenttia ja 32 prosenttia vuonna 2040. Yli 75-vuotiaat ovat vuosien 2015-2040 ennusteessa ainoa kasvava ikäryhmä. (Kouvola 2014, 15.)

Säännöllistä kotiapua sai vuonna 2015 koko Suomen 75 vuotta täyttäneistä 11,8 prosenttia, eli määrällisesti 56 507 henkilöä. Kokonaisuudessaan säännöllistä kotipalvelua saavia asiakkaita oli 73 278 marraskuussa 2015, ja nousua edellisvuoteen oli yksi prosentti. Vähintään 60 käyntiä kuukaudessa tehtiin kotihoidon asiakkaista noin kolmannekselle ja kasvua tässä ryhmässä oli vuodesta 2010 seitsemän prosenttia. (THL 2015.) Kouvolan ikääntymispoliittisen ohjelman mukaan yli 75-vuotiaiden säännöllistä kotihoitoa saavien osuus nousee Kouvolassa vuosien 2013 ja 2020 välisenä aikana 13 prosentista 16 prosenttiin (Kouvola 2014, 11).

Useat kotimaiset sekä kansainväliset suositukset esittävät ikääntyneiden laitoshoidon vähentämistä ja kotiin tuotavien palvelujen lisäämistä. Tämä tavoite ilmenee myös vanhuspalvelulaissa. Jotta kotona voidaan asua pidempään, on panostettava terveyttä ja toimintakykyä edistäviin palveluihin ja kuntoutukseen. Vanhuspalvelulaki linjaa muun muassa, että palveluiden

on oltava laadukkaita ja oikea-aikaisia ja että niiden toteutuksella ennaltaehkäistään muuta palveluntarvetta. (STM 2013, 36–37.) Ikäihmisten palvelujen rakenteen ja sisältöjen uudistaminen oli osa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallista kehittämissuunnitelmaa, Kaste 2012-2015 -hanketta. Hankkeen kehittämiskohteita olivat muun muassa ikääntyneiden palvelujärjestelmän pirstaleisuus, paikoitellen huono asiakkaan palvelujen ja tuen koordinaatio, palveluketjujen katkeileminen, sekä eri ammattiryhmien välisen yhteistyön vahvistaminen. Erityishuomiota tulisi kiinnittää ikääntyneiden ravitsemustilaan, monilääkitykseen, yksinäisyyteen, sekä mielenterveys- ja päihdeongelmiin. (STM 2012a, 24.)

Ikäihmisten kotihoidon kehittäminen on yksi hallituksen kärkihankkeista vuosille 2016-2018. Hankkeessa ensisijaisia kehittämiskohteita ovat kotona asumista tukevat palvelut. Kärkihankkeen tarvetta on perusteltu sillä, että ikäihmisten palvelujärjestelmä on edelleen pirstaleinen, eikä se ole uudistunut kansallisten tavoitteiden mukaan. Myös hyvät käytännöt ovat levinneet hitaasti ja alueelliset erot ovat suuret, jonka vuoksi ikääntyneiden palvelutarpeisiin ei vastata yhdenvertaisesti. Väestön ikärakenteen muutoksen ja sen mittaluokan ymmärtäminen on tärkeää, ja yksi tärkeimpiä varautumiskeinoja ikääntyvässä maassamme on mahdollisimman terveen ja toimintakykyisen ikääntymisen turvaaminen. Ikääntyneiden palvelut muodostavat laajan kokonaisuuden, johon kotihoito ja erilaiset kotona asumista tukevat palvelut myös kuuluvat. Erityisesti kotihoidon uudistaminen on yksi kärkihankkeen kärjistä. (STM 2016, 5–7.)

Kouvola on ollut mukana useissa ikääntyneiden palveluihin liittyvissä hankkeissa. Esimerkiksi Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin (Eksote) hallinnoimassa hankkeessa pyritään riskien tunnistamisesta parempaan toimintakykyyn. Kouvolan ikääntyneiden palveluissa toteutettiin vuosina 2013-2014 Risto-hanke, sekä Kotona kokonainen elämä -hanke vuosina 2013-2015, joka on sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelman alainen hanke. Risto-hanke liittyi vanhuspalvelulain toimeenpanoon, ja sen tavoitteita olivat muun muassa sosiaalisen tuen tarpeessa olevien ikääntyneiden varhainen tunnistaminen ja varhaisen tuen palvelupolun kehittäminen. Varhaisen tuen eri toimijoiden yhteistyön sekä asiakkaiden ja henkilöstön

osallisuuden vahvistaminen olivat myös tavoitteina. Kotona kokonainen elämä -hankkeessa tavoitteita olivat muun muassa välittömän asiakastyöajan lisääminen 65 prosenttiin, palvelutarpeiden arviointimenetelmien ja -osaamisen lisääminen, sekä toimintamallien kehittäminen vastaamaan asiakastarpeita. (Kouvola 2014, 12–13.)

Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelmassa (STM 2015a, 50, 81) nostetaan esiin, kuinka tulevilla eläkeikäisillä alkoholin säännöllinen käyttö on paljon yleisempää kuin aiemmillä sukupolvilla. Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015) velvoittaa kuntaa huolehtimaan ehkäisevän päihdetyön tarpeen mukaisesta organisoinnista alueellaan. Ikääntyneille kohdistetun ennaltaehkäisevän päihdetyön tulisi sisältyä jo palvelujen suunnitteluun. Toimintaohjelma linjaa, kuinka ikääntyneiden palvelutarpeen arvioinnit ja kotikäynnit ovat hyviä tilaisuuksia myös alkoholin käytön arviointiin ja riskien kartoittamiseen. Kuitenkin vasta viime vuosina kotihoiton työntekijöitä on alettu kouluttaa päihdeasiakkaiden kohtaamiseen.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjasi ensimmäistä kertaa valtakunnallisella tasolla mielenterveys- ja päihdetyötä vuonna 2009. Ikääntyvien tähän elämänkaareen liittyvät riskitekijät tulee huomioida, kuten somaattinen sairastaminen tai puolison menetys. Ikääntyneiden masennuksen ja päihdeongelmien ehkäisyyn tulee kehittää interventioita. Varhaisella tunnistamisella voidaan edistää ikääntyneen terveyttä ja kotona selviytymistä. (STM 2009a, 5, 37.)

Useat valtakunnalliset suositukset ja ohjeistukset ohjaavat siis ikääntyneiden päihteenkäytön huomioon ottamiseen osana muuta ikääntyneen toimintakyvyn kartoittamista ja ylläpitämisen tukemista. Toimintamallin luominen alkoholin käytön puheeksi ottamiseen ja ongelmakäytön tunnistamiseen on juuri varhaista tunnistamista ja sitä kautta ikääntyneen terveyden ja toimintakyvyn edistämistä.

## 2.2 Kohdeorganisaatio

Kouvolan kaupunki sijaitsee Kaakkois-Suomessa. Kaupungin pinta-ala on 2871 neliökilometriä ja väkiluku on 85 808 (29.3.2016, lähde: Tilastokeskus). (Kouvola 2016a.) Kouvolan kotihoito kuuluu kaupungin hyvinvointipalvelujen alaisuuteen. Hyvinvointipalvelut on jaettu lasten ja nuorten palveluihin, aikuisväestön palveluihin, sekä ikääntyneiden palveluihin. Kokonaisuudesta vastaa hyvinvointipalvelujen johtaja. Ikääntyneiden palvelujen johtaja vastaa ikääntyneiden palvelukokonaisuudesta, joka sisältää varhaiset palvelut, kotihoitoa tukevat palvelut, kotihoidon sekä hoiva-asumisen. Jokaisella palvelulla on lisäksi oma palvelupäällikkönsä. (Hyvinvointipalvelujen organisaatio 2016.)

Kotihoito on jaettu kolmeen alueeseen: eteläiseen, keskiseen ja pohjoiseen, ja lisäksi asiakaskäyttöön suunniteltuja päiväkeskuksia on kuusi. Yhteensä näissä työskentelee 347 työntekijää, joista sairaanhoitajia on 50 ja lähihoitajia 289. Näiden ja palvelupäällikön lisäksi kotihoidossa on 12 esimiestä sekä henkilöstö-, kehittämis- ja hoitotyön vastaavat. Asiakkaita on kuukausitasolla noin 1800-2000, sisältäen säännölliset ja tilapäiset asiakkaat. 80 prosenttia asiakkaista on yli 75-vuotiaita. (Kouvola 2016b, 1, 19.)

Kotipalveluja ohjaavan lainsäädännön valmistelusta, yleisestä ohjauksesta ja suunnittelusta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö, ja palveluja valvoo sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira (STM 2015b). Kotipalvelua ohjaavat sosiaalihuoltolaki ja sosiaalihuoltoasetus, kansanterveyslaki, terveydenhuoltolaki, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista, sekä laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista. Kotihoidon toiminta Kouvolassa perustuu myös kaupungin ikäpoliittiseen strategiaan sekä valtakunnallisiin ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeviin laatusuosituksiin. (Kouvola 2016c, 3.)

Kouvolan kotihoitoon kuuluvat kotisairaanhoito, kotipalvelu, saattohoito sekä tukipalvelut, kuten ateria-, turvapuhelin- ja päiväkeskuspalvelut (Kouvola 2016b, 1). Palveluiden myöntäminen perustuu palvelutarpeeseen ja

palvelutarpeen arvioinnin tekevät pääsääntöisesti kotihoidon asiakasvastaavat. Asiakkaan toimintakyky ja tilanne kartoitetaan kokonaisvaltaisesti käyttäen apuna erilaisia toimintakykymittareita, kuten RAI (Resident Assessment Instrument) ja MMSE (muistitesti) -mittareita. Asiakkaalle laadittava hoito- ja palvelusuunnitelma perustuu RAI-toimintakykyarviointiin. (Kouvola 2016b, 9; Kouvola 2016c, 5.) RAI-arviointi koostuu MDS (Minimum data set) -kysymyssarjasta, hoitosuunnittelun apuvälineestä ja käsi-kirjasta. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012) linjaa, että iäkkään toimintakyky on kartoitettava luotettavien arviointivälineiden avulla, joksi RAI-arviointi on luokiteltu. (Kouvola 2016b, 13–14.)

Jos asiakas jää kahden viikon arviointijakson jälkeen säännöllisen kotihoidon asiakkaaksi, hänelle nimetään vastuuhoitaja, joka vastaa asiakkaan palvelukokonaisuudesta yhteistyötahoineen. Vastuuhoitaja päivittää asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa, RAI-toimintakykyarviota, ja tekee hoidon väli- ja loppuarviot. Kotihoidon lääkäripalvelut hoitaa alueellisesti avoterveydenhuollon lääkäri, joka tapaa kotihoidon asiakkaan vähintään kerran vuodessa tarkistaen asiakkaan lääkelistan, diagnoosit ja hoitosuunnitelman. Asiakkaan luvalla tärkeimmät hoitoon liittyvät paperit kootaan asiakkaan kotona säilytettävään kotihoitokansioon. (Kouvola 2016c, 3, 5.)

Kouvolan kotihoidon toiminta-ajatuksena on tukea asiakkaan turvallista kotona asumista, kun hän ei alentuneen toimintakykynsä vuoksi itsenäisesti tai omaistensa tuella kykene selviytymään jokapäiväisistä toimistaan tai sairautensa hoidosta. Omaiset voivat osallistua asiakkaan kanssa palvelujen suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin asiakkaan toiveesta. Palvelujen järjestämisessä noudatetaan yhdenvertaisuuden periaatetta, mutta jokaisen asiakkaan palvelut määritellään yksilöllisesti ja kuntouttavalla työotteella. Palveluissa huomioidaan muun muassa henkilökohtainen hygienia, ravitsemus, lääkehoito, sairaanhoidolliset tehtävät, siistiminen, tekstiilihuolto, ulkoilu, saattoapu, asiointiapu, sekä sosiaalinen kanssakäynti. (Kouvola 2016b, 3, 6–9.)

Kotihoidon strategisten tavoitteiden mukaisen toiminnan toteutumiseen pyritään henkilöstön osaamisen kehittämällä. Kehittämällä ennakoitaan tulevaisuutta ja tuetaan muutoksen hallintaa. Kehittämistarpeita nousee esiin asiakkailta, henkilökunnalta ja riskinhallinnan kautta, jossa käsitellään epäkohtailmoitukset ja sovitaan, miten kehittämistarpeet hoidetaan kuntoon. Kotihoidon koulutuksia koordinoi hoitotyön vastaava. (Kouvola 2016b, 21, 26.)

Kouvolan kotihoidossa on muutaman vuoden toiminut päihde- ja mielen-terveystiimi, jossa on yhteensä 12 hoitajaa, joista jokaisella alueella (3) toimii kaksi sairaanhoitajaa ja kaksi lähihoitajaa. Määrä voi vaihdella henkilöstömuutosten mukaan. (Heikkilä 2015.) Kotihoidon päihdeosaaminen ei voi olla pelkästään päihde- ja mielenterveystiimin varassa, vaan jokaisella työntekijällä tulee olla valmiudet ja rohkeutta ottaa myös päihdeasiat puheeksi. Tällä kehittämishankkeella pyritään vastaamaan osaltaan tähän tarpeeseen.

### 3 KEHITTÄMISHANKKEEN TARKOITUS JA TAVOITE

Kehittämishankkeen tarkoitus on parantaa kotihoidon laatua yhtenäistämällä henkilöstön toimintatapoja ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotossa ja parantaa näin myös ongelmakäytön tunnistamista.

Kehittämishankkeen tavoite on luoda toimintamalli ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiottoon ja ongelmakäytön tunnistamiseen Kouvolan kotihoidossa.

Kotihoidon monimuotoisen asiakaskunnan vuoksi toimintamalli pyritään luomaan niin, että se auttaa alkoholin käytön puheeksiotossa ja ongelmakäytön tunnistamisessa yleisesti, mutta esimerkiksi hyvin dementoituneen asiakkaan päihteenkäytön tunnistamiseen täytyisi luoda oma toimintamallinsa.

## 4 IKÄÄNTYNEIDEN ALKOHOLIN KÄYTTÖ ILMIONÄ

### 4.1 Ikääntyneiden alkoholin käytöstä yleisesti

Kun puhutaan alkoholin käytöstä ja sen ongelmakäytöstä, niin ikääntyneillä kuin yleisesti, on tärkeää ensin määritellä mikä on alkoholiannos ja sen käyttösuositukset. Cromen, Lin, Raon ja Wun (2012, 1541–1542) mukaan alkoholiannoksen määritelmä vaihtelee maittain, ja olisi tärkeää saada maailmanlaajuisesti yhteneväiset ohjeistukset. Vain muutamalla maalla on erityiset alkoholisuositukset ikääntyneille, vaikka tutkimusten kautta ymmärrys alkoholin suuremmasta haitallisuudesta ikääntyneille onkin vuosien saatossa lisääntynyt. Ikääntyessä keskushermosto on herkempi alkoholin vaikutuksille, kehon nesteen määrä vähenee ja veren alkoholipitoisuus kasvaa samalla annoksella enemmän kuin nuoremmalla, joka voi johtaa erilaisiin haittavaikutuksiin kuten kaatumisiin (Moore, Whiteman & Ward 2007, 66, 68; Aira 2012, 409; Wang, Steier & Gallo 2014, 485; Rintala 2015, 155; Barry & Blow 2016, 116–117).

Suomalaisessa Otetaan selvää! -oppaassa (STM 2006, 4–5), sekä Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarissa (STM 2012c, 4) suositellaan yli 65-vuotiaille enintään kahta alkoholiannosta päivässä, eikä viikoittainen käyttömäärä saisi ylittää seitsemää annosta. Nämä ohjeistukset perustuvat Yhdysvaltojen geriatrian seuran oheisiin. Yksi annos on esimerkiksi yksi pullo (33cl) olutta tai siideriä, yksi lasillinen viiniä (12cl), yksi pieni lasillinen (8cl) väkevää viiniä, tai yksi ryyppylasillinen (4cl) viinaa tai konjakkia. Näissä määrittämissä on noin 12 grammaa, eli 15 millilitraa alkoholia (Aalto 2015, 11).

THL:n eläkeikäisten terveystyöryhmän ja sen muutoksia kuvaavan raportin mukaan eläkeikäisten alkoholia käyttämättömien osuus on vuodesta 1985 vuoteen 2013 pienentynyt selvästi. Vähintään kerran viikossa alkoholia käyttävien eläkeikäisten miesten osuus on noussut vuosien 1993–2013 välisenä aikana 24 prosentista 42 prosenttiin, kun vastaavasti eläkeikäisten naisten viikoittaisen käytön osuus on noussut samalla aikavälillä kahdeksasta prosentista 24 prosenttiin. Vuosien 1985–2013 välisenä aikana vähintään kahdeksan alkoholiannoksen viikkokulutus on yleistynyt



65-79 -vuotiailla miehillä, joista eniten 65-69 -vuotiailla. 80-84 -vuotiailla se on pysynyt lähes yhtä matalalla tasolla. Vähintään viisi annosta juovien 65-79 -vuotiaiden naisten osuus on kasvanut, mutta 80-84 -vuotiailla naisilla kyseinen annoskulutus on pysynyt harvinaisena. (Helldán & Helakorpi 2014, 17–18.)

Immosen (2012, 52–54) tutkimuksen mukaan edellistä tutkimusta vieläkin suurempi osuus yli 65-vuotiaista suomalaisista käyttää alkoholia, miehistä 81,8 prosenttia ja naisista 63,6 prosenttia. Kuitenkin alkoholin käytön itsearvioinneissa usein aliarvioidaan omaa alkoholin kulutusta ainakin jossain määrin, joten esimerkiksi alkoholin käyttömäärät saattavat olla todellisuudessa korkeampia kuin mitä tutkimuksessa on esitetty. Aliarviointia tapahtuu myös ikääntyneillä, varsinkin jos he kokevat, että alkoholin käyttö leimaa heitä millään tavalla. Alkoholin käytön tiheys ja käyttömäärä vähenvät yleisesti iän lisääntyessä, mutta kuitenkin yksi viidestä 71-80 -vuotiaasta ja yksi kymmenestä 81-90 -vuotiaasta miehestä ylittää määritellyt riskikäytön rajat. Saman ikäisten naisten riskijuominen on harvinaista, mutta kuitenkin yleisempää kuin aiemmissa suomalaisissa tutkimuksissa. Useat tutkimukset näyttävät, että korkeampi alkoholin kulutus liittyy ikääntyneillä korkeampaan sosioekonomiseen asemaan ja korkeampaan koulutustasoon (Aira, Hartikainen & Sulkava 2008, 446; Immonen 2012, 55; Helldán & Helakorpi 2014, 17; Britton & Bell 2015, 6).

Haarnin ja Hautamäen (2009, 10–13) tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla juominen on ikääntymisen myötä hallittua ja harkittua ja vain harvalla enää hallitsematonta. Kohtuullisuutta tavoitellaan ja iän ja kokemuksen koetaan tuovan osaamista tässäkin suhteessa. 60-75 -vuotiaiden ikäluokalla nähdään jo suvaitsevaisempi suhtautuminen alkoholiin ja juomisesta on tullut arkipäiväisempää, vaikkakin lapsuuden tiukempi alkoholi-kasvatus vaikuttaa näkemyksiin. Tutkimuksessa herää kuitenkin kysymys siitä, tuleeko suurten ikäluokkien eläköitymisen myötä ikääntyvien vähäisempi juomiskulttuuri katkeamaan, vai vaikuttaako kehon fysiologia jatkossakin alkoholin käytön vähentymiseen ikääntymisen myötä.

Elämän aikana muotoutuneet juomaurat: laskeva, nouseva, aaltoileva, katkennut ja tasainen, ovat Haarnin ja Hautamäen (2009, 5–6, 8–9, 11–12) tutkimuksen mukaan taustalla vaikuttamassa ikääntyneiden nykyhetken juomatapoihin. Juomauran lisäksi vuosien saatossa muuttunut ja vapautunut alkoholikulttuuri vaikuttaa alkoholiasenteisiin. Alkoholin myönteiset merkitykset korostuvat lähinnä sosiaalisissa tilanteissa, mutta sitä käytetään myös yksinäisyyteen toveriksi, rentouttavaan yksinoloon, sekä kriisitilanteissa, kuten parisuhteen päättyessä tai ahdistukseen. Nykyiset juomatavat on omaksuttu pääasiassa aikuisiässä, eikä eläköityminen niihin juurikaan vaikuta. Kuitenkin Brittonin ja Bellin (2015, 3) tutkimuksen mukaan yksi alkoholin lisääntyneen käytön syy ikääntyneellä on eläköityminen. Eläköityvien miesten alkoholin käyttöön olisikin Wangin ym. (2014, 487–488) mukaan suositeltavaa kiinnittää terveydenhuollossa huomiota, koska eläköitymisen voidaan nähdä olevan yhteydessä viikoittaisen juomisen lisääntymiseen miehillä, jotka ovat juoneet jo ennen eläköitymistä.

Brittonin ja Bellin (2015, 1, 3) tutkimuksen mukaan ikääntyvien viimeisten kymmenen vuoden alkoholin käytön vähentämisen yleisimmät syyt ovat terveydellinen varokeino ja vähentyneet sosiaaliset tilanteet, sekä muina yleisinä syinä haluttomuus juoda, huoli seuraamuksista, painonhallinta ja lisääntynyt autolla ajaminen. Alkoholin käytön lisääntymisen yleisimpiä syitä ovat lisääntyneet sosiaaliset tilanteet ja vähentyneet velvollisuudet. Muita yleisiä juomisen lisääntymisen syitä eläköitymisen lisäksi ovat nautinto, juominen ruokailun yhteydessä, tapa ja edullisuus. Ikääntyneet naiset reagoivat todennäköisemmin stressiin ja masennukseen lisääntyneellä alkoholin käytöllä kuin miehet. Läheisten menetykset ja yksinäisyys ovat tutkimusten mukaan yleisiä syitä ikääntyneen alkoholin käytön lisääntymiseen (Shaw & Palattiyil 2008, 186; Britton & Bell 2015, 6). Monet ikääntyneet päihdeongelmaiset ovat Waddin ja Galvanin (2014, 663) tutkimuksen mukaan erilaisen hyväksikäytön uhreja, ja juovat esimerkiksi tämän aiheuttamaan ahdistukseen.

Tutkimusten mukaan ikääntyneet käyttävät alkoholia myös lääkkeeksi ja yleisimpiä alkoholin lääkkeellisen käytön syitä ovat sydän- ja verisuonivaivat, flunssaoireet, ruoansulatusvaivat sekä unettomuus (Aira ym. 2008,

447; Aira & Haarni 2010, 581; Immonen 2012, 49). Muita syitä ovat muun muassa rentoutuminen, piristyminen, masennus sekä kipu (Immonen, Valvanne & Pitkälä 2011, 635; Immonen 2012, 49), joka myös Shawn ja Pallattiyilin (2008, 186) tutkimuksessa nousee esiin alkoholin lääkkeellisen käytön syynä. Myös lääkärin määräys saattaa olla yksi syy lääkkeelliseen alkoholin käyttöön (Aira & Haarni 2010, 582). Immosen ym. (2011, 635) tutkimuksen mukaan lääkkeellisesti alkoholia käyttävät unohtavat useammin ottaa päivittäiset lääkkeensä kuin he, jotka eivät käytä alkoholia lääkkeellisesti.

## 4.2 Alkoholi ja lääkkeet

Vuosina 2002-2013 ilmoitettiin WHO:n kansainväliseen haittavaikutustietokantaan 8823 kertaa lääkehaitasta, joka liittyi alkoholin käytön yhteyteen. Yhteensä kuvattiin 31 100 erilaista haittavaikutusta. Haittavaikutuksia epäiltiin aiheutuneen lähes 900 eri lääkkeestä, ja useimmiten ilmoitukset koskivat muun muassa oksikodonia, parasetamolia, diatsepaamia ja loratsepaamia. Haittavaikutustermeistä yleisimpiä olivat yliannostus, myrkytys, itsemurha tai sen yritys. Haitan kokeneista lähes kolmasosa kuoli. (Kallio-koski 2013, 2.)

Ikääntymisen myötä lääkkeiden käyttö yleistyy, ja moni käyttää myös useita eri lääkkeitä. Alkoholi ja lääkkeet vaikuttavat toistensa metaboliaan (aineenvaihduntaan), joka voi johtaa haitallisiin yhteisvaikutuksiin. (Moore ym. 2007, 64–65; Aira 2012, 409–410; Simojoki 2016, 404.) Moore ym. (2007, 71) jakavat ikääntyneiden alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytön riskit veren alkoholipitoisuuden nousuun, lääkkeiden metabolian tehostumiseen tai heikentymiseen, antabus-reaktioihin, lääkkeiden terapeuttisten- tai haittavaikutusten korostumiseen, sekä lääkkeiden tehon häiriintymiseen tai jopa estymiseen.

Alkoholin ja keskushermostoa lamaavien lääkkeiden yhteiskäyttö on vaarallista. Alkoholi tehostaa lääkkeen vaikutusta joka voi aiheuttaa sekavuutta lisäten onnettomuusriskiä ja aiheuttaa jopa hengityspysähdyksen. Keskushermostoa lamaavia lääkkeitä ovat muun muassa unilääkkeenä

käytettävät bentsodiatsepiinit, lihasrelaksantit sekä keskushermoston kautta vaikuttavat vahvat kipulääkkeet. (Moore ym. 2007, 68; Kalliokoski 2012.)

Yleisesti kipulääkkeenä käytettävän parasetamolin kanssa tulee noudattaa varovaisuutta alkoholin suhteen, koska lääkkeen aiheuttamat maksahaitat voivat korostua. Säännöllinen alkoholin käyttö lääkkeen kanssa suurentaa maksavaurion riskiä. Myös tulehduskipulääkkeiden haitat ruoansulatuskanavassa voivat voimistua alkoholin käytöstä. (Kalliokoski 2012.)

Kalliokosken (2012) mukaan varovaisuutta tulee noudattaa myös diabetes- ja verenpainelääkkeiden ja alkoholin käytön suhteen. Diabeteslääkkeiden teho saattaa tehostua ja verenpainelääkkeiden teho joko tehostua tai heikentyä alkoholia käytettäessä. Joidenkin antibioottien ja joidenkin diabeteslääkkeiden kanssa alkoholi saattaa aiheuttaa antabusreaktion, joka ilmenee muun muassa verenpaineen ja sykkeen nousuna, pahoinvointina ja ihon punoituksena (Moore ym. 2007, 66–68; Aira 2012, 410).

Joidenkin lääkkeiden, kuten verenohennuslääkkeenä käytettävän varfariinin, pitoisuus veressä on alhaisempi alkoholin suurkuluttajilla suurentuneen lääkemetabolian vuoksi, ja lääkettä tarvitaan usein suurempi annos sen riittävän tehon aikaansaamiseksi. Alkoholin suurkuluttajilla maksassa muodostuu enemmän myrkyllisiä aineita ja joidenkin lääkkeiden kanssa, kuten kolesterolilääkkeet, yli kolme alkoholiannosta vuorokaudessa lisää maksatoksisuuden (myrkyllisyyden) riskiä. (Moore ym. 2007, 67–68.) Alkoholi lisää Kalliokosken (2012) mukaan myös joidenkin väsyttävien psykoosilääkkeiden myrkyllisyyttä.

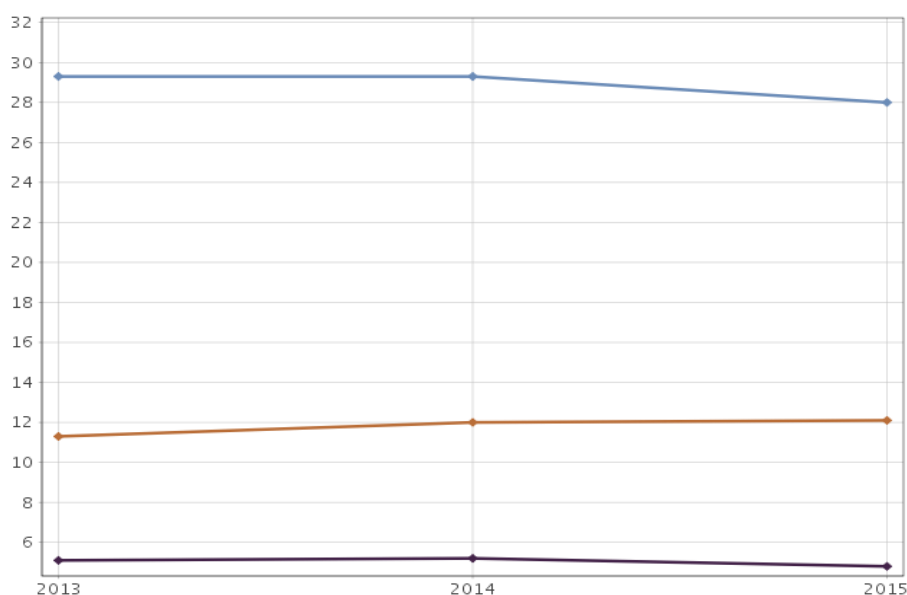
Immosen, Valvanteen ja Pitkälän (2013, 74–76) tutkimuksessa 62,2 prosenttia yli 65-vuotiaista vähintään yhden lääkkeen käyttäjistä käytti myös alkoholia. Tutkimuksessa eroteltiin riskikäyttäjät (yli seitsemän alkoholiannosta viikossa, viisi tai yli viisi annosta kerralla, tai kolme tai yli kolme annosta useamman kerran viikossa), keskikuluttajat (vähintään yksi annos kuukaudessa, muttei yli seitsemää annosta viikossa) ja vähäisesti tai ei ollenkaan alkoholia käyttävät (vähemmän kuin yksi annos kuukaudessa).

Riskikuluttajista 42,2 prosenttia käytti lääkkeitä, joilla on mahdollisia merkittävästi haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa. Keskikuluttajien vastaava määrä oli 34,9 prosenttia ja vähäisesti tai ei lainkaan alkoholia käyttävien vastaava määrä oli 52,7 prosenttia. Kolme eniten käytössä olevaa lääkitystä riski- ja keskikuluttajilla oli varfariini, rauhoittavat lääkkeet ja metformiini (diabeteslääke). Vähäisesti tai ei lainkaan alkoholia käyttävien kolme yleisintä lääkitystä olivat rauhoittavat lääkkeet, varfariini ja masennuslääkkeet. Riskikuluttajien mahdolliset alkoholin ja edellä mainittujen kolmen yleisimmin käytetyn lääkkeen mahdolliset yhteisvaikutukset herättivät tutkimuksessa vakavaa huolta.

#### 4.3 Ikääntyneiden alkoholiongelmat ja niiden tunnistaminen

Käypä Hoito -suositus (2015, 6) määrittelee ikääntyneiden alkoholin riskirajat yhdysvaltalaisen National Institute of Alcohol, Abuse and Alcoholism -instituutin mukaan. Riskirajat ovat yli 65-vuotiailla enintään kolme ja puoli annosta kerrallaan, tai enintään kahdeksan annosta viikossa. Otetaan selvää! -oppaan (STM 2006, 6) mukaan kolme annosta tai enemmän kerralla on liikaa, koska tämä määrä lisää muun muassa huomattavasti tapaturmariskiä.

THL:n tilastojen mukaan vuosina 2013-2015 suomalaisten yli 65-vuotiaiden alkoholin liikkäyttö on AUDIT-C -kyselyn perusteella nousussa (11,3 – 12,0 – 12,1%), kun yli 75-vuotiaiden (5,1 – 5,2 – 4,8%) ja koko väestön (29,3 – 29,3 – 28,0%) alkoholin liikkäyttö on laskussa. Yli 65-vuotiaiden miesten alkoholin liikkäyttö on vaihdellut näiden vuosien aikana 17,4 – 18,5 – 18,1 prosenttien välillä ja yli 75-vuotiaiden miesten alkoholin liikkäyttö on ollut laskusuuntainen 9,5 – 9,1 – 9,0 prosenteilla. Yli 65-vuotiaiden naisten alkoholin liikkäyttö on ollut noususuuntainen 6,2 – 7,0 – 7,1 prosenteilla ja yli 75-vuotiaiden naisten liikkäyttö on vaihdellut 1,9 – 2,6 – 2,0 prosentin välillä vuosina 2013-2015. (Sotkanet 2016.) Seuraavassa kuviossa (Kuvio 1) näkyvät kokonaistilastot.



- Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%)
- Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 65 vuotta täyttäneet
- Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 75 vuotta täyttäneet

KUVIO 1. Alkoholia liikaa käyttävien suomalaisten osuus (lähde: Sotkanet 2016)

Kun vuonna 2004 alkoholin kokonaiskulutus lisääntyi 10 prosenttia, lisääntyi alkoholiin liittyvä kuolleisuus välittömästi. Miehillä kuolleisuus lisääntyi prosentuaalisesti eniten ikäryhmässä 65-69 -vuotiaat, ja seuraavaksi eniten ikäryhmässä 65-69 -vuotiaat. Naisilla suurin prosentuaalinen kuolleisuuden lisääntyminen aikavälillä 2004-2007 tapahtui ikäryhmässä 65-69 -vuotiaat. Vuodesta 1998 vuoteen 2004 alkoholiin liittyvä kuolleisuus lähes kaksinkertaistui 100 000 asukasta kohti yli 60-vuotiailla naisilla ja yli 60-vuotiailla miehillä kuolleisuus lisääntyi 43 prosenttia. Aikavälillä 1998-2007 naisten alkoholiin liittyvät sairaalahoidot lisääntyivät 70 prosenttia 60-64 -vuotiailla, 38 prosenttia 65-69 -vuotiailla, ja 51 prosenttia 70-79 -vuotiailla. Miehillä lisäystä oli vain 65-69 -vuotiaissa 12 prosenttia, mutta miehillä hoitajaksoja alkoholiin liittyen oli kuitenkin 8,7 kertaa enemmän kuin naisilla vuonna 2007. (Ahström & Mäkelä 2009, 675–676.)

Aallon ja Holopaisen (2008, 1492–1493) mukaan alkoholin suurkulutuksesta voidaan eritellä riskikulutus, haitallinen käyttö ja riippuvuus. Riskikulutus on riskirajat ylittävää alkoholin kulutusta, muttei aiheuta vielä merkittäviä haittoja tai riippuvuutta. Haitallinen käyttö aiheuttaa jo merkittäviä haittoja muttei vielä riippuvuutta. Riippuvuus on sen sijaan jo pakonomaista ja juominen jatkuvaa haitoista huolimatta, vieroitusoireita ilmenee ja toleranssi on kasvanut. Osalla ikääntyneistä suurkulutus on alkanut vasta myöhemmällä iällä, jolla tarkoitetaan yli 55 ikävuoden jälkeen alkannutta suurkulutusta. Käypä hoito -suosituksen (2015, 19) mukaan noin kolmasosalla ikääntyneistä ongelmakäyttö on alkanut vasta myöhäisessä vaiheessa.

Moninaisista syistä voi alkoholiriippuvuuden osittainen periytyvyys olla myös ongelmakäytön taustalla (Rintala 2015, 156). Alkoholiriippuvuudesta merkkejä ovat muun muassa levottomuus ilman juomista, yöhikoilu, aamupahoinvointi tai -öksentelu, aamujuominen sekä hallusinaatiot ja delirium tremens (Wallace, Black & Fothergill 2009, 52). Runsaaseen alkoholin käyttöön liittyvät vieroitusoireet ovat pitkäkestoisempia ja voimakkaampia mitä enemmän on ikää (Rintala 2015, 155). Delirium tremens, eli juoppohulluus, on pitkäaikaisen ja runsaan alkoholin käytön jälkeen noin muutamassa päivässä ilmenevä vaikea vieroitusoireyhtymä, joka voi hoidettunakin olla hengenvaarallinen. Tyypillisimpiä oireita ovat muun muassa sekavuus, levottomuus, hallusinaatiot, orientoimattomuus aikaan ja paikkaan, hikoilu, vapina ja verenpaineen nousu. (Jokelainen & Aalto 2015, 83–84.)

Rintalan (2015, 156) mukaan runsas alkoholin käyttö vähentää syvän unen määrää ja lisää pinnallisen unen määrää, jolloin uni on katkonaista ja huonolaatuista, jota sinällään jo ikääntyminenkin aiheuttaa. Alkoholia ei tulisi suositella ikääntyneelle unilääkkeeksi, koska yölliset hengityskatkokset lisääntyvät iän ja runsaan alkoholin käytön myötä. Runsaan alkoholin käytön myötä ravitsemustila saattaa olla heikko ja päihtymystila aiheuttaa aggressiivisuutta, tajunnantason laskua ja sekavuutta, sekä pidempiaikainen runsas käyttö kognitiivista heikentymistä (Aira 2012, 409, 411).

Ikääntyneillä alkoholiriippuvuuden on todettu aiheuttavan selvästi merkittävämpää aivojen surkastumista kuin nuoremmilla alkoholiriippuvaisilla, joka näkyy muun muassa muistisairauksien suurempana ilmaantuvuutena verrattaessa raittiisiin ikääntyneisiin (Rintala 2015, 155). Vatajan (2015, 207) mukaan jopa joka neljännellä alkoholia runsaasti yli kymmenen vuotta käyttäneellä yli 65-vuotiaalla voidaan todeta dementia, ja Simojoen (2016, 403) mukaan alkoholidementia onkin yksi tulevaisuuden kasvava haaste. Alkoholidementiassa keskeinen oire ei välttämättä ole muistivaikeus vaan toiminnanohjauksen ongelma, ja suurimman hoidon tarpeen aiheuttavat käytösoireet, kuten levottomuus, aggressiivisuus ja masennus (Vataja 2015, 207).

Kotihoidon työntekijät ovat kuvanneet ikääntyneiden alkoholiongelmien näkyvän asiakkaan elämänhallinnan heikkoutena. Runsaasti alkoholia käyttävät ovat usein päihtyneenä kotikäynnillä ja asunnot ovat usein sotkuisia. Asiakas saattaa käyttäytyä aggressiivisesti ja arvaamattomasti, tai passiivisesti odottaen hoitajan tekevän päätöksiä puolestaan. Asiakas saatetaan löytää kaatuneena lattialta, laskeneena eritteet alleen ja jättäneenä laskut maksamatta. (Taittonen 2011, 43–44.) Vilkon ym. (2013, 67, 69) mukaan kotihoidon asiakkaista kohtuutta runsaammin alkoholia käyttävillä on merkittävästi useammin kotihoidon järjestelmään merkittyjä kaatuiluja kuin muilla. Kohtuutta runsaampi alkoholin käyttö kasaantuu kotihoidossa nuorimpien eläkeläisten ikäryhmiin, eli alle 74-vuotiaisiin, sekä miehillä että naisilla, joista naisten isohko osuus on huomiota herättävä. Näistä ikäryhmistä eteenpäin alkoholin kohtuutta runsaampi käyttö lähtee selvästi laskemaan, mutta miesten osuus on vielä 75-84 -vuotiaana huomattava. Kohtuutta runsaammin juovien jakautuminen kotihoidon palvelutarveluokkiin on melko tasainen muuten, mutta kohtuutta runsaammin juovat miehet keskittyvät enemmän vähäiseen palvelutarveluokkaan, jossa apua tarvitaan lähinnä arkitoimissa selviytymisessä ja asioiden hoitamisessa. Tämä voi viitata siihen, että alkoholin käytöllä on osuutta kotihoidon palvelujen piiriin ohjautumiselle.



Mahdollinen alkoholiongelma tulisi muistaa ottaa huomioon, kun asiakas hakeutuu terveydenhuoltoon erilaisten oireiden, kuten vatsaoireiden ja ripulin, unihäiriöiden, kohonneen verenpaineen, eteisvärinän, aivovammojen, murtumien, iho-ongelmien, ahdistuksen tai masennuksen vuoksi (Käypä Hoito -suositus 2015, 4, 7–8). Ikääntyneiden suurkulutuksen tunnistamisen tekee haasteelliseksi se, että juomisen aiheuttamien haittojen saatetaan arvioida johtuvan jostain muusta sairaudesta tai ikääntymisestä. Tunnistamista saattaa viivästyttää myös ikääntyneen yksin asuminen ja vähentyneet sosiaaliset ja ammatilliset kontaktit. (Aalto & Holopainen 2008, 1494.) Wallacen ym. (2009, 52) mukaan alkoholiongelman huono tunnistaminen voi johtua johdonmukaisen tiedonkulun puuttumisesta, sekä havaitsemisen ja tunnistamisen heikkoudesta, jotka puolestaan voivat johtua negatiivisista asenteista ja koulutuksen puutteesta. Koska alkoholiongelmia on kuitenkin tulevaisuudessa kasvava määrä, tulisi kartoitusta tehdä systemaattisesti kaikissa palveluissa ja arvioitaessa ikääntyneen toimintakykyä, lääkehoitoa ja terveyttä. Taustalla olevien syiden tunnistaminen on myös keskeistä oikeanlaisen hoidon ja kuntoutuksen suunnittelemiseksi. (Simojoki 2016, 403, 405.)

Ikääntyneiden alkoholia liikaa käyttävien läheiset kokevat Ketolan (2010, 59, 61) tutkimuksen mukaan huolta ja pelkoa juovan läheisensä terveydestä ja selviytymisestä. He toivovat terveydenhuollon puuttuvan tehokkaammin ongelmaan ja osaavan paremmin neuvoa ja ohjata läheisiäkin hoitoon ohjauksessa. Rintalan (2015, 156) mukaan läheisiltä saatu taustatieto osoittautuukin usein parhaimmaksi keinoksi ongelmakäytön tunnistamisessa.

Boyle ja Davis (2006, 96–98) kuvaavat kuinka potilaan terveyshistoria voi tarjota jo 80-85 prosenttia tarpeellisesta tiedosta ongelmien diagnosoinnista varten, asianmukainen kliininen tutkimus 10-15 prosenttia ja laboratoriokokeet viisi prosenttia oikeaan diagnoosiin pääsemiseksi. Käypä Hoito -suosituksessa (2015, 2, 6) tuodaan esiin, kuinka alkoholin ongelmakäytön varhaiseen tunnistamiseen vaaditaan yleensä useita menetelmiä, kuten

haastattelua, strukturoituja kyselyjä, kliinistä tutkimusta ja laboratoriokohteita, koska potilaat usein aliarvioivat käyttämänsä alkoholin määrää. Tärkein keino on kuitenkin keskustelu potilaan kanssa.

#### 4.4 Puheeksioton menetelmiä

Erikssonin ja Arnkilin (2012) opas huolen puheeksi ottamisesta varhain ja dialogisesti, on kehitetty alun perin lasten ja nuorten kanssa työskentelevien tueksi, mutta sitä on alettu hyödyntämään myös muissa yhteyksissä, kuten ikääntyneiden kanssa. Puheeksi ottamisen tavoitteena on asioiden kehittyminen positiiviseen suuntaan ja yhteistyön aikaansaaminen. Puheeksiottoa helpottaa huolta herättävien asioiden kirjaaminen ylös, jolloin on helpompi kertoa konkreettisesti mistä on huolissaan. Kun puhutaan asiakkaan toiminnasta henkilökohtaisten ominaisuuksien sijaan, pysyy keskustelu paremmin asiakasta kunnioittavana eikä muodostu arvosteluvaksi. Konkreettiset ylös kirjatut asiat auttavat myös tukitoimien pohtimisessa, koska niihin on helpompi löytää vastauksia kuin epämääräiseen huolenilmaukseen. Kirjaaminen selventää tilannetta myös työntekijälle itselleen ennen puheeksiottoa ja valmistaa puheeksiottotilanteeseen. (Eriksson & Arnkil 2012, 22–24.)

Puheeksiotossa tärkeää on toisen kohtaaminen kunnioittavasti ja arvostaminen oman elämänsä asiantuntijana. On tärkeää käyttää asiakkaan mukaista kieltä ja esittää asiat arkikielellä, jotta asia tulee ymmärretyksi. Työntekijä voi etukäteen mielessään kokeilla puheeksioton erilaisia seuraamuksia löytääkseen mahdollisen parhaan toimintatavan. Ennakointi ei toki aina osu oikeaan, mutta voi auttaa tietoisempaan tilanteiden pohdintaan ja uusien toimintatapojen löytämisessä. Asiakkaan ja hänen tilanteensa voimavarojen löytäminen ja esiin nostaminen on tärkeää, jotta asiat voivat muuttua positiivisempaan suuntaan. Voimavaroista on mahdollista antaa positiivista palautetta ja niiden kautta pohtia erilaisia tukitoimia. Puheeksiotto saattaa herättää asiakkaassa kokemuksia työntekijästä tukijana tai kontrolloijana, ja näiden elementtien tasapaino onkin tärkeää, koska ne

liittyvät auttamistyössä aina toisiinsa. Alistavana tuki voi olla puolesta tekemistä ja riippuvuuden luomista, kun taas voimaannuttavana tuki voi olla kannustamista, voimavarojen yhdistämistä ja näköalojen avaamista. Alistava kontrollointi voi olla työntekijän omien vaatimusten puskemista läpi ilman riittävää herkkyyttä tilanteiden ainutlaatuisuudelle, kun taas voimaannuttava kontrollointi voi olla huolen jäsentämistä ja rajojen asettamista epätoivottavalle käytökselle. (Eriksson & Arnkil 2012, 24, 27–32.)

Waddin ja Galvanin (2014, 662–665) tutkimuksessa ikääntyneiden alkoholiiongelmiin hoitoon perehtyneet ammattilaiset kokivat, että yksi tärkeimmistä ikääntyneiden alkoholiiongelmiin hoitoon liittyvistä asioista on luoda luottamuksellinen hoitosuhde herkkyydellä ja kunnioituksella. Ikääntynyt tarvitsee aikaa ja tilaa puhua ja muistella. Tutkimuksen mukaan ikääntyneet ovat erittäin herkkiä alkoholiiongelmiin liittyvälle leimalle, joka aiheuttaa häpeää ja saattaa olla este hoitoon hakeutumiselle. Alkoholin määristä keskustelu on ikääntyneille vaikeaa, joten on suositeltavaa kokeilla erilaisia lähestymistapoja esimerkiksi suorien määräkysymysten sijaan. Käypä hoito -suosituksen (2015, 7) mukaan päihteidenkäytöstä kysyminen on luontevaa sitoa muuhun potilaan elämäntavoista kysymiseen. Avoimet kysymykset eivät tyrehdytä keskustelua kuten usein valintakysymykset, vaan rakentavat paremmin hoitosuhdetta ja voivat avata potilaalle uusia näkökulmia. Vapaan kerronnan jälkeen voidaan tarkentaa epäselviksi jääneitä asioita, kuten juomalajeja ja annosmääriä.

Mini-intervention, eli lyhytneuvonnan, on todettu vähentävän alkoholin käyttöä varsinkin riskikuluttajilla (Aalto 2015, 51; Barry & Blow 2016, 117), ja olevan kustannustehokas hoitomuoto (Aalto 2015, 51; Käypä hoito -suositus 2015, 10). Se edellyttää riskikäytön yleisyyden tiedostamista ja aktiivista alkoholin käytön kysymistä potilailta ja on aiheellista aina kun riskikulutuksen rajat täyttyvät (Käypä hoito -suositus 2015, 10). RAAMIT-lyhenteellä (rohkeus, alkoholitietous, apu, myötätunto, itsemääräämisvastuu, toimintaohjeet) kuvataan lyhytneuvonnan sisältöä, joka näkyy seuraavassa taulukossa (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. RAAMIT-lyhytneuvonta (Lähde: Käypä hoito -suositus 2015, 10)

Rohkeus (self efficacy)	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholisioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin
Apu (advice)	Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se
Myötätunto (empathy)	Suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, reflektioivasti, empaattisesti ja ymmärtävästi
Itsemääräämisyvastuu (responsibility)	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomistaan
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi

Lyhytneuvonnassa käytetään motivoivan haastattelun periaatteita ja tuomitsematonta kieltä (Barry & Blow 2016, 118). Neuvontaan on syytä varata vähintään viisi minuuttia, mutta useimmiten tarvitaan enemmän aikaa. Yksilöllisesti sovitulla jatkokäynneillä seurataan tavoitteiden saavuttamista. Lyhytneuvonnan vaikutuksen on todettu kantavan noin 9-24 kuukautta. (Käypä hoito -suositus 2015, 10.)

Erialaisten interventioiden vaikuttavuutta on tutkittu jonkin verran. Muun muassa Ettnerin ym. (2014, 451, 454) tutkimuksen mukaan ikääntyvien potilaiden saama interventio, sisältäen kirjallista tietoa ja palautetta omasta alkoholinkäytöstä sekä vastaanotolla annettua alkoholineuvontaa ja puhelinneuvontaa, vähentää merkittävästi ikääntyneiden alkoholin riskikäyttöä. Interventio lisää potilaiden itse ilmoittamana alkoholiin liittyviä keskusteluja potilaiden ja heidän lääkäreidensä välillä, sekä vähentää potilaiden alkoholin kulutusta ja terveydenhuollon käyntejä. Vaikutukset kantavat tutkimuksen mukaan yli 12 kuukautta. Kuerbiksen ym. (2015, 3, 5–7) tutkimuksen mukaan ainoastaan postitse lähetettävä interventio yli 50-vuotiailla alkoholin riskikuluttajilla vähentää jonkin verran riskikulutusta ja riskijuomisen hallittavuus paranee. Postitettu interventio vastaa tutkimuksen mukaan joihinkin kasvotusten tehtävän intervention rajoituksiin, kuten rajalliseen vastaanottoaikaan ja mahdolliseen potilaan kokemaan epämukavuuteen. Sillä saataisiin tavoitettua nekin, jotka eivät käy vastaanotolla tai eivät halua aiheesta lääkärinsä kanssa keskustella. Mooren ym. (2007, 115) tutkimuksen mukaan pidemmällä aikavälillä monimuotoinen interventio

verrattuna pelkästään kirjalliseen interventioon vähentää kuitenkin tehokkaammin alkoholin kulutusta 55-89 -vuotiailla.

Schonfeldin ym. (2010, 108, 112–113) tutkimuksen mukaan Floridassa 23 prosenttia asukkaista on yli 60-vuotiaita ja ikääntyneiden päihdeongelmiin on yritetty vastata kolmevuotisella BRITE -projektilla (Brief Intervention and Treatment for Elders) vuodesta 2003 alkaen. Projektissa on arvioitu 3497:n ikääntyneen päihdekäyttöä, masennusta ja itsemurhariskiä. Ikääntyneet on ohjattu tarpeen mukaan joko asianmukaisiin palveluihin tai saamaan lyhytneuvontaa ja -hoitoa yhdestä viiteen kertaan noin tunnin kerrallaan. Vain 18,9 prosenttia niistä, jotka olivat saaneet arvioinnissa alkoholin ongelmakäyttöön viittaavat pisteet, saivat positiivisen tuloksen intervention päättyessä. Myös lääkkeiden väärinkäytössä ja masennusmittarissa tapahtui kohennusta ja seulonta todettiin erityisen hyödylliseksi niissä tapauksissa, jotka usein jäivät huomaamatta peruspalvelujärjestelmissä.

Suomi on ollut mukana maailman terveysjärjestö WHO:n mini-interventiotutkimushankkeessa, sekä mini-intervention valtakunnallisen käyttöönoton edistämiseksi PHEPA (Primary Health Care European Project on Alcohol) EU-hankkeessa, jossa osallistujamaissa on pyritty toteuttamaan omiin olosuhteisiin soveltuva hanke. Suomessa hanke oli nelivuotinen alkoholin suurkuluttajiin kohdistettu mini-interventioprojekti VAMP. Projektissa kerätyn aineiston perusteella voidaan todeta, että mini-interventio on tehokas, mutta liian vähän käytetty työväline terveydenhuollossa. Henkilökunnan aktiivisuuden säilyttäminen mini-interventioiden toteuttamiseen vaatii tukea ja koulutusta, mutta varsin kattavan mini-intervention ja AUDIT-testin toteuttaminen ilman erityisjärjestelyjä ja lisäresursseja vaikuttaa mahdolliselta kiireestä huolimatta. (Kuokkanen & Seppä 2010, 1323, 1325–1326.)

#### 4.5 Audit ja muita mittareita

AUDIT-testin (The Alcohol Use Disorders Identification Test) on kehittänyt maailman terveysjärjestö WHO tunnistamaan alkoholin haitallista käyttöä

sekä alkoholiriippuvuutta ja väärinkäyttöä. Se on alun perin englanninkielinen, mutta sitä on käännetty monille eri kielille. 10-kohtaisen AUDIT-testin kolme ensimmäistä kysymystä arvioivat alkoholin käytön määriä ja tiheyttä, kolme seuraavaa arvioivat riippuvuutta, ja neljä viimeistä alkoholin kulutukseen liittyviä ongelmia. Pisteytys on 0-40 ja mahdollisen haitallisen alkoholin käytön pisterajaksi on määritelty 8. AUDIT-testin pätevyys on vahvistettu useissa tutkimuksissa ja sen herkkyyttä ja tarkkuutta on arvioitu erilaisilla haitallisen alkoholin käytön pisterajoilla. Esimerkiksi naisilla ja miehillä tulisi havaintojen mukaan olla eri pisterajat. (Meneses-Gaya, Zuardi, Loureiro & Grippa 2009, 83–84.) Suomalaisilla seulontarajat ovat Käypä hoito -suosituksen (2015, 7) mukaan miehillä vähintään 8 pistettä ja naisilla vähintään 6 pistettä.

Audit-testi on kehitetty Menesis-Gayan ym. (2009, 84, 87) mukaan alun perin aikuisväestölle ja sen pätevyyttä onkin tutkittu paljon juuri aikuisilla. Yksi ikääntyneitä koskeva tutkimus on tehty ikääntyneillä psykiatrisilla potilailla koskien AUDIT:n, AUDIT-5:n ja CAGE-testin suoriutumista verrattuna toisiinsa. Tutkimuksessa AUDIT-5 osoittautui herkimmäksi tunnistamaan ikääntyneiden alkoholiongelmia. AUDIT-5 sisältää alkuperäisen testin kysymykset 2, 4, 5, 9 ja 10 (Källmén, Wennberg, Ramstedt & Hallgren 2014, 4). Nopeampien seulontatyökalujen tarpeessa AUDIT:sta on kehitetty useita lyhyempiä versioita, kuten AUDIT-C, joka sisältää alkuperäisen testin kolme ensimmäistä kysymystä (Meneses-Gaya ym. 2009, 84).

Seuraavassa kuviossa (Kuvio 2) näkyvät Audit-testin kysymykset.

**X RASTITA SE VAIHTOEHTO, JOKA LÄHINNÄ VASTAA OMAA TILANNETTASI.**

**Paljonko meni?**

**1** Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

0  ei koskaan  
1  noin kerran kuussa tai harvemmin  
2  2–4 kertaa kuussa  
3  2–3 kertaa viikossa  
4  4 kertaa viikossa tai useammin

**2** Kuinka monta **annosta** alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? (Taulukko alla kertoo paljonko on annos.)

0  1–2 annosta  
1  3–4 annosta  
2  5–6 annosta  
3  7–9 annosta  
4  10 tai enemmän

**3** Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuussa  
2  kerran kuussa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

**Menikö liian pitkäksi?**

**4** Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuussa  
2  kerran kuussa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

**YKSI ALKOHOLIANNOS ON:**

pullo	(33 cl) keskiolutta tai siideriä	
lasi	(12 cl) mietoa viiniä	
pieni lasi	(8 cl) väkevää viiniä	
ravintola-annos	(4 cl) väkeviä	

**ESIMERKKEJÄ:**

0,5 l tuoppi keskiolutta tai mietoa siideriä		<b>1,5</b> annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä		<b>2</b> annosta
0,75 l pullo mietoa (12 %) viiniä		<b>6</b> annosta
0,5 l pullo väkeviä		<b>13</b> annosta

**Jäivätkö muut hommat?**

**5** Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuussa  
2  kerran kuussa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

**Miten lähti käyntiin?**

**6** Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuussa  
2  kerran kuussa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

**Oliko morkkista?**

**7** Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuussa  
2  kerran kuussa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

**Menikö muisti?**

**8** Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

0  ei koskaan  
1  harvemmin kuin kerran kuussa  
2  kerran kuussa  
3  kerran viikossa  
4  päivittäin tai lähes päivittäin

**Kolhitko itseäsi tai muita?**

**9** Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

0  ei  
2  on, mutta ei viimeisen vuoden aikana  
4  kyllä, viimeisen vuoden aikana

**Tuliko sanomista?**

**10** Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

0  ei  
2  on, mutta ei viimeisen vuoden aikana  
4  kyllä, viimeisen vuoden aikana

KUVIO 2. Audit-testin kysymysosio (Lähde: STM 2009b)

Aallon, Alhon, Halmeen ja Sepän (2011, 882–884) tutkimuksen mukaan AUDIT sekä AUDIT-C -testit ovat tarkkoja seuloessa runsasta alkoholinkäyttöä 65-74 -vuotiailla, kun seulontapisteraja on räätälöity tälle ikäryhmälle. Riittävän herkkä ja tarkka pisteraja AUDIT:ssa olisi vähintään 5 pistettä, ja AUDIT-C:ssa vähintään 4 pistettä. Ne testit jotka sisältävät sekä

määrä-tiheys -kysymyksen, että kysymyksen humalahakuisuudesta, toimivat paremmin kuin testit joissa on vain jompikumpi. Draper ym. (2015, 164) toteavat tutkimuksessaan, että ikääntyneillä AUDIT-C:n tarkin pisteraja erottamaan korkean ja matalan riskin alkoholin käyttäjät olisi 5 pistettä, joka on pisteen korkeampi kuin Aallon ym. (2011) edellä mainitussa tutkimuksessa. 3 pisteen pisterajalla ilmeni Draperin ym. (2015, 164) tutkimuksessa liikaa vääriä positiivisia iäkkäiden naisten kohdalla.

Källménin ym. (2014, 6–7) tutkimuksen mukaan AUDIT-testin johdonmukainen luotettavuus on merkittävästi huonompi ikääntyneillä 79-80 -vuotiailla ja pätevyys matalammalla tasolla kuin muulla aikuisväestöllä. Kysymykset 1 ja 4 ovat tutkimuksen mukaan vähiten luotettavia ikääntyneiden vastaajien kohdalla. Ikääntyneiden kohdalla suositellaankin AUDIT-testin kysymysten selittämistä myös verbaalisesti. Airan ym. (2008, 447) mukaan ikääntyneen alkoholin käyttö saattaa jäädä tunnistamatta, koska nykyiset mittarit eivät sisällä kysymystä alkoholin lääkkeellisestä käytöstä, ja se olisi suositeltavaa lisätä ikääntyneille suunnattuihin alkoholin käyttöä mitaaviin kyselyihin.

CAGE-kysely on Culbersonin (2006, 20) mukaan maailmalla yleisimmin käytetty alkoholiongelmien seulontaväline, mutta sen toimivuutta ikääntyneillä on kyseenalaistettu. Se on lyhyt ja yksinkertainen, jonka vuoksi suositettu. Cage on kirjainlyhenne, joka muodostuu kyselyn kysymysten sanoista: Cut down (oletko ajatellut lopettaa?), Annoyed (ovatko läheiset huomautelleet?), Guilty (oletko tuntenut syyllisyyttä?), ja Eye-opener (oletko ottanut krapularyyppyjä?). Jokainen kyllä-vastaus antaa yhden pisteen ja Suomessa suurkulutuksen pisterajat miehillä ovat vähintään 3 pistettä, ja naisilla vähintään 2 pistettä (Seppä 2003, 58). Aallon ja Holopaisen (2008, 1494) mukaan Cage-kyselyä suositellaan ensisijaisesti ikääntyneiden suurkulutuksen seulontaan, koska AUDIT-testi ei näyttäisi toimivan riittävän hyvin ikääntyneillä. Koska CAGE-kyselykin tunnistaa huonosti riskikulutuksen, on suositeltavaa, että kyselytestit olisivat vain täydentämässä ensisijaisesti suositeltua haastattelua.



MAST-G on Wallacen ym. (2009, 53, 55) mukaan Michiganin yliopiston alkoholin tutkimuskeskuksen vuonna 1991 kehittämä ikääntyneiden alkoholin käyttöä kartoittava testi. Se sisältää kymmenen kyllä-ei -kysymystä alkoholin käyttöön liittyen, ja jos kahteen tai useampaan kohtaan tulee myönteinen vastaus, ohjataan potilasta tarkempaan keskusteluun lääkärin tai sairaanhoitajan kanssa. Johnson-Greenen, McCaulin ja Rogerin (2009, 1556, 1560) mukaan se on ainoa erityisesti ikääntyneille kehitetty seulontamittari. Alkuperäinen MAST-G -testi sisältää 24 kohtaa, ja tästä kehitetyt lyhyemmät versiot SMAST-G 10 kohtaa, ja MAST-G 2 kohtaa. MAST-G -testiä on kritisoitu liiasta pituudesta, joka on keskeinen ominaisuus varsinkin ikääntyneiden arvioinnissa. Knightlyn ym. (2016, 72, 74) tutkimuksen mukaan MAST-G -testillä on suurempi herkkyys tunnistaa ikääntyneen alkoholin väärinkäyttö, ja se on kehitetty ajatellen ikääntyneiden erilaisia juomatapoja verrattuna työikäisiin. Culberson (2006, 21–22) kuitenkin nostaa esiin, ettei kumpikaan SMAST-G tai CAGE -kyselyistä erota sitä, onko alkoholiongelma ajankohtainen vai menneisyydessä. Kummankin kyselyn tehokkuutta voidaan parantaa määrä-tiheys -kysymyksillä.

Aallon ja Holopaisen (2008, 1494–1495) sekä Aallon (2015, 46) mukaan säännöllisessä alkoholin käytössä määrä-tiheys -kysymykset antavat usein hyvän tarkkuuden määrittäessä alkoholin käytön määriä, ja juomalajeittain kysyminen lisää tarkkuutta. Jos tämä kysely ei jostain syystä onnistu, voidaan alkoholin käyttöä käydä läpi viimeisten 2-4 viikon ajalta kalenterin avulla, tai käyttää apuna juomapäiväkirjaa, johon potilas kirjaa tulevien muutaman viikon ajan alkoholin käyttöönsä. Juomapäiväkirja itsehavaintovälineenä voi itsessään jo toimia käyttöä vähentävästi (Aalto 2015, 45).

Ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksioton ja arvioimisen tueksi on Suomessa tehty joitakin oppaita ja esitteitä. Otetaan selvää! -opas sisältää kysymyksiä alkoholin käytön haitallisuuden arvioimiseksi, alkoholitietoutta ikääntyneille terveyteen ja lääkkeiden käyttöön liittyen ja ohjeita asiasta keskustelun tueksi (STM 2006). Yli 65-vuotiaiden mittari alkoholin käytön itsearviointiin sisältää alkoholin käytön arviointikysymyksiä, tietoutta ikääntyneen alkoholin käytöstä, sekä toimintaohjeita ja -ehdotuksia alkoholin

käytön vähentämiseksi ja tarvittaessa avun hakemiseksi (STM 2012b). Alkoholin käytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille sisältää arviointikysymyksiä ja ohjeita niiden tarkentamiseen ja yhdessä pohdintaan, tietoutta ikääntyneiden alkoholin käyttöön liittyen, sekä toimintaohjeita jatkosuunnitelmien tekoon asiakkaan kanssa (STM 2012c).

THL:n (2016) Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen -opas sisältää edelliset yli 65-vuotiaiden arviointityökäulut, yli 65-vuotiaiden voimavaramittarin ja niiden käyttöohjeet, sekä tietoutta ikääntyneiden alkoholin käytöstä ja erilaisia varhaisen tuen menetelmiä. Kylmäsen (2017) mukaan yli 65-vuotiaiden alkoholinmittari ei ole systemaattisesti käytössä, mutta mittarin käyttöä hoitohenkilökunnalle koulutetaan säännöllisesti ja siitä voi saada hyvän lisän päihdekartoituksen ja intervention tueksi. On kuitenkin muistettava niin Audit-testin kuin Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin käytössä vakavan muistisairauden poissulkeva vaikutus mittareiden käyttöön.

#### 4.6 Ikääntyneiden kokemuksia puheeksiotosta

Airan ja Haarnin (2010, 580–581, 583–584) tutkimuksen ikääntyneiltä vain alle puolelta oli terveydenhuollossa kysytty alkoholin käytöstä. Tutkimuksen mukaan ikääntyneet kokevat puheeksioton kuitenkin kuuluvan terveydenhuollon ammattihenkilön toimenkuvaan ja sen toivotaan olevan leimamatonta, neutraalia ja rutiininomaista kaikilta. Alkoholiongelman vuoksi joskus hoidossa olleiden kokema puheeksiotto ei ole aina johtanut toimenpiteisiin, ja puheeksi ottaminen on koettu joskus lähinnä toteamukseksi. Toisilla ikääntyneillä on olettamuksia, että alkoholin runsaampi käyttö saataisiin terveydenhuollossa tietää ilman potilaan kertomaa, tai näkemällä verikokeista, joka saattaa johtaa jopa terveydenhuollon välttelyyn. Aiheesta vaikenemista aiheuttavat saarnaamisen ja paheksunnan pelko, ja käyttömääriä saatetaan kaunistella sen vuoksi, ettei tiedetä millainen käyttö on hyväksyttävää. Kohtuukäytön tai liiallisen alkoholin käytön määristä ei ikääntyneillä tutkimuksessa ollut yhtenäistä käsitystä. Yleisesti al-

koholin käyttöön liitetään häpeän tunnetta, jonka koetaan tulevan mahdollisesti kotikasvatuksesta. Rutiininomainen puheeksiotto voisi vähentää tätä häpeää.

Broylesin, Rosenbergerin, Hanusan, Kraemerin ja Gordonin (2012, 725, 727–730) tutkimuksen mukaan suurin osa ikääntyneistä kokee hyväksyttäväksi, että sairaanhoitaja kysyy heidän alkoholinkäytöstään sairaalassa-oloaikana. Kuitenkin noin 20 prosenttia kokee jonkinasteista vaivautuneisuutta alkoholiin liittyvässä keskustelussa. Tilanteessa saatetaan kokea häpeää, ärtymystä, aikomusta olla epärehellinen, tai tunnetta että aihe on henkilökohtainen ja salassa pidettävä. Epämukavuuden kokemukset voivat liittyä tutkimuksen mukaan positiiviseen AUDIT-C -testiin, sekä korkeampaan ikään ja ei-valkoiseen rotuun, joka osaltaan voi selittyä aiemmilla kokemuksilla ja iäkkäämmillä siitä, ettei omista elämäntavoista päihteisiin liittyen ole totuttu raportoimaan. Myös käsitys sairaanhoitajan roolista saattaa olla perinteisempi. Ne, jotka ovat vähemmän kykeneväisiä arvioimaan oman alkoholin käyttönsä riskejä tai ovat niistä vähemmän huolissaan, ovat vähemmän hyväksyviä sairaanhoitajien toteuttamaan alkoholin käytön arviointiin, mini-interventioon tai hoitoon ohjaamiseen. Tiettyjen potilasryhmien, kuten ikääntyneiden kanssa, tulee opetella erityistä herkkyyttä ja ammattitaitoa puhuttaessa alkoholista.

Rengon (2013, 150, 152–154, 159) tutkimuksessa sosiaalityön asiakkaat eivät koe alkoholin puheeksiottoa leimaavana, ainakaan jos asiakas ei ole suurkuluttaja. Asiakkaat uskovat taustan ja ominaisuuksien vaikuttavan puheeksioton todennäköisyyteen. Puheeksiotto saatetaan kokea epäilyn ilmauksena, jos sen koetaan johtuvan siitä, että asiakasta epäillään suurkuluttajaksi. Epäilyn koetaan syntyvän muun muassa ulkoisista ominaisuuksista, sosiaalisesta asemasta tai alkoholin käyttöhistoriasta. Ominaisuuksien ei toivottaisi kuitenkaan vaikuttavan puheeksiottoon, koska ne voivat myös johtaa harhaan. Alkoholin käytöstä kysymistä ei koeta leimaavana, jos se tehdään kaikille ja leimaavuutta saattaisi vähentää se, että puheeksiotolle kerrotaan syy. Puheeksiotto voidaan kokea myös keskustelumahdollisuuden tarjoamisena tai tiedonkeruuna.

#### 4.7 Hoitohenkilöstön alkoholiasenteet ja koulutuksen vaikutus

Crothers ja Dorrian (2011) ovat tutkineet Australialaisten sairaanhoitajien asenteita alkoholiongelmiaisten potilaiden hoitoa kohtaan. Tutkimukseen osallistuneista kukaan ei ollut saanut koulutusta alkoholiin tai huumeisiin liittyen. Tutkimuksen mukaan hoitajat suhtautuvat keskimäärin positiivisesti tai neutraalisti alkoholiongelmiaisiin potilaisiin, joka on selkeä muutos 1980-1990 -lukujen edellisiin tutkimuksiin. Muutos johtuu mahdollisesti tiedon lisääntymisestä alkoholismista taustalla olevista syistä, sekä sen maailmanlaajuisesta sairaudeksi hyväksymisen lisääntymisestä. Tutkimuksessa kuitenkin 14,3 prosenttia suhtautui negatiivisesti alkoholiongelmiaisten potilaiden hoitoon, eikä 12,5 prosenttia kokenut työskentelyä heidän kanssaan palkitsevana. Jo aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet hoitajien henkilökohtaisten ominaisuuksien vaikuttavan asenteisiin alkoholiongelmiaisia kohtaan, kuten koulutuksen, uskonnon ja kokemusten. Crothersin ja Dorrianin (2011) tutkimuksessa hoitajan ikä, omat juomistavat ja uskomukset alkoholismista nousevat esiin asenteisiin vaikuttavina tekijöinä. Vanhemmat hoitajat suhtautuvat vähemmän pessimistisesti alkoholiongelmiaisiin ja uskovat vahvemmin väärinkäytön ja riippuvuuden olevan sairaus kuin valinta. Alkoholia itse enemmän kuin kerran viikossa käyttävät hoitajat kokevat todennäköisemmin alkoholiongelmiaisten kanssa työskentelyn vähemmän palkitsevana. He kokevat todennäköisemmin epä mukavuutta tai kiusaantuneisuutta alkoholiongelmia kohdatessa, sekä kyseenalaistavat todennäköisemmin pystyvänsä menestyksekkäästi kohtaamaan alkoholiongelmiaisen. (Crothers & Dorrian 2011, 1, 5, 7–8.)

Warrenin, Senan, Choon ja Machanin (2012, 1169–1170, 1172) tutkimuksessa sekä ensiavun sairaanhoitajat, että lääkärit kokevat ammatillista tyytymättömyyttä hoitaessaan alkoholi-intoksikaatiopotilaita. Näiden potilaiden arviointi koetaan myös vaikeaksi. Sairaanhoitajat ovat melko neutraaleja sen suhteen, onko heillä riittävästi koulutusta näiden potilaiden hoitamiseen, mutta lisäkoulutuksen saamisen koettaisiin kuitenkin parantavan näiden potilaiden hoitoa. Sekä ensiavun lääkärit, että sairaanhoitajat ovat tutkimuksen mukaan sitä mieltä, että alkoholi-intoksikaatiopotilaita tulee hoitaa kunnioittavasti, mutta kokevat ettei näin todellisuudessa tapahdu.

Tutkimus nostaa esiin, että potilas kohtaa todennäköisesti ensiapukäynnillään vähintään yhden lääkärin ja sairaanhoitajan ja todennäköisesti toisistaan eroavia asenteita muun muassa alkoholikuntoutukseen liittyen. Yksikökohtaiset yhdenmukaiset seulonta- ja läheteohjeet olisivat yksi ratkaisu tähän ongelmaan.

Waddin ja Galvanin (2014, 663–664) tutkimuksen mukaan ikääntyneiden päihdehoidon ammattilaiset tunnistavat sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä useita ikäasenteita, sekä vääriä uskomuksia ja käsityksiä. Kuten että ikääntyneet ovat liian vanhoja muuttamaan toimintaansa, tai että on turhaa kuluttaa aikaa ja energiaa ikääntyneisiin jotka ovat jo elämänsä loppupuolella. Puheeksiottoon liittyy haluttomuutta, koska aihe koetaan häpeää herättävänä. Alkoholiongelmiensa kanssa työskentelyä ei koeta osaksi omia tehtäviä, tai koetaan vääräksi kieltää ikääntyneiltä heidän viimeinen nautintonsa. Ikääntyneen ainoan nautinnon kieltäminen nousee myös Shawn ja Palattiyilin (2008, 184–186, 189) tutkimuksessa esiin yhdeksi syyksi miksi ikäihmisten tiimin sosiaalityöntekijät kokevat terveydenhuollon henkilökunnan usein jättävän ongelmakäytön oireet huomioimatta. Tutkimuksen mukaan ikääntyneiden alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen koetaan vaikeaksi, koska ikääntyneiden koetaan kertovan epätarkasti alkoholin käyttömääränsä sekä asiakkaiden omaisten joskus peittelevän ongelmaa. Ikääntyneen alkoholiongelmaisesta tehokkaammaksi tukemiseksi tutkimuksessa korostetaan tarvetta kokeneelle tukityöntekijälle, joka tapaa asiakkaita heidän kodeissaan ja keskeiseksi elementiksi nähdään työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutussuhde.

Taittosen (2011, 39–42, 64) tutkimuksen mukaan kotihoidon työntekijät kokevat olevansa melko keinottomia auttamaan ikääntynyttä päihteitä käyttävää asiakastaan ja jäävänsä asiassa yksin. Varsinkin salaa juovien asiakkaiden kanssa alkoholin käytön puheeksiotto koetaan vaikeana, koska nämä asiakkaat useimmiten suuttuvat, kun asiasta yritetään keskustella. Tästä syystä asia otetaan puheeksi usein vain, jos käytöstä koetaan olevan asiakkaalle haittaa. Puheeksiotto saatetaan jättää tekemättä yhteistyön ja asiakkaan arvokkuuden säilyttämiseksi. Tutkimuksen mukaan lääk-

keellinen alkoholin käyttö hyväksytään, vaikka kulutuksen määrästä ei välttämättä ole tarkkaa tietoa. Alkoholin käytöstä vältetään kirjaamasta, jottei asiakasta leimata. Jos kirjauksia asiasta ei ole, saattaa päihtynyt asiakas kotikäynnillä tulla uudelle työntekijälle yllätyksenä. Kirjaamisen puute ja se, ettei asiasta puhuta työkavereiden kanssa, myös vaikeuttaa puheeksiottoa. Asiakkaiden kanssa, jotka myöntävät alkoholin käyttönsä, koetaan aiheesta olevan helpompi keskustella, ja nähdään että asiakas jopa pitää siitä, että asia otetaan puheeksi.

Runsaasti alkoholia käyttävät asiakkaat herättävät kotihoidon työntekijöissä eettisiä ristiriitoja ja paljon keskustelua. Nämä asiakkaat ovat usein päihtyneenä kotikäynneillä, eikä heidän koeta vastaanottavan tietoa tai kuuntelevan. Joskus huoli asiakkaasta saattaa ajaa työntekijän ylimääräiselle käynnille tilanteen tarkistamiseksi. Asiakkaan mahdollinen ryyppyseura saattaa aiheuttaa pelkoa työntekijälle omasta turvallisuudesta ja käynti tehdään mahdollisimman nopeasti. Huoli saattaa ajaa työntekijän hoivaamaan ja huolehtimaan liikaa ja tekemään asiakkaan puolesta. Päihtyneen asiakkaan kanssa päätöksiä joudutaan tekemään monesti epävarmuudessa ja tasapainoilemaan eri vaihtoehtojen välillä. Ikääntyneen päihkeitä käyttävän asiakkaan itsemääräämisoikeus on tutkimuksen mukaan suuressa roolissa, eikä hänen elämänsä puututa, jos alkoholin käytöstä ei aiheudu haittaa. Itsemääräämisoikeus ja toisaalta mahdollinen heitteillejätön riski herättävät työntekijöissä ristiriitoja. (Taittonen 2011, 43–44, 65–66.) Myös Waddin ja Galvanin (2014, 664) tutkimuksessa haastatellut ikääntyneiden päihdehoidon ammattilaiset tuovat esiin, kuinka ikääntyneiden alkoholin riskikäyttöön liittyvät oikeudet ja riskit aiheuttavat jännitteitä työntekijöissä.

Heikkilä (2012) on pro gradu -tutkielmassaan tutkinut hoitohenkilökunnan asenteita ja osaamista päihtyneen potilaan kohtaamisessa ensiavussa ja terveyskeskuksessa. Yli puolet vastaajista koki alkoholin käytöstä kysymisen potilaalta mielekkäänä, mutta lähes 40 prosenttia ei kokenut sitä mielekkäänä. Lähes viidennes koki tämän yksityisasioihin puuttumisena, jota ei voi hyväksyä. Lähes viidennes vastaajista ei tuntenut mini-interventio-termiä ja lähes kolmannes kaikista vastaajista tunsu sen sisällön huonosti

tai ei lainkaan. Yli puolet yli 20 vuotta työskennelleistä tunsi sen sisällön jonkin verran, melko huonosti tai ei lainkaan. Vastaajista kaksi kolmasosaa koki, ettei potilaan sukupuolella ole väliä annettaessa palautetta alkoholin käytöstä, mutta kolmasosa koki sen olevan helpompaa miespotilaalle. Yli puolet koki osaavansa ottaa alkoholinkäytön puheeksi hyvin tai erittäin hyvin, mutta alle puolet kaikista vastaajista ja puolet yli 20 vuotta työskennelleistä melko huonosti tai jonkin verran. Yli kaksi kolmasosaa koki, että potilaat suhtautuvat neutraalisti tai positiivisesti alkoholin käytön puheeksi ottamiseen. Yli kolmasosa vastaajista koki osaavansa motivoida huonosti päihdeongelmaista haluamaan hoitoa ja yli 20 vuotta työskennelleistä yli puolet huonosti tai ei lainkaan. Muutosta hoitohenkilöstön päihdeosaamisessa verrattuna yli kymmenen vuotta aiemmin tehtyyn vastaavaan tutkimukseen ei ollut tapahtunut, joka vahvistaa päihdekoulutuksen tarvetta. (Heikkilä 2012, 39, 41–44, 48.)

Edellinen Heikkilän (2012) tutkimuksen aineisto on mukana Suomen ja Latvian välisessä vertailuanalyyssissä, joka on toteutettu EU:n tukemassa Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe: Reframing Addictions -projektissa (ALICE RAP). Raportin mukaan ensiavun hoitohenkilöstöstä Latviassa 92 prosenttia ei ole koskaan tehnyt AUDIT-C -testiä, kun Suomessa vastaava luku on 29 prosenttia. Vain 6 prosenttia latvialaisista ensiavun työntekijöistä tietää mini-interventio-termin, kun Suomessa termi on tuttu 91 prosentille. Raportin mukaan Latviassa riittävän tiedon ja resursien puute on suurin este puheeksiotolle, kun Suomessa se näyttäisi olevan skeptinen asenne puheeksioton hyödyllisyyteen. Tutkimusten mukaan kummassakin maassa on kiireellinen tarve ensiavun ja perusterveydenhuollon päihdepotilaiden tunnistamisen ja hallitsemisen koulutusohjelmille sekä ohjeistusten kehittämiseksi. (Warpenius, Holmila, Heikkilä, Snikere & Aleksandrovs 2015, 20.)

Koulutuksen vaikutusta hoitohenkilökunnan alkoholiasenteisiin on tutkittu maailmalla jonkin verran. Soaresin, Vargasin ja Formigonin (2013, 1174, 1176–1178) tutkimuksessa puolet 280 tutkimukseen osallistuneista brasilialaisista hoitajista sai koulutusta muun muassa mini-interventiosta ja

päihdeongelmaisten sosiaalisesta kuntoutuksesta ja seurannasta. Koulutuksella huomattiin positiivinen muutos koulutuksen saaneiden asenteessa alkoholiongelmaisia ja heidän kanssaan työskentelyä kohtaan verrattuna verrokkiryhmään, vaikkei muutos ollut suuri. Vain alle puolet tutkimukseen osallistuneista oli saanut koulutusta aiheesta ammatillisessa koulutuksessaan, mutta on osoitettavissa, että he, jotka ovat saaneet enemmän koulutusta aiheesta ammatillisen koulutuksensa aikana, omaavat positiivisemmän asenteen alkoholia, alkoholismia ja alkoholisteja kohtaan. Tutkimuksessa suositellaankin alkoholiin ja alkoholismiin liittyviä kursseja kaikkiin hoitoalan ammatillisiin koulutuksiin.

Ruotsissa osana Risk Drinking -projektia koulutettiin useita satoja työterveyshuollon hoitajia ja lääkäreitä muun muassa alkoholin haittavaikutuksista, tutkimusmenetelmistä erilaisine mittareineen sekä motivoivasta haastattelusta. Tulokset osoittivat selkeää parannusta vastaajien alkoholitietoudessa sekä tehokkuudessa saada aikaan potilaiden elämäntapamuutoksia varsinkin alkoholinkäytön osalta. Koulutuksen myötä Audit-tes-tin käyttö kasvoi huomattavasti, kun taas muiden mittareiden, kuten CAGE:n käyttö väheni. Koulutukseen motivoituneimpia olivat ne hoitajat ja lääkärit, jotka jo lähtökohtaisesti kokivat tietoutensa ja tehokkuutensa saada aikaan elämäntapamuutoksia erittäin hyväksi. He olivat kiinnostuneita aiheesta ja halusivat saada lisää tietoa ja osaamista elämäntapaneuvonnassa ja kokivat kehittyneensä koulutuksesta eniten. Nämä sairaanhoitajat kokivat alkoholin puheeksioton aloittamisen, asiakkaansa informoinnin ja asiakkaiden ohjeistamisensa parantuneen, sekä kysyvänsä asiakkailta alkoholista aiempaa useammin. (Nilsen, Holmqvist, Hermansson 2011, 473, 475–478.)

Vadlamudin, Adamsin, Hoganin, Wun ja Wahidin (2008, 290–291, 295–296) tutkimuksen mukaan jo neljän tunnin koulutuksella mini-interventioon, alkoholiongelmiensa seulontaan, varhaiseen tunnistamiseen ja lyhytoitoon, oli tilastollisesti merkittävä vaikutus amerikkalaisten sairaanhoitajaopiskelijoiden asenteisiin, uskomuksiin ja itseluottamukseen koskien alkoholin väärinkäyttöä ja sen hoitoa. Itseluottamus koheni koulutuksen myötä erityisesti niillä, joilla oli vähän tai ei lainkaan kokemusta alkoholiongelmiaisista



potilaista. Tsain, Tsain, Linin, Wengin, Choun ja Chenin (2011) tutkimuksessa ei tutkittu varsinaisesti hoitohenkilöstön asenteita, mutta tutkimus osoitti 1,5 tunnin koulutuksen alkoholista, Audit:n käytöstä ja mini-interventiosta, parantavan hoitajien alkoholitietoutta merkittävästi. Myös tehokkuus ja kliininen osaaminen potilaiden alkoholiongelmien arvioinnissa, niihin puuttumisessa ja tiedon tallentamisessa parani. (Tsai ym. 2011, 978, 981.)

Myös Nehlinin, Fredrikssonin, Grönbladhin ja Janssonin (2012) tutkimus osoittaa jo muutaman tunnin koulutuksen myönteisen vaikutuksen. Tutkimuksen mukaan psykiatrian työntekijöiden saama kolmen tunnin koulutus motivoivasta haastattelusta ja interventiosta paransi tehokkaasti henkilökunnan tietoutta ja asenteita alkoholiongelmaisia potilaita kohtaan. Koulutuksella oli myönteinen vaikutus kykyyn arvioida asiakkaita ja itseluottamukseen auttaa hankalammin oireilevia asiakkaita. Koulutus vaikutti myönteisesti myös työhyvinvointiin lääketieteellisen koulutuksen omaavilla, joka saattaa johtua siitä, että heillä on koulutuslähtöisesti enemmän kokemusta potilaiden arvioinneista ja päihdepotilaiden kanssa työskentelystä kuin esimerkiksi psykologeilla tai sosiaalityöntekijöillä. (Nehlin ym. 2012, 545, 547.)

## 5 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHESTYMISTAPA JA MENETELMÄT

### 5.1 Toimintatutkimus lähestymistapana

Ennen menetelmien valintaa tulee pohtia lähestymistapa, jonka kautta kehittämistyötä aletaan suunnitella, jotta tutkimuksellisuus saadaan kehittämistyöhön syvällisesti mukaan. Kehittämistyössä lähestymistavan valinta vastaa tieteellisen tutkimuksen tutkimusstrategian valintaa, joista moni, kuten toimintatutkimus, soveltuu kumpaankin. Kehittämistyössä voi olla piirteitä useammastakin lähestymistavasta, jolloin valinnat tulee perustella selkeästi, ja kehittämistyön on täytettävä valitun lähestymistavan keskeiset ominaisuudet. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 51–52.)

Osallistavassa toimintatutkimuksessa toimijat ovat aktiivisia kehittäjiä ja kehittäjä aktiivinen toimija, eli kaikki toimijat osallistuvat aktiivisesti kehittämiseen omista lähtökohdistaan. On tärkeää, että kaikki joita asia koskee, ovat oikeutettuja osallistumaan. (Toikko & Rantanen 2009, 90–91.) Toimintatutkimuksessa tyypillistä on juuri tutkijan ja tutkittavien välinen yhteistyö, jolla pyritään ratkaisemaan organisaatiossa ilmeneviä käytännön ongelmia ja aikaansaamaan muutosta. Kehittäjän rooli toimintatutkimuksessa on toimia aktiivisesti ryhmän jäsenenä, jossa kaikki osallistujat ovat vastuullisia niin ryhmälle kuin itselleen, ja ovat tasa-arvoisia. Osallistava, yhdessä kehitetty ratkaisu on usein parempi kuin ulkoapäin annettu, ja usein helpompi hyväksyä. Toimintatutkimuksessa keskeistä onkin juuri käytännön työssä toimivien ihmisten mukaan ottaminen kehittämistyöhön aktiivisina toimijoina. Toimintatutkimus soveltuu käytännönläheisyytensä vuoksi hyvin kehittämistöiden lähestymistavaksi, sillä kehittämisen kohteena voi olla mikä tahansa ilmiö, uudenlainen työ tai toiminta. (Ojasalo ym. 2015, 58–59.)

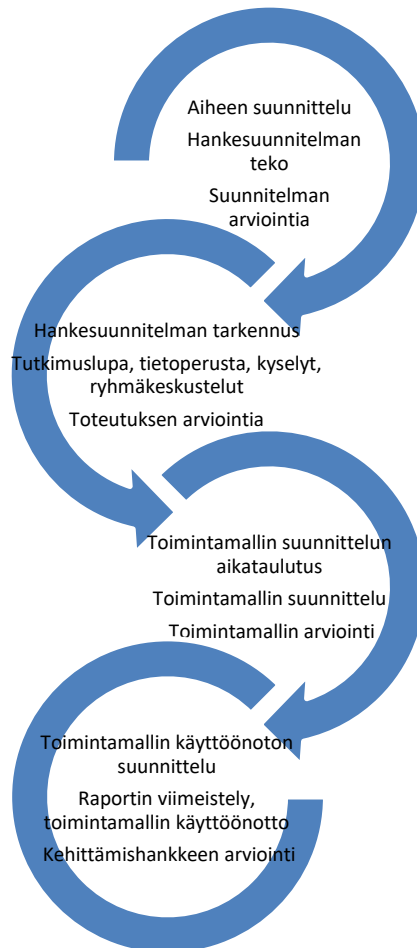
Toimintatutkimus kuvataan syklisenä prosessina, jossa toiminta etenee toistuvina kehinä. Yksi kehä sisältää suunnittelun, toteutuksen, havainnoinnin ja arvioinnin. (Toikko & Rantanen 2009, 66; Ojasalo ym. 2015, 60–61.) Ensin valitaan ja määritellään kehittämisiongelma ja tavoitteet. Sitten

selvitetään aiemmat tutkimukset aiheesta ja tarpeen mukaan täsmennetään kehittämistyön tavoitteita ja tehtävää. Päämääriin pääsemiseksi kokeillaan ja tutkitaan eri käytännön mahdollisuuksia. Saatua aineistoa analysoidaan ja arvioidaan tehtyjä asioita, ja tarvittaessa taas tarkennetaan tavoitteita. Suunnittelu, toiminta ja arviointi siis toistuvat kehämäisesti tutkimusprosessissa. (Ojasalo ym. 2015, 61.)

Ojasalon ym. (2015, 61) mukaan osallistavassa kehittämisestä myös menetelmien on oltava osallistavia. Toimintatutkimus on laadullinen lähestymistapa, jonka menetelmiksi sopivat osallistavat menetelmät, kuten ryhmäkeskustelut, haastattelut ja havainnoinnit, mutta myös jotkut määrälliset menetelmät soveltuvat. Tutkija voi yhdistää eri menetelmiä ja aineistoja eri tilanteista, kuten kerätä kirjallisia dokumentteja, kirjata eri tilanteista havaintojaan ja haastatella toimintaan osallistuvia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 192). Kehittämistyössä onkin suositeltavaa käyttää monenlaisia menetelmiä, jolloin ilmiötä tutkitaan useista eri näkökulmista, joka puolestaan lisää tutkimuksen luotettavuutta. Vaikka laadullisten ja määrällisten menetelmien erot on tärkeä tunnistaa niiden oikeanlaisen käytön vuoksi, ovat ne kehittämistyössä enemmänkin välinearvon roolissa auttamassa parhaisiin mahdollisiin käytäntöihin. (Ojasalo ym. 2015, 105.)

Tähän kehittämishankkeeseen valitsin lähestymistavaksi toimintatutkimuksen, koska kyseessä on olemassa olevien hoitotyön toimintatapojen kehittäminen ja toimintamallin luominen näiden tueksi. Kehittämistyöhön osallistui henkilöstön jäseniä sekä kyselyyn osallistumisen kautta myös asiakkaita.

Seuraavassa kuviossa (kuvio 3) ilmenee tämän kehittämishankkeen toimintatutkimukselle tyypillinen spiraalimainen toteutuminen. Kuten kuviosta näkyy, kehittämishankkeessa toteutui useita suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin kehä.



KUVIO 3. Kehittämishankkeen spiraalimainen toteutuminen (mukaillen Toikko & Rantanen 2009, 66–67)

## 5.2 Ryhmäkeskustelu menetelmänä

Toikon ja Rantasen (2009, 89, 93) mukaan kehittämistoiminta on erityisesti sosiaalinen prosessi, joka edellyttää vuorovaikutusta, ja toimijoiden osallistuminen pyritään rakentamaan dialogin, eli vuoropuhelun, pohjalle. Dialogissa asioita lähestytään rinnakkain vastavuoroisen ihmettelyn kautta ja

vasta avoimessa vuorovaikutustilanteessa aktiivinen osallistuminen on mahdollista. Ojasalon ym. (2015, 61–62) mukaan kehittämistoiminnassa mukana olevien toimijoiden yhteiset keskustelut, ovat yksi toimintatutkimuksessa yleisesti käytetty menetelmä. Keskustelu jatkuu kehittämisprosessin vaiheesta toiseen edellisen luodessa pohjaa seuraavalle keskustelulle. Keskustelu tavoitteineen, näkemyksineen ja toimintoineen dokumentoidaan, ja nämä dokumentit ovat tutkimusaineistoa siinä missä kyselyt ja haastatteluaineistotkin.

Valtonen (2005, 223–227) kuvaa ryhmäkeskustelua järjestetyksi tilaisuudeksi, jossa tilaisuuteen kutsuttu joukko ihmisiä keskustelee vapaamuotoisesti, mutta fokusoidusti tietyistä aiheista. Ryhmän vetäjän rooli on rohkaista ja ohjata osallistujia keskustelemaan, ja tietoisesti siirtää vastuu keskustelusta muille, eikä vetäjä itse aktiivisesti osallistu keskusteluun. Vetäjä tarjoaa teemoja keskusteltavaksi ja kommentoitavaksi erilaisten virikkeiden ja kysymysten kautta. Vuorovaikutuksen kautta syntyvä aineisto on juuri ryhmäkeskustelulle ominaista. Myös vaikeneminen keskustelutilanteessa on oleellista tietoa. Ryhmäkeskusteluja on käytetty tiedonkeruun menetelmänä 1920-luvulta lähtien ja niitä voidaan hyödyntää muun muassa ideoinnissa, mielipidekartoituksissa ja juuri toimintatutkimuksissa. Yleisimmin ryhmäkeskusteluja käytetään erilaisten innovaatioiden tuottamiseen tai selvittämään mielipiteitä ja asenteita kysymyksessä olevasta ilmiöstä. Ryhmäkeskustelut voivat vahvistaa me-henkeä ja niitä voidaan käyttää muutoksen katalysaattoreina.

Valtosen (2005, 228–230) mukaan ryhmän koostaminen lähtee tutkimuskysymyksistä. Ryhmän voi koostaa eri tavoin, kuten eri asemissa olevilla ihmisillä, vertaisilla tai esimerkiksi tietyn statuksen omaavilla, ja on tunnistettava, että tällä luodaan aina erilainen vuorovaikutuksellinen lähtökohta. Jonkinlainen samankaltaisuus antaa pohjaa vuorovaikutukselle, mutta toimiakseen jokainen ryhmä tarvitsee kuitenkin yhteisen tehtävän ja tavoitteen.

Tässä kehittämishankkeessa halusin kerätä tietoa kotihoidon päihde- ja mielenterveystiimiltä heidän kokemuksistaan keskeisistä ikäänntyneiden alkoholin käytön puheeksioton ongelmista ja kehittämistarpeista kotihoitossa. Koin ryhmäkeskustelut hyväksi menetelmäksi kerätä tätä tietoa, koska ne voitiin toteuttaa säännöllisten tiimin tapaamisten yhteydessä. Tiimin valitseminen tietolähteeksi ryhmäkeskusteluihin sekä itse kehittämistyöhön oli selkeä valinta, koska he työskentelevät enemmän juuri päihdeasiakkaiden kanssa muun kotihoitotyön ohella.

### 5.3 Kysely menetelmänä

Menetelmänä kysely on nopea ja mahdollinen käyttää laajalle joukolla, jolloin saadaan myös laaja tutkimusaineisto. Kysely voidaan toteuttaa monin eri tavoin, muun muassa postitse, internetin kautta tai henkilökohtaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 195; Ojasalo 2015, 121.) Kysely menetelmänä vaatii, että tutkittavasta aiheesta on riittävästi aiempaa tietoa, jotta kyselylomakkeen laatiminen on mahdollista. Tiedonkeruutekniikka määrittelee paljon sitä mitä asioita kyselyssä voidaan kysyä. Jos kysely toteutetaan kasvotusten, voi kontakti vääristää arkaluontoisiin asioihin, kuten alkoholin käyttöön liittyviä vastauksia. (Ojasalo ym. 2015, 121–122.)

Kyselyn suunnittelu aloitetaan tutustumalla aikaisempiin tutkimuksiin aiheesta ja kyselyn luominen kannattaa aloittaa vasta kun tietoperusta on koottu ja tutkittavaan ilmiöön tutustuttu huolella. Kyselyyn sisällytetään vain tavoitteiden saavuttamiseksi oleelliset kysymykset. (Ojasalo ym. 2015, 130–131.) Kyselyn avulla voidaan kysyä muun muassa tosiasioita, käyttäytymisestä, tiedoista, arvioista, asenteista ja uskomuksista. Kysymysten on hyvä olla mahdollisimman selkeitä ja yksiselitteisiä, tarkkoja ja lyhyitä. Kysymykset muotoillaan yleensä joko avoimiksi, monivalintakysymyksiksi tai asteikkoihin perustuvaksi, kuten Likertin 5-7 portainen asteikko. Näiden lisäksi kysytään usein taustakysymyksiä, kuten vastaajan sukupuolta, ikää ja ammattia. Kysymysten määrää ja järjestystä tulee harvita eikä ammattikieltä suositella. Kyselylomakkeen on näytettävä helposti

täytettävälle ja moitteettomalle. (Hirsjärvi ym. 2009, 197–204.) Kyselylomakkeen esitestaaminen on Ojasalon ym. (2015, 133) mukaan välttämättömyyttä ennen varsinaista kyselyn toteutusta. Lomake on hyvä testata sekä itse, että alaa tuntevilla henkilöillä, sekä kyselyn kohteena olevan joukon koevastaajalla. Tämän jälkeen voi tehdä tarvittavat muutokset.

Kyselyn saatekirje on oleellinen osa kyselyn onnistumista. Se kertoo vastaajalle mistä on kyse ja vaikuttaa suoraan vastausprosenttiin. On siis tärkeä käyttää aikaa luottamusta herättävän saatekirjeen suunnitteluun. Saatekirjeessä kuvataan mistä on kyse ja kerrotaan tekijät, teettäjä ja kohde-ryhmä. Tutkimuksen tarpeellisuus on hyvä perustella ja mainita jokaisen vastaajan tärkeys etukäteiskiitoksineen. Vastaajien anonymiteetin ja tutkimustulosten käytöstä on tärkeää mainita. Viimeisen vastauspäivän määrittelyn lisäksi saatekirje allekirjoitetaan. Vastausajaksi suositellaan 1-2 viikkoa. (Ojasalo ym. 2015, 133.)

Kyselyn mittausten kohteita sanotaan havaintoyksiköiksi. Ne muodostavat perusjoukon ja luotettavin kyselyaineisto saataisiin tekemällä kysely koko perusjoukolta. Tämä on useimmiten mahdotonta, joten kysely toteutetaan yleensä perusjoukosta satunnaisesti valitulle otokselle. Yksinkertainen satunnaisotos on usein helppo toteuttaa. Kaikista perusjoukon havaintoyksiköistä laaditaan lista, otantakehikko, josta otannan koon päättämisen jälkeen valitaan jollain satunnaismenetelmällä haluttu määrä havaintoyksiköjä. Tämän voi tehdä esimerkiksi systemaattisella satunnaisotannalla, eli esimerkiksi poimia otantakehikosta joka viides havaintoyksikkö. (Ojasalo ym. 2015, 122–124, 126–127.)

Postin välityksellä toteutettavassa kyselyssä kyselylomake lähetetään tutkittaville ja he lähettävät sen täytettynä takaisin tutkijalle mukana lähetetyssä palautuskuoressa. Vastaajien nimien ja osoitteiden saaminen rekistereistä vaatii usein kuitenkin luvan. Postikyselyn sijaan voidaan kysely toteuttaa esimerkiksi jonkin organisaation välityksellä, jolloin tämä taho toimittaa kyselyt vastaajille. Kyselyt voidaan toimittaa joko postitse tutkijalle tai johonkin muuhun sovittuun paikkaan, josta tutkija itse hakee ne. (Hirsjärvi ym. 2009, 196–197.) Sähköiset internetsovellukset (kuten webpropol)

kyselyjen laatimiseen, tiedon keruuseen ja tulosten raportointiin, ovat lisääntyneet viime aikoina. Sähköinen tiedonkeruu onkin nopeaa, vaivatonta, sekä edullista verrattuna tulostus- ja postituskuluja aiheuttavaan postikyselyyn. (Ojasalo ym. 2015, 121, 128.)

Tulosten analysointia voidaan tehdä monella tavalla, jotka voidaan jakaa selittämiseen pyrkivään lähestymistapaan ja ymmärtämiseen pyrkivään lähestymistapaan. Tilastolliset analyysit liittyvät tavallisesti selittävään lähestymistapaan, ja laadullinen analyysi ymmärtävään lähestymistapaan. Analyysitapa valitaan sen mukaan, millä saadaan ongelman kannalta parhaat tulokset. (Hirsjärvi ym. 2009, 224.) Tulosten analysointiin ja tietojen käsittelyyn on kehitetty valmiita ohjelmistoja, kuten Excel ja SPSS (Ojasalo ym. 2015, 121).

Tässä kehittämishankkeessa kysely asiakkailta alkoholin käytön puheeksioton kokemuksista kotihoidossa nähtiin tärkeänä tietolähteenä. Se päätettiin toteuttaa postitse lähetettävällä kyselylomakkeella huomioiden se, ettei sähköiseen kyselyyn vastaaminen ole kaikille ikääntyneille mahdollista. Koko kotihoidon asiakastyötä tekevälle henkilöstölle toteutettiin kehittämishankkeessa sähköinen webpropol-kysely kartoittamaan mahdollisimman kattavasti henkilöstön ajatuksia ja asenteita alkoholin käytön puheeksiottoa kohtaan.

#### 5.4 Tutustuminen toisen organisaation toimintamalliin

Sain Kouvolan kotihoidon vastaavalta tietää heti kehittämishankkeen suunnitelmavaiheessa, että Kotkan kotihoidossa on tehty toimintamalli alkoholin käytön puheeksiottoon. Olin suunnitellut syksylle 2016 henkilökohtaista käyntiä Kotkan kotihoitoon toimintamalliin tutustuakseni, mutta sain puhelimitse ja sähköpostitse heidän toimintamallistaan riittävästi tietoa ja koin, ettei käyminen ole tarpeen.

Kotkan kotihoidossa on tarjottu vuodesta 2014 alkaen kotihoidon työntekijöille A-Klinikan tuottamaa Ota Puheeksi -koulutusta ja nettikursseja. Muut



työntekijät ovat voineet suorittaa koulutusta vapaaehtoisesti, mutta mielenterveys- ja päihdeyhdyshenkilöt ovat olleet velvoitettuja koulutukseen. Mielenterveys- ja päihdeyhdyshenkilöt tapaavat kolmesti vuodessa moniammatillisessa työryhmässä ja jokainen kotihoidon tiimi on ryhmässä edustettuna. Yhdyshenkilöt vastaavat tiedonkulusta tiimeihinsä. (Virtanen 2016a.)

Virtasen (2016a; 2016b) mukaan alkoholin käytön puheeksiotto kuuluu Kotkan kotihoidossa osaksi asiakkaan noin kahden viikon toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointijaksoa, joka toteutetaan jokaiselle asiakkaaksi ha-kevalle kartoituskäynnin jälkeen. Arviointijakson aikana jokaisen asiakkaan kanssa täytetään AUDIT-C -kysely, ja jos tämä on positiivinen, täytetään koko AUDIT-kysely. Asiakkaan vastuuhoidaja suunnittelee, milloin on hyvä ajankohta kyselyille. Jos asiakas tulee kotihoidon asiakkaaksi ja asiakkaan tilanteessa havaitaan muutoksia, tulee arviointia tehdä uudelleen. Jos päihteiden kanssa havaitaan ongelmia, asiakkaan kanssa tehdään hoitosopimus. Hoitosopimuksessa sovitaan muun muassa, miten asiakkaan kanssa toimitaan, jos hän on kotikäynnillä päihtyneenä, sekä mitä toimenpiteitä tällöin suoritetaan ja mitä ei. Lääkäri määrää lääkehoidosta ja siitä, mitä lääkkeitä voidaan antaa ja mitä ei, jos asiakas on päihtyneenä. Asiakkaan vastuuhoidaja vastaa pääsääntöisesti asiakkaan asioista ja puheeksiotosta tarvittaessa mielenterveys- ja päihdeyhdyshenkilön tuella, mutta kaikki asiakkaan luona käyvät työntekijät toki reagoivat tarvittaessa tilanteisiin (Virtanen 2016b). Vastuuhoidaja huolehtii pääasiassa myös mahdollisesta yhteydenpidosta asiakkaan omaisten kanssa (Virtanen 2016a).

Virtasen (2016a) mukaan puheeksioton käytännön toteutumista Kotkan kotihoidossa ei ole tutkittu, mutta arviointijaksoon kuuluva AUDIT-kysely takaa sen, että jokaiselle asiakkaalle on ainakin tämä arviointi tehty.

## 6 KEHITTÄMIHANKKEEN TOTEUTUS

### 6.1 Kehittämishankkeen eteneminen

Olin syksyllä 2015 yhteydessä Kouvolan kotihoitoon kysyäkseni mahdollisista kehittämistarpeista kotihoidossa. Tapasin kotihoidon hoitotyön vastaavan syyskuussa 2015 ja kehittämishankkeen aihe nousi tärkeänä kehittämiskohteena esiin. Kehittämishanke päätettiin toteuttaa yhdessä kotihoidon hoitotyön vastaavan ja 12 henkilön päihde- ja mielenterveystiimin kanssa, koska katsottiin että tiimillä on sekä motivaatiota että tietotaitoa aiheesta ja tietoa puheeksi ottamisen kehittämiskohdista kotihoidossa. Tein kehittämishankesuunnitelman talven 2015-2016 aikana ja esittelin sen opinnäytetyön suunnitelmaseminaarissa helmikuussa 2016. Tässä vaiheessa suunnitelmana oli hakea seminaarin jälkeen tutkimuslupaa, mutta hakulomaketta alustavasti täyttäessäni, totesin että hakemukseen olisi tärkeää olla sekä kyselyt että saatekirjeet valmiina.

Tein kesän 2016 aikana tietoperustan, asiakas- ja henkilöstökyselylomakkeet ja kyselyjen saatekirjeet. Kyselylomakkeet ja saatekirjeet käytiin läpi kotihoidon päihde- ja mielenterveystiimin ja hoitotyön vastaavan tapaamisessa elokuussa 2016 ja tein niihin toivotut muutokset. Tämän jälkeen hain tutkimuslupaa, joka myönnettiin syyskuussa 2016.

Kyselyt toteutettiin lokakuussa 2016 ja kyselyjen tulokset esittelin päihde- ja mielenterveystiimille sekä hoitotyön vastaavalle marraskuussa 2016. Toimintamalli kehitettiin joulutammikuussa 2016-2017 osan päihde- ja mielenterveystiimin jäsenen sekä hoitotyön vastaavan kanssa. Toimintamalli esiteltiin kotihoidon tiimivastaaville maaliskuussa 2017, jonka jälkeen se otettiin kotihoidossa käyttöön. Opinnäytetyön raportin esittelin julkaisuseminaarissa maaliskuussa 2017.

Seuraavassa kuviossa (Kuvio 4) näkyvät kehittämishankkeen vaiheet.



KUVIO 4. Kehittämishankkeen vaiheet.

## 6.2 Kyselyjen toteutus

Asiakaskysely toteutettiin 30:lle kotihoidon asiakkaalle postitse toimitettavalla paperisella kyselylomakkeella ja henkilöstökysely sähköisesti webropol-sovelluksella. Asiakaskyselyn kysymykset muodostin tietoperustasta nousseista keskeisistä aiheista ja ne käytiin läpi sekä tarkennettiin

päihde- ja mielenterveystiimin sekä hoitotyön vastaavan kanssa. Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja taustatietoja kysyttiin vain sukupuolen ja ikäryhmän osalta. Asiakkailta haluttiin saada kokemustietoa siitä, onko alkoholin käyttö otettu kotihoidossa puheeksi, miten, ja mitä tuntemuksia se on mahdollisesti herättänyt. Myös toiveita alkoholin käytön puheeksiottoon liittyen haluttiin tietää.

Asiakaskyselyn kysymykset ja ohjeistukset muokattiin mahdollisimman selkeiksi ja yksiselitteisiksi. Puheeksioton tuntemuksia kartoittavassa kysymyksessä vastausvaihtoehtoja oli kuusi, joista yksi oli avoin, ja näistä asiakas sai vastata kuinka moneen vain. Muut kyselyn kysymykset olivat kyllä-ei-kysymyksiä. Kysymyksiä oli yhteensä 12. Kysely muokattiin mahdollisimman lyhyeksi ja helpoksi vastata, jotta mahdollisimman moni kyselyn saaja olisi siihen vastannut. Esitetasin asiakaskyselyn lähipiiriin 69-vuotiaalla henkilöllä, jonka mielestä kirjasinkoko ja -tyyli oli asianmukainen ja riittävän iso, ja teksti ymmärrettävää.

Asiakkaat valittiin kyselyyn satunnaisotannalla jokaiselta kolmelta kotihoidon alueelta, 10 asiakasta jokaiselta alueelta. Näin asiakasnäkökulma oli mahdollista saada esiin jokaiselta alueelta. Kotihoidon alueiden sihteerit tekivät satunnaisotannan asiakasrekistereistä ja lähettivät hoitotyön vastaavalle toimittamani kyselylomakkeet saatteineen syys-lokakuun vaihteessa 2016. Kyselyjen vastausajaksi määrittelin kaksi viikkoa. Kyselyjä palautui 16/30, sekä yksi itse kirjoitettu kirje. Asiakaskyselyn vastaukset purin manuaalisesti laskemalla ja siirtämällä tulokset excel-taulukoihin. Asiakaskysely saatekirjeineen on liitteenä (Liitteet 1 ja 2).

Henkilöstön webropol-kyselyn kysymykset muodostin myös tietoperustasta nousseista aiheista ja ne läpikäytiin ja tarkennettiin yhdessä päihde- ja mielenterveystiimin sekä hoitotyön vastaavan kanssa. Tämän vuoksi en kokenut tarvetta ulkopuolisen henkilön kyselyn esitestaamiseen vaan testasin kyselyä webropol-sovelluksessa. Henkilöstökysely muodostettiin mahdollisimman nopeaksi ja helpoksi vastata mahdollisimman kattavan vastaajamäärän saamiseksi. Kysymyksiä oli yhteensä 12, joista kolme en-

simmäistä kartoitti vastaajien taustatietoja. Taustatietoina kysyttiin vastaajien ikäryhmää, ammattikuntaa ja työskentelyaikaa kotihoidossa. Lopuista kysymyksistä seitsemän oli monivalintakysymystä sisältäen kaksi tarkentavaa avointa vastausvaihtoehtoa ja loput kaksi olivat kyllä-ei -kysymyksiä. Kyselyllä haluttiin kartoittaa henkilöstön kokemuksia ja asenteita alkoholin käytön puheeksiottoon, ja käyttävätkö he kirjallisia materiaaleja puheeksioton tukena tai mittareita asiakkaan alkoholin käytön arvioinnissa. Lisäksi haluttiin tietää, onko henkilöstö osallistunut alkoholiin liittyvään koulukseen ja kokevatko he tarvitsevansa lisää koulutusta. Myös kokemuksia ohjeistusten selkeydestä asiakkaan alkoholin käytöstä kirjaamiseen haluttiin tietää, sekä toiveita puheeksioton ohjeistuksille.

Webpropol-kyselyn tein ensin word-ohjelmalla ja kyselyn muokkausten jälkeen siirsin sen webpropol-sovellukseen. Kyselyn tekniseen toteuttamiseen sain apua Kouvolan kaupungin hyvinvointipalvelujen viestintäkoordinaattorilta. Näin varmistin, että kysely onnistuu teknisesti oikein, koska en ollut aiemmin webpropol-kyselyä toteuttanut. Saatteen ja linkin webpropol-kyselyyn laitoin kotihoidon hoitotyön vastaavalle sähköpostitse ja jakelu henkilöstölle (322) tapahtui hänen kauttaan. Vastausajaksi määrittelin kaksi viikkoa kuten asiakaskyselyynkin, mutta vastausaikaa pidennettiin kolmella päivällä jakelun viivästymisen ja alhaisen vastausmäärän vuoksi. Kyselyyn vastasi 73/322 henkilöstön jäsentä ja 29 oli avannut kyselyn siihen vastaamatta. Kyselyiden tulosten purkuun käytin webpropol-sovelluksen omaa raportointia. Tuloksia tarkastelin prosentuaalisesti vastaajien kokonaismäärästä ja vertailua tein taustamuuttujien mukaan, eli ikäryhmittäin ja työskentelyajan mukaan. Ammattiryhmittäin vertailua ei ollut perusteltua tehdä eri ryhmien vähäisen vastaajamäärän vuoksi. Henkilöstökysely saatekirjeineen on liitteenä (Liitteet 3 ja 4).

### 6.3 Toimintamallin luominen

Kyselyjen tulosten purkamisen ja analysoinnin sekä päihde- ja mielenterveystiimille ja hoitotyön vastaavalle esittelyn jälkeen sovittiin, että toimintamallin suunnittelu tehdään pienemmällä kokoonpanolla. Yhdessä katsottiin

riittäväksi, että jokaiselta kotihoidon alueelta toimintamallin suunnitteluun osallistuu ainakin yksi päihde- ja mielenterveystiimin jäsen, eli yhteensä vähintään kolme henkilöä opinnäytetyön tekijän lisäksi. Suuremman kokoonpanon saaminen kasaan koettiin myös liian haastavaksi.

Toimintamallin kehittämiseksi tapasin 5-6 päihde- ja mielenterveystiimin jäsentä kahdessa tapaamisessa joulukuussa 2016 ja tammikuussa 2017, jolloin tapasin myös hoitotyön vastaavaa. Hän antoi lopullisen hyväksynnän toimintamallille sen valmistuttua. Toimintamallin suunnittelun pohjana toimivat aiheen tietoperusta, Kotkan toimintamalli, kyselyjen ja ryhmäkeskustelujen tulokset sekä tiimin käytännön työn kokemukset ja toiveet toimintamalliin.

Ensimmäisellä tiimin tapaamisella osallistujia viritettiin aiheeseen antamalla alkuun luettavaksi keskeisiä kohtia tietoperustasta. Sen jälkeen käytiin läpi asioita, joita toimintamalliin haluttiin sisällyttää ja missä muodossa. Toimintamalliin valittiin asiakkaan alkoholin käytön arvioinnin tueksi mittarit helpottamaan puheeksiottoa ja varmistamaan, ettei arviointi jäisi pelkäämään työntekijän omien valmiuksien varaan. Audit ja Audit-c -testit valikoituivat mittareiksi Audit-testin suurimman tunnettavuuden vuoksi, muiden mahdollisten mittareiden ollessa vähemmän tuttuja. Huolta herättävää alkoholin käyttöä havaittaessa tai epäiltäessä, katsottiin kirjallisen materiaalin tuki puheeksiotolle tarpeelliseksi. Myös asiakkaalle tarvittaessa jätettävä materiaali katsottiin tarpeelliseksi. Jo aiemmissa tiimin tapaamisissa oli ollut puhetta kirjallisen materiaalin tilaamisesta ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksioton tueksi, mutta suunnittelutapaamisessa ei ollut vielä varmuutta tilatusta materiaalista.

Toimintamalliin päätettiin sisällyttää selkeästi ja mahdollisimman yksinkertaisesti mutta kattavasti ohjeita ja tietoutta henkilöstölle tiiviissä muodossa. Esittämismuotoa pohdittiin myös yhdessä. Opinnäytetyön tekijä koosti toimintamallin ensimmäisen suunnittelutapaamisen jälkeen ja hoitotyön vastaavan tapaamisessa käytiin läpi suunniteltua toimintamallia ja sen käyttöönoton suunnitelmaa. Tällöin varmistui, että kotihoitoon oli tilattu Yli 65-

vuotiaiden alkoholimittari, Alkoholinkäytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille. Näin ollen toimintamalliin otettiin henkilöstön puheeksioton tueksi käyttöön tämä materiaali, ja tarvittaessa asiakkaalle jätettävä materiaali jäi vielä selvitykseen.

Toisessa tiimin tapaamisessa viimeisteltiin toimintamalli ja tällöin oli jo hoitotyön vastaavalta saatu tieto, että asiakkaille tarvittaessa jätettäväksi materiaaliksi saadaan tilattua Yli 65-vuotiaan alkoholin käytön itsearviointin mittari. Tapaamisessa käytiin läpi käyttöön tulevat kirjalliset materiaalit alustavasti ja keskusteltiin toimintamallin käyttöönoton suunnitelmasta.

Toimintamallin käyttöönotto suunniteltiin toteutettavaksi kotihoidon tiimivastaavien kautta maaliskuussa 2017. Opinnäytetyön tekijä, hoitotyön vastaava ja päihde- ja mielenterveystiimi esittelevät tiimivastaaville toimintamallin, Audit-testin ja käyttöön tulevat puheeksioton kirjalliset materiaalit, Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin ammattihenkilöille sekä Yli 65-vuotiaan alkoholin käytön itsearviointin mittarin. Tiimivastaavat käyvät tämän jälkeen tiimiensä työntekijöiden kanssa toimintamallin materiaaleineen läpi ja toimintamalli otetaan käyttöön heti tämän jälkeen.

## 7 KEHITTÄMISHANKKEEN TULOKSET

### 7.1 Henkilöstökyselyn tulokset

Henkilöstökyselyyn vastasi 73/322 työntekijää, eli vastausprosentiksi muodostui 23. Vastaajista 92% (n=67) oli lähihoitajia, 4% (n=3) sairaanhoitajia ja 4% (n=3) muita. Koska sairaanhoitajia ja muita oli kumpiakin vain 3, en mahdollisen tunnistettavuuden vuoksi käsittele vastauksia ammattikohtaisesti. Henkilöstökyselyn kokonaistulokset ovat liitteenä (Liite 5).

Vastaajista suurin osa oli 35-44 -vuotiaita (32%) ja vähiten 18-24 -vuotiaita (6%). Suurin osa vastaajista oli työskennellyt kotihoidossa 1-5 vuotta (34%). Seuraavaksi eniten oli 11-20 vuotta kotihoidossa työskennelleitä (22%) ja 6-10 vuotta työskennelleitä (21%). Vähiten vastaajissa oli yli 20 vuotta kotihoidossa työskennelleitä (15%) ja alle vuoden työskennelleitä (8%). Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2) ilmenevät vastaajat ikäryhmittäin ja työskentelyajan mukaan.

TAULUKKO 2. Vastaajien ikäryhmä ja työskentelyaika kotihoidossa

	18-24	25-34	35-44	45-54	Yli 55
Alle 1 v.	50	7	4	5	7
1-5 v.	50	72	13	28	36
6-10 v.		14	26	28	14
11-20 v.		7	48	17	7
Yli 20 v.			9	22	36
%	100	100	100	100	100
n	4	14	23	18	14

Suurin osa vastaajista oli täysin samaa mieltä (52%) tai jokseenkin samaa mieltä (44%) siitä, että asiakkaan alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu kotihoidon työntekijän toimenkuvaan. Vain yksi prosentti vastaajista oli jokseenkin eri mieltä siitä, että alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu kotihoidon työntekijän toimenkuvaan.



Yli puolet kaikista vastaajista oli täysin samaa mieltä (19%) tai jokseenkin samaa mieltä (38%) siitä, että kokee ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön puheeksioton mielekkääksi. Reilu viidesosa kaikista vastaajista (22%) ei osannut sanoa kokeeko sen mielekkääksi, ja viidesosa kaikista vastaajista oli täysin eri mieltä (4%) tai jokseenkin eri mieltä (16%) siitä, että kokee puheeksioton mielekkääksi. Ikäryhmittäin puolet 18-24 -vuotiasta ei osannut sanoa kokeeko puheeksioton mielekkääksi, mutta puolet tästä ikäryhmästä oli jokseenkin samaa mieltä puheeksioton mielekkyydestä. Suurin osa yli 55-vuotiaista (43%) oli täysin samaa mieltä, tai jokseenkin samaa mieltä (37%) puheeksioton mielekkyydestä. Suurin prosentuaalinen osa 35-44 -vuotiaista vastaajista (48%) oli myös jokseenkin samaa mieltä puheeksioton mielekkyydestä. Iso osa 25-34 -vuotiaista oli joko jokseenkin samaa mieltä (43%) tai jokseenkin eri mieltä (43%) puheeksioton mielekkyydestä. Suurin prosentuaalinen osa 45-54 -vuotiaista vastaajista ei osannut sanoa kokeeko puheeksioton mielekkääksi (39%).

Suurin osa yli 20 vuotta kotihoidossa työskennelleistä oli joko täysin samaa mieltä (46%) tai jokseenkin samaa mieltä (27%) puheeksioton mielekkyydestä. Muuten mielekkyyden kokemukset jakaantuivat paljon työskentelyaikaryhmittäin eri vastausvaihtoehtojen kesken. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 3) ilmenee vastausjakauma työskentelyajan mukaan.

TAULUKKO 3. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen kotihoidon ikääntyneen asiakkaan kanssa on minusta mielekästä.

	Aika, jonka olette työskennellyt Kouvolan kotihoidossa?				
	Alle vuoden (N=6)	1-5 vuotta (N=25)	6-10 vuotta (N=15)	11-20 vuotta (N=16)	Yli 20 vuotta (N=11)
Täysin samaa mieltä	16,67%	12%	7%	25%	46%
Jokseenkin samaa mieltä	16,67%	40%	53%	37%	27%
En osaa sanoa	50%	24%	13%	19%	18%
Jokseenkin eri mieltä	16,67%	24%	20%	13%	0%
Täysin eri mieltä	0%	0%	7%	6%	9%

Suurin prosentuaalinen osa kaikista vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä (44%) siitä, että kokee alkoholin käytön puheeksi ottamisen ikääntyneen asiakkaan kanssa vaikeaksi. Jokseenkin eri mieltä oli 33 prosenttia kaikista vastaajista ja täysin eri mieltä 10 prosenttia. Ikäryhmittäin yli puolet 35-44 -vuotiaista (52%) ja 45-54 -vuotiaista (66%) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että kokee puheeksioton vaikeana. Suurin osa yli 55-vuotiaista oli jokseenkin (50%) tai täysin eri mieltä (21%) siitä, että kokee puheeksioton vaikeana. Kolmasosa alle vuoden kotihoidossa työskennelleistä ei osannut sanoa kokeeko puheeksioton vaikeana. Suurin osa 6-10 vuotta työskennelleistä (60%), yli 20 vuotta työskennelleistä (55%), sekä suurin prosentuaalinen osa 11-20 vuotta työskennelleistä (44%) oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että kokee puheeksioton vaikeana. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 4) ilmenee vastausjakauma ikäryhmittäin.

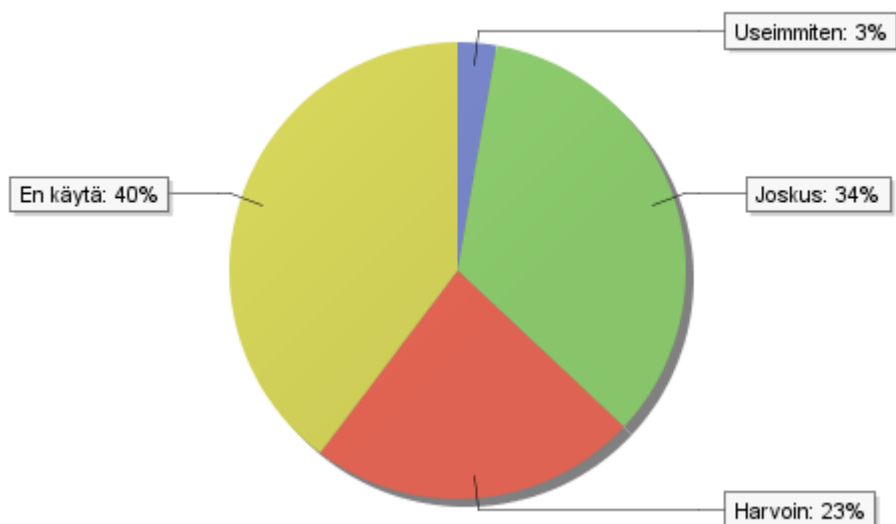
TAULUKKO 4. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen kotihoidon ikääntyneen asiakkaan kanssa on mielestäni vaikeaa.

	Ikäanne?				
	18 - 24 -vuotias (N=4)	25 - 34 -vuotias (N=14)	35 - 44 -vuotias (N=23)	45 - 54 -vuotias (N=18)	yli 55-vuotias (N=14)
Täysin samaa mieltä	0%	14%	4%	0%	8%
Jokseenkin samaa mieltä	25%	29%	52%	66%	21%
En osaa sanoa	50%	7%	0%	17%	0%
Jokseenkin eri mieltä	25%	43%	31%	17%	50%
Täysin eri mieltä	0%	7%	13%	0%	21%

Kirjallisia materiaaleja ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön puheeksi ottamisen tukena käytti kaikista vastaajista suurin prosentuaalinen osa harvoin (48%). Noin viidenosa vastaajista käytti kirjallisia materiaaleja joskus (21%) ja vain pieni osa useimmiten (6%). Vastaajista ne, jotka eivät käyttäneet kirjallisia materiaaleja puheeksi ottamisen tukena (26%), saivat

kertoa vapaasti mikseivät käytä. Yleisimpiä syitä olivat, ettei niitä ole saatavilla tai niistä ei ole ollut tietoa.

Suurin prosentuaalinen osa kaikista vastaajista ei ollut käyttänyt mittareita ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön arvioinnin tukena (40%). Seuraavassa kuviossa (Kuvio 5) näkyy vastausjakauma kokonaistuloksista. Ikäryhmittäin suurin osa yli 55-vuotiasta (64%) ja 45-54 -vuotiaista (56%) ei käyttänyt mittareita, muissa ikäryhmissä mittareita käyttämättömien osuuksien ollessa 0-36%. Työskentelyajoittain tarkasteltuna suurin osa 6-10 vuotta työskennelleistä (60%) ei käyttänyt mittareita, muissa työskentelyikäryhmissä mittareita käyttämättömien osuuden ollessa 19-45%.



KUVIO 5. Käytättekö ikääntyneen alkoholin käytön arvioinnin tukena erilaisia mittareita, kuten AUDIT?

Noin neljäsosa kaikista vastaajista oli täysin samaa mieltä (4%) tai joksseenkin samaa mieltä (21%) siitä, että kotihoidossa on selkeät ohjeet asiakkaan alkoholin käytöstä kirjaamiseen. Yli puolet vastaajista oli joksseenkin eri mieltä (38%) tai täysin eri mieltä (14%) siitä, että ohjeet kirjaamiseen ovat selkeät. Yli viidesosa ei osannut sanoa (22%).

Suurin osa kaikista vastaajista (73%) koki tarvitsevansa kotihoidossa selkeitä ohjeita asiakkaan alkoholin käytön puheeksiottoon, mutta yli neljäsosa ei kokenut niitä tarvitsevansa (27%). Ikäryhmittäin (64-78%) ja työskentelyajoittain (55-94%) tarkasteltuna myös suurin osa koki tarvitsevansa selkeitä ohjeita puheeksiottoon.

Yli puolet kaikista vastaajista (63%) ei ollut osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen ja suurin prosentuaalinen osa lopuista vastaajista (15%) oli osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen yli 5 vuotta sitten. Noin viidenosa vastaajista oli osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen vuoden sisällä (8%) tai 1-5 vuoden aikana (14%). 11-20 vuotta työskennelleistä suurin prosentuaalinen osa (38%) oli osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen yli 5 vuotta sitten. Muista työskentelyaikaryhmistä suurin osa ei ollut koulutukseen osallistunut (60-91%). Yli 20 vuotta työskennelleistä 91 prosenttia ei ollut osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen. Suurin osa jokaisesta ikäryhmästä ei ollut osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen. Vastanneista eniten viiden vuoden sisällä alkoholiin liittyvään koulutukseen olivat osallistuneet 35-44 -vuotiaat (34%). Seuraavassa taulukossa (Taulukko 5) ilmenee vastausjakauma ikäryhmittäin.

TAULUKKO 5. Oletteko osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen?

	Ikäanne?				
	18 - 24 -vuotias (N=4)	25 - 34 -vuotias (N=14)	35 - 44 -vuotias (N=23)	45 - 54 -vuotias (N=18)	yli 55-vuotias (N=14)
Kyllä, vuoden sisällä	0%	7%	17%	0%	7%
Kyllä, 1-5 vuoden aikana	25%	0%	17%	17%	14%
Kyllä, yli 5 vuotta sitten	0%	7%	22%	17%	14%
En ole osallistunut	75%	86%	44%	66%	65%

Yli puolet kaikista vastaajista koki tarvitsevansa lisää koulutusta erityisesti ikääntyneen alkoholin käyttöön liittyen (58%). Loput vastaajista eivät kokeneet tarvitsevansa lisää koulutusta (42%). Kaikki 18-24 -vuotiaista vastaajista, 65 prosenttia 35-44 -vuotiaista, puolet 45-54 -vuotiaista, ja 57 prosenttia yli 55-vuotiaista kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta. 25-34 -vuotiaista alle puolet (43%) koki tarvitsevansa lisää koulutusta ikääntyneen alkoholin käyttöön liittyen. Suurin osa 11-20 vuotta työskennelleistä (81%) ja 6-10 vuotta työskennelleistä (60%) koki tarvitsevansa lisää koulutusta. Alle vuoden työskennelleistä puolet koki tarvitsevansa lisää koulutusta, yli 20 vuotta työskennelleistä 55 prosenttia, ja 1-5 vuotta työskennelleistä 44 prosenttia.

Ne vastaajista, jotka kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta, saivat kertoa avoimesti, minkälaista koulutusta tarvitsisivat. Koulutusta tarvittiin vastaajien mielestä muun muassa yleisesti alkoholista ja lääkkeiden väärinkäytöstä, alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista, puheeksi ottamisesta, mittareiden käytöstä, sekä hoitoon hakeutumisesta paikkakunnalla. Koulutusta päihteenkäytöstä kirjaamiseen ja asiakkaan päihteettömyyteen motivoitiin koettiin tarvittavan, sekä selkeitä toimintaohjeita.

## 7.2 Asiakaskyselyn tulokset

Asiakaskyselyyn vastasi 16/30 kotihoidon asiakasta, eli vastausprosentiksi muodostui 53. Osaan kysymyksistä osa vastaajista oli jättänyt vastamatta, joten kysymyskohtainen vastaajamäärä ilmaistaan suluissa.

Vastaajista yksi (X) oli jättänyt sukupuolensa vastaamatta. Lopuista vastaajista (15) naisia oli 10 ja miehiä 5. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 6) näkyy vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma.

TAULUKKO 6. Vastaajien ikä- ja sukupuolijakauma

	Alle 65	65-74	75-84	Yli 85	Yhteensä
Naiset	1	1	4	4	10
Miehet		1	4		5
x				1	1
	1	2	8	5	16

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 7) ilmenee, että vastanneista (15) suurimmalta osalta (11) ei oltu kotihoidossa kysytty alkoholin käytöstä. Yksi vastaajista oli kirjoittanut, ettei muista oliko kysytty. Niistä, joilta oli kysytty alkoholin käytöstä, suurin osa oli naisia (3). Vastanneista (15) suurin osa (14) ei ollut saanut kotihoidolta kirjallisia ohjeita tai esitteitä alkoholin käyttöön liittyen, tai erityisesti ikääntyneen alkoholin käyttöön liittyvää materiaalia. Yksi oli kirjoittanut, ettei muista oliko niitä saanut.

TAULUKKO 7. Onko Teiltä kotihoidon asiakkaana ollessanne kysytty alkoholin käytöstänne?

	Alle 65	65-74	75-84	Yli 85	Yhteensä
Kyllä		N1 M1		N2	4
Ei	N1		N4 M3	N2 X1	11

Vastanneista (14) suurin osa (10) oli sitä mieltä, että alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu kotihoidon työntekijän tehtäviin. Yksi vastanneista oli kirjoittanut, ettei osaa sanoa ja yksi oli jättänyt vastaamatta. Alle kolmasosa (4) vastanneista oli sitä mieltä, ettei alkoholin käytöstä kysyminen kuulu kotihoidon työntekijän tehtäviin. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 8) näkyy vastausjakauma.

TAULUKKO 8. Kuuluuko mielestänne alkoholin käytöstä kysyminen kotihoidon työntekijöiden tehtäviin?

	Alle 65	65-74	75-84	Yli 85	Yhteensä
Kyllä	N1	N1	N4 M2	N2	10
Ei			M2	N1 X1	4

Niitä, joilta oli kotihoidossa kysytty alkoholin käytöstä, pyydettiin kyselyssä vastaamaan kolmeen lisäkysymykseen. Vastanneista (4) suurimmalta osalta (3) oli kysytty alkoholin käytöstä useammin kuin kerran, ja tilanteeseen oli liittynyt muutakin keskustelua tai suullista tiedon antamista ai-

heesta (3). Kysyttäessä alkoholin käytön kysymisestä useammin kuin kerran, oli yksi vastaaja kirjoittanut: "oluesta", ja toinen vastaaja: "tämä on ensimmäinen". Vastanneista kaikki neljä olivat kokeneet alkoholin käytöstä kysymisen herättäneen tunteita, että heistä ja heidän terveydestään ollaan kiinnostuneita. Suurin osa (3) vastanneista koki, että puheeksiotto oli tehty kunnioittavaan sävyyn. Osalle alkoholin käytöstä kysyminen ei ollut herättänyt erityisiä tuntemuksia ja osasta kysyminen tuntui kiusalliselle ja hermostuttavalle.

Vastanneista (16) suurin osa (15) ei toivonut saavansa lisää tietoa kotihoitolta ikääntyneiden alkoholin käytöstä. Suurin osa (12) ei myöskään toivonut saavansa lisää tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista ja riskeistä, mutta osa (4) toivoi tätä tietoa saavansa. Vastanneista (15) suurin osa (13) ei toivonut saavansa kirjallista materiaalia ikääntyneiden alkoholin käytöstä puheeksioton yhteydessä. Yksi oli jättänyt vastaamatta tähän kohtaan. Kahteen kyselylomakkeeseen oli lisäksi kirjoitettu, ettei vastaaja käytä alkoholia.

### 7.3 Yhteenvetoa tuloksista

Vertailtaessa henkilöstökyselyn tuloksia ikäryhmittäin ja kotihoidossa työskentelyajan mukaan, nousee niiden välillä joitakin eroavaisuuksia esiin. Lähes kaikki olivat kuitenkin jokseenkin tai täysin samaa mieltä siitä, että asiakkaan alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu kotihoidon työntekijän toimenkuvaan.

Mielekkyyden kokemukset ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotosta jakautuivat sekä ikäryhmittäin, että työskentelyajoittain melko paljon. Noin neljäsosa sekä 1-5 vuotta työskennelleistä, että 6-10 vuotta työskennelleistä eivät kokeneet puheeksiottoa mielekkäänä. Kuitenkin kaikista yli vuoden työskennelleistä yli puolet koki puheeksioton mielekkäänä, joista yli 55-vuotiasta suurin osa (79%). Puheeksioton mielekkyyden kokemuksesta melko suuri osa ei osannut sanoa, kuten kaikista vastaajista 22 prosenttia, puolet 18-24 -vuotiasta ja puolet alle vuoden työskennelleistä.

Yli 55-vuotiaista selvästi suurempi osa (71%) kuin muissa ikäryhmissä (17-50%), ei kokenut alkoholin käytön puheeksi ottamista ikääntyneen asiakkaan kanssa vaikeana. Kuitenkin suurin osa (55%) yli 20 vuoden työkokemuksen omaavista koki puheeksioton vaikeaksi, kuten iso osa 6-10 ja 11-20 vuotta työskennelleistäkin. Puolet 18-24 -vuotiasta ja kolmasosa alle vuoden työskennelleistä ei osannut sanoa kokeeko puheeksiottoa vaikeana, kun muista ikäryhmistä ja työskentelyaikaryhmistä pääsääntöisesti alle 10 prosenttia ei osannut sanoa.

Ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön arvioinnissa käytettiin kaikissa ikä- ja työskentelyaikaryhmissä mittareita melko vähän, mutta vähiten ikäryhmittäin tarkasteltuna kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä. Myös muuta kirjallista materiaalia puheeksioton tukena käytettiin kokonaisuudessaan harvoin.

Kaikki kyselyn 18-24 -vuotiasta kokivat tarvitsevansa lisää koulutusta erityisesti ikääntyneiden alkoholin käyttöön liittyen. Yli puolet 24-35 -vuotiaista ei kokenut tarvitsevansa lisää koulutusta, vaikka suurin osa heistä ei ollut saanut koulutusta. 35-44 -vuotiaista vastanneista suurin osa (66%) ei ollut saanut alkoholikoulutusta tai koulutuksesta oli yli 5 vuotta, ja suurin osa koki sitä tarvitsevansakin (65%). 45-54 -vuotiasta myöskään suurin osa (83%) ei ollut saanut alkoholikoulutusta tai siitä oli yli 5 vuotta, mutta vain puolet koki tarvitsevansa koulutusta. Myöskään yli 55-vuotiaista suurimmalla osalla (79%) ei ollut alkoholikoulutusta tai siitä oli yli 5 vuotta, ja koulutusta koki tarvitsevansa vain vähän yli puolet (57%). Työskentelyajoittain tarkasteltuna reilusti yli puolet kaikista yli 6 vuotta työskennelleistä koki tarvitsevansa lisää koulutusta ikääntyneen alkoholin käyttöön liittyen, eniten 11-20 vuotta työskennelleet (81%). Vähemmän aikaa työskennelleistäkin puolet tai vähän alle koki tarvitsevansa lisää koulutusta.

Kokemukset kotihoidon ohjeistusten selkeydestä asiakkaan alkoholin käytöstä kirjaamiseen olivat vastausten mukaan melko vaihtelevat. Selkeitä ohjeita ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön puheeksiottoon koki tarvitsevansa suurin osa kaikista vastaajista myös ikä- ja työskentelyaikaryhmittäin.



Kuten henkilöstökyselyssä, myös asiakaskyselyyn vastanneista suurimman osan mielestä alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu kotihoidon työntekijän toimenkuvaan. Vain pieneltä osalta vastanneista oli kotihoidossa kuitenkin kysytty alkoholin käytöstä. Kysyminen oli tehty kunnioittavaan sävyyn ja kysyminen herätti pääasiassa asiakkaassa tunteita, että hänestä ja hänen terveydestään ollaan kiinnostuneita.

Vaikka suurin osa vastanneista ei halunnut lisää tietoa ikääntyneen alkoholin käytöstä yleisesti, eikä kirjallista materiaalia siihen liittyen, vähän useampi toivoi saavansa tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista.

#### 7.4 Ryhmäkeskustelut

Ryhmäkeskusteluja kotihoidon mielenterveys- ja päihdetiimin sekä kotihoidon vastaavan kanssa käytiin kotihoidon asiakkaiden alkoholin käytön puheeksioton tilanteesta ja keskeisistä kehittämiskohdista kevään ja syksyn 2016 aikana yhteensä kolmessa eri tapaamisessa. Tapaamisiin osallistui hoitotyön vastaava, sekä vaihtelevasti päihde- ja mielenterveystiimin jäsenistä kahdesta kuuteen henkilöä. Keskustelut käytiin osana tiimin säännöllisiä tapaamisia.

Keskusteluissa tuotiin esiin, että iäkkäiden alkoholin käytöstä kysyttäessä henkilöstö kokee toisinaan asiakkaan vähättelevän käyttöönsä tai jopa valehtelevan siitä. Iäkkäät ottavat kokemuksen mukaan alkoholia usein myös lääkkeeksi ja henkilöstölle olisi tärkeää avata, mitä tämä käytännössä tarkoittaa.

Vaikka työssä on kiire, koettiin että haluttaessa aikaa keskustelulle kuitenkin on, ja että puheeksiotto on paljon kiinni omasta asenteesta. Koettiin tärkeäksi, että asiakkaan historia tunnetaan, joka saattaa avata myös alkoholin käytön syitä. Oleellisia kysymyksiä saattavatkin olla, missä tilanteessa ja miksi alkoholia käytetään. Keskustelussa pohdittiin, haluavatko toiset työntekijät edes tuntea asiakkaan taustoja. Koettiin, että alkoholin käytön puheeksiotto on tärkeää, ei niinkään se mitä asiakas siihen vastaa.

Pelkkä asian puheeksi ottaminen saattaa herättää asiakkaan ajattelemaan omaa alkoholin käyttöönsä.

Keskustelussa päihde- ja mielenterveysasiakkaista kotihoidossa, koettiin, että päihde- ja mielenterveystiimille asetetaan kohtuuttomia odotuksia niin omaisten kuin muiden hoitajien puolelta näiden asiakkaiden hoitamista kohtaan. Tiimin asiakaskäynnit perustuvat aina vapaaehtoisuuteen ja asiakas päättää haluaako hän tiimin työntekijän tapaamista. Asiakkaan itsemääräämisoikeus koettiin keskeiseksi asiaksi. Keskustelussa tuotiin esiin, että omaisilla saattaa olla joskus kielteinen asenne asiakkaan päihteiden käyttöön liittyvään tuen tarpeeseen, joka saattaa luoda haasteita päihdetyön toteuttamiselle. Tiimi toteuttaa myös tavanomaista kotihoitoa ja päihdeasiakkaiden tapaamisten tarve vaihtelee.

Keskusteluissa nähtiin kotihoidon haasteina negatiiviset asenteet asiakkaan alkoholiongelmia kohtaan, näiden asiakkaiden kohtaamisen vaikeus ja tiedon puute niin päihdeongelmista kuin mielenterveystilanteista. Näiden suhteen tiimeissä ja alueissa koettiin paljon eroja. Hoitajien vaihtuvuus koettiin ongelmaksi. Koettiin, että päihdeasiakkaiden hoito jää liikaa toisten hoitajien harteille, vaikka kaikilla pitäisi olla valmius kohdata kaikenlaisia asiakkaita. Ammatillisissa peruskoulutuksissa koettiin eroja, joka näkyy valmiuksissa kohdata päihdeasiakkaita.

Kotihoidossa on ohjeistus päihtyneen asiakkaan kohtaamiseen, joka sisältää toimintaohjeita tilanteeseen, jossa asiakas tavataan kotikäynnillä päihtyneenä. Muuta ohjeistusta tai yhtenäistä toimintatapaa asiakkaan alkoholin käytön puheeksiottoon ei ole. Keskusteluissa tuotiin esiin, että asiakkaan alkoholin käytöstä kirjaamisen käytännöt myös vaihtelevat. Tiimi koki, että asiakkaiden päihteiden käytöstä kyllä pääsääntöisesti kirjataan. Kirjaukset ongelmallisesta alkoholin käytöstä hukkuvat helposti päivittäiskirjausten sekaan, eikä tieto saavuta syystä tai toisesta esimerkiksi uutta työntekijää. Näin yllättävät tilanteet asiakaskäynnillä ovat mahdollisia. Keskusteluissa nousi esiin vahvasti henkilöstön koulutuksen tarve niin alkoholista, lääkkeistä kuin päihteiden käytön puheeksiotosta.

## 7.5 Toimintamalli

Jokaiselle kotihoidon ikääntyneelle asiakkaalle tehdään alkoholin käytön arviointi osana RAI-arviointijärjestelmää. Koska RAI-arvioinnissa nykyisellään päihteenkäyttöä ei kysytä kuin kyllä-ei -kysymyksellä, lisätään AUDIT-testi kokonaistilanteen kartoitukseen. RAI-arviointi tehdään asiakkaille ensimmäisen kahden viikon arviointijakson aikana, sekä puolen vuoden välein. Pääsääntöisesti arvioinnin tekee asiakkaan omahoitaja luottamuksellisen hoitosuhteen rakentuessa, mutta tarpeen vaatiessa arvioinnin voi tehdä kuka tahansa työntekijä. Luottamuksellinen hoitosuhde luo kuitenkin hyvän pohjan mahdollisesti vaikeistakin asioista puhumiselle.

RAI-arvioinnin yhteydessä tehdään ensin AUDIT-C, eli Audit-testin kysymykset 1-3. Jos nämä kysymykset aiheuttavat huolta asiakkaan alkoholin käytöstä, tai pisteitä tulee 4 tai enemmän, tehdään AUDIT-testi kokonaan. Ikääntyneillä AUDIT-C -testissä riittävän herkkä pisteraja on 4 ja AUDIT-testissä 5. Tärkeää on, että kysymykset selitetään asiakkaalle ja tarkennetaan myös alkoholin lääkkeellinen käyttö ja mitä alkoholia asiakas juo. Alkoholimittarit eivät anna luotettavia tuloksia vakavasti muistisairailta, joten tällöin muut havainnot, seuranta, ja keskustelu omaisten kanssa ovat keskeisessä roolissa.

Tehtyjen AUDIT-C ja AUDIT -testien pisteet merkitään potilastietojärjestelmän päivittäismerkintöihin sekä kotihoidon HOIPIS-lehdelle. Päivittäismerkintöihin kirjataan myös muutoin asiakkaan päihteiden käyttöön liittyvät oleelliset asiat. Jos ongelmakäyttöä havaitaan, tieto välitetään myös suullisesti kyseisen alueen sairaanhoitajalle, esimiehelle tai päihde- ja mielen-terveystiimin jäsenelle. Näin tärkeät tiedot asiakkaan mahdollisesta päihteiden käytöstä tai ongelmakäytöstä eivät jää pelkästään kirjausten varaan. Päihteiden käyttö otsikkona olisi tärkeä saada lisättyä myös valmiisiin kirjaamisen fraaseihin, jotta alkoholin ja muiden päihteiden käyttö tulisi osaksi potilaan säännöllistä seurantaa samoin kuin esimerkiksi ravitsemus, nukkuminen ja liikkuminen. Näin tiedot myös löytyisivät helpommin kirjauksista.

Jos asiakkaalla on huolestuttavaa alkoholin käyttöä, tai siitä herää epäily, käydään asiakkaan kanssa keskustelua Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin, Alkoholinkäytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille, avulla. Jos asiakas ei ole halukas keskusteluun, mutta huoli hänen alkoholin käytöstään on, jätetään asiakkaalle Yli 65-vuotiaiden mittari alkoholin käytön itsearviointiin. Näin hän voi halutessaan tutustua siihen itsenäisesti ja saada tärkeää tietoa, joka saattaa herättää myöhemmin halun keskustella aiheesta tai näkemään muutostarpeen omassa alkoholin käytössä. Keskustelua käydään kunnioittavaan ja tuomitsemattomaan sävyyn ja kielellä ja sanoin, jota asiakas ymmärtää.

Keskustelussa on tärkeää kartoittaa asiakkaan alkoholin käytön historiaa, joka voi avata alkoholin käytön syitä ja tilanteita, joissa asiakkaalla on tapana ottaa alkoholia. Korvaavien toimintojen pohtiminen yhdessä asiakkaan kanssa alkoholin käytön tilalle on helpompaa, jos tiedetään miksi asiakas juo ja missä tilanteissa. Mahdollisuuksien mukaan on hyvä keskustella myös asiakkaan omaisten kanssa asiakkaan alkoholin käytöstä. Näin voidaan saada tärkeää lisätietoa, varsinkin jos asiakas itse vähättelee tai aliarvioi käyttöönsä.

Jokainen kotihoidon työntekijä voi ottaa asiakkaan alkoholin käytön puheeksi ja tukea häntä tarvittaessa käytön vähentämisessä tai päihitteettömyydessä. Jos kokee tarvitsevansa apua tai tukea asiakkaan tilanteessa, on suositeltavaa ottaa yhteyttä oman alueen päihde- ja mielenterveystiimin jäseniin. Jäsenten ajantasaiset yhteystiedot päivitetään jokaisen alueen kahvihuoneen ilmoitustaululle.

Kotihoidon ikääntyneen asiakkaan päivittäisessä seurannassa on tärkeää kiinnittää huomiota asioihin, jotka saattavat kertoa mahdollisesta alkoholin käytöstä. Toimintamalliin on koottu tietoa joistakin mahdollisista terveydellisistä-, toimintakyvyn- ja käytösoireista, jotka saattavat viitata alkoholin käyttöön. Toimintamalliin on koottu myös tietoa joidenkin yleisesti käytettävien lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytön riskeistä, jotka on tärkeää huomioida.

Toimintamalli on tehty word-ohjelmalla, joten se on helposti tarvittaessa muokattavissa. Se suunniteltiin tallennettavaksi kotihoidon sähköiseen tietojärjestelmään asianmukaiselle asemalle, josta se on aina tarvittaessa tulostettavissa. Se suunniteltiin tulostettavaksi valmiiksi kotihoidon alueiden toimitiloihin sekä jokaiselle henkilöstön jäsenelle. Audit-testi suunniteltiin otettavaksi käyttöön valmiina tulostettavana versiona ja muut kirjalliset materiaalit tilattavina. Kun toimintamalli otetaan käyttöön, tulisi jokaisessa kotihoidon alueen toimitiloissa olla saatavissa Audit-mittareita sekä Yli 65-vuotiaiden alkoholimittareita ammattihenkilöille ja asiakkaille itsearviointiin. Toimintamalli on liitteenä (Liite 6).

## 8 POHDINTA

### 8.1 Kyselyjen ja niiden tulosten pohdintaa

Henkilöstökysely lähetettiin 322:lle kotihoidon asiakastyötä tekeväälle henkilöstön jäsenelle, jotta vastauksia saataisiin mahdollisimman kattavasti koko työyhteisöstä. Vastausprosentiksi muodostui 23. Tämä tuntui vähäiseltä määrältä, mutta kotihoidon kokemus aiemmista henkilöstölle tehdystä kyselyistä kertoo, että tämä on kohtuullinen vastausprosentti. Kokeemuksena on ollut, että hyvä tulos olisi noin 30 prosenttia. Kiire ja liikkuva työ voivat olla mahdollisia syitä vastaamatta jättämiseen, sekä se, ettei osallistumisesta koeta olevan hyötyä omaan työhön. Hirsjärven ym. (2009, 196) mukaan 30-40 prosenttia on yleinen vastausprosentti, mutta muistutuksilla saatetaan päästä korkeampaan vastausprosenttiin. Tässä kyselyssä vastaamisesta muistutettiin esimiesten kautta vastausaikaa pidentäessä. Kuitenkin lukumäärällisesti vastaajia oli 73, joten vastauksia voi yleistää koskemaan Kouvolan kotihoidon henkilöstön kokemuksia ja asenteita ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotosta. Jokainen toimintaympäristö on kuitenkin omanlaisensa, joten tuloksia ei voi suoraan laajemmin yleistää. Saadut tulokset tuottavat paljon tietoa paikalliseen jatkokehittämiseen ja koulutustarpeisiin.

Henkilöstökyselyn tuloksista voidaan nähdä joitakin ikään ja työskentelyaikaan liittyviä eroavaisuuksia. Kyselyyn vastanneista yli 55-vuotiaista suurempi osa kuin muissa ikäryhmissä ei kokenut alkoholin käytön puheeksiottoa asiakkaan kanssa vaikeana ja suurin osa yli 55-vuotiaista koki myös asiakkaan alkoholin käytöstä kysymisen mielekkäänä. Kuitenkin yli 20 vuotta kotihoidossa työskenneistä suurin osa koki puheeksoton vaikeana, vaikkakin mielekkäänä. Tuloksia voi pohtia sen kautta, mitä Crottersin ja Dorrianin (2011, 7–8) tutkimuksessa tuodaan esiin, että muun muassa ikä ja kokemus vaikuttavat hoitohenkilökunnan asenteisiin kohdata päihdeasiakkaita, ja että iäkkäämmät hoitajat suhtautuvat vähemmän pessimistisesti alkoholiongelmaisiin. Tässä kyselyssä ei kysytty sinänsä asenteita päihdeasiakkaan kohtaamiseen, mutta tulokset osoittavat, että

suurin osa iäkkäämmistä ja pidempään kotihoidossa työskennelleistä kokee puheeksioton mielekkäänä.

Vaikka suurin osa kyselyn yli 55-vuotiasta ei kokenut puheeksiottoa vaikeana, jostain syystä suurin osa pitkän kotihoidon työkokemuksen omaavista koki. Heikkilän (2012, 43) pro gradu -tutkielmassa puolet yli 20 vuotta työskennelleistä koki osaavansa ottaa asiakkaan päihdeongelman puheeksi melko huonosti tai jonkin verran. Vaikka kyseessä oli päihdeongelman puheeksiotto, ja tässä kyselyssä alkoholin käytön puheeksiotto yleensä, on hyvä pohtia henkilöstön päihdekoulutustarpeita niin yleisesti kuin mahdollisesti ikäryhmittäin. Useat tutkimukset osoittavat koulutuksen parantavan henkilöstön asenteita päihdeasiakkaita kohtaan (Vadlamudi ym. 2008, 296; Nehlin ym. 2012, 548; Soares ym. 2013, 1177).

Tässä kyselyssä puolet 18-24 -vuotiaista ei osannut sanoa puheeksioton mielekkyydestä tai vaikeudesta, eikä puolet alle vuoden työskennelleistä osannut sanoa puheeksioton mielekkyydestä eikä kolmasosa sen vaikeudesta. Epävarmuus voi kertoa mahdollisesti nuoruudesta ja työkokemuksen vähyydestä. Jo lyhyellä päihdekoulutuksella voidaan vaikuttaa myös itseluottamukseen, kuten Vadlamudin ym. (2008, 296) tutkimuksessa sairaanhoitajaopiskelijoilla.

Henkilöstökyselyssä tuli esiin, että mittareita asiakkaan alkoholin käytön arvioinnin tukena käytetään eniten joskus, harvoin tai ei lainkaan. Strukturoidut kyselyt ovat tutkimusten mukaan kuitenkin yksi osa alkoholin käytön arviointia, ja Audit-testi tehokas tapa seuloa ongelmakäyttöä (Käypä Hoito -suositus 2015, 7). AUDIT-testin toimivuutta ja eri pisterajoja ikääntyneillä on tutkittu ja perusteltu eri tutkimuksissa (Aalto ym. 2011, 884; Källmén ym. 2014, 7–8; Draper ym. 2015, 164). Koulutuksella voitaisiin mahdollisesti saada mittareiden käyttöä lisättyä, kuten Nilsenin ym. (2011, 477) tutkimuksessa, jossa hoitohenkilöstön Audit-testin käyttö lisääntyi reilusti alkoholiin ja sen käytön arviointiin liittyvän koulutuksen myötä. Mittareiden ja kirjallisten materiaalien käytön vähyyteen vaikuttaa varmasti niiden saataavuus, ja kuten kyselyissä ilmeni, ei niitä vastaajien mukaan ole ollut saatavilla tai niistä ei ole ollut tietoa.

Henkilöstökyselyn vastausten mukaan alkoholiin liittyvää koulutusta oli saanut vain alle puolet vastaajista ja vain noin viidenosa vastaajista viiden vuoden sisällä. 18-24 -vuotiaista 75% sekä 25-34 -vuotiaista jopa 86% ei ollut saanut alkoholiin liittyvää koulutusta, jotka ikäryhminä ovat todennäköisesti viimeisimmiksi ammatillisen peruskoulutuksen saaneita. Tämä vastaa aikaisempien tutkimusten kertomaa siitä, ettei suuri osa hoitohenkilökunnasta ole saanut päihdekoulutusta ammatillisessa koulutuksessaan (Crothers & Dorrian 2011, 5; Soares ym. 2014, 1176).

Nilsenin ym. (2011, 476) ruotsalaistutkimuksessa koulutukseen ja oman tietonsa lisäämiseen olivat motivoituneimpia ne, jotka jo lähtökohtaisesti kokivat omaavansa hyvin alkoholitietoutta ja jotka olivat kiinnostuneita aiheesta. Tässä kyselyssä ei vastanneiden tietotasoa kysytty, tai kiinnostusta päihdeasioihin. Kokemus koulutuksen tarpeesta vaihteli ikäryhmittäin melko paljon, vaikka suurin osa ei ollut viime vuosina koulutusta saanut tai ei ollut saanut sitä lainkaan. Kohtuullisen suuren osan (42%) haluttomuus lisäkoulutukseen herättää kysymyksiä, verrattuna siihen, että suuri osa koki kuitenkin alkoholin puheeksioton vaikeana. Voiko koulutuksen ja osaamisen puutteella perustella itselleen esimerkiksi sitä, ettei tarvitse ottaa alkoholin käyttöä asiakkaan kanssa puheeksi, koska ei osaa? Jos haetaan koulutukseen, onko enemmän velvollinen ottamaan vaikean asian puheeksi? Toki varmasti kiireiset ja työntäyteiset työpäivät vähentävät osan koulutushalukkuutta yleisesti. Päihde- ja mielenterveystiimin sekä hoitotyön vastaavan kanssa keskusteluissa tuloksista todettiin, että päihde- ja mielenterveystyö ovat erikoisalvoja, jotka vaativat kiinnostusta, eivätkä kaikki voikaan kokea niitä omakseen.

Henkilöstökyselyssä kokemukset asiakkaan alkoholin käytön kirjaamisen ohjeistusten selkeydestä vaihtelivat paljon. Noin neljäsosa vastaajista koki, että ohjeet ovat selkeitä, mutta yli puolet vastaajista koki, etteivät ne ole selkeitä. Yli viidesosa ei osannut sanoa ohjeiden selkeydestä. Ohjeiden epäselvyys tai puutteellisuus voivat mahdollisesti vaikuttaa kirjaamiseen, ja kuten Taittosen (2011, 40–41) tutkimuksessa todetaan, voi kirjaamisen puutteellisuus vaikeuttaa alkoholin käytön puheeksiottoa sekä aiheuttaa yl-



lättäviä tilanteita kotikäynneillä, jos asiakkaan päihteenkäytöstä ei esimerkiksi uudella työntekijällä ole tietoa. Tämä yllättävien tilanteiden mahdollisuus johtuen puutteellisesta kirjaamisesta tai tiedonkulun ongelmista nousi esiin myös päihde- ja mielenterveystiimin keskusteluissa.

Asiakaskyselyyn vastasi yli puolet 30:stä asiakkaasta, joille kyselylomake lähetettiin, jota voidaan pitää hyvänä tuloksena. Määrällisesti vastauksia on kuitenkin niin vähän, ettei tuloksia voi yleistää. Yksi palautuskuori sisälsi kyselyn sijaan itse kirjoitetun kirjeen, jossa kyselyn aiheesta oli ainoastaan yksi tulkinnanvarainen kommentti, joten tätä vastausta ei voitu ottaa mukaan tuloksiin. Kaksi vastaajista oli kirjoittanut erikseen kyselyyn, ettei käytä alkoholia. Tätähän ei missään kohdassa kyselyä kysytty, joten on mielenkiintoista pohtia miksi tämä tieto on haluttu tuoda esiin. Onko alkoholi aiheena ikääntyneelle niin häpeää herättävä, että mahdollista leimaantumista alkoholin käyttäjäksi pyritään välttämään, vaikka kyselyyn vastattiin nimettömänä?

Asiakaskyselyn kysymys siitä, toivoisiko vastaaja kotihoidolta lisää tietoa ikääntyneiden alkoholin käytöstä, tunnistettiin jälkeenpäin päihde- ja mielenterveystiimin tapaamisessa hieman tulkinnanvaraiseksi. Saattaa olla, että asiakas on voinut tulkita kysymyksen niin, että jos hän vastaa kyllä, tulee joku kotihoidosta asiasta hänen kanssaan keskustelemaan. Kyselyyn vastattiin kuitenkin nimettömänä, joten tämä ei olisi ollut edes mahdollista. Mutta on kuitenkin mahdollista, että tämä tulkinnanvaraisuus on voinut vastausvaihtoehdon valintaan vaikuttaa.

Asiakaskyselystä jätettiin pois kysymys, onko asiakkaan kanssa kotihoidossa täytetty alkoholin käytön mittaria, kuten AUDIT. Päihde- ja mielenterveystiimi oli käytännön kokemuksellaan sitä mieltä, että asiakas ei välttämättä tietäisi, vaikka testi olisi tehty, jos se on täytetty keskustelun lomassa työntekijän toimesta. Kysymys alkoholin käytöstä kysymisestä kotihoidossa antoi riittävästi tietoa asiakkaiden kokemuksista, ja mittarin käytöstä kysyminen olisi voinut luoda ristiriitaisuutta tuloksiin. Mittarin käytöstä kysyttiin kuitenkin henkilöstöltä.

Asiakaskyselyssä sukupuolten välillä nousi joitakin eroavaisuuksia esiin, mutta vastaajamäärä muistaen, voidaan mahdollisia eroja vain pohdiskella. Heikkilän (2012, 43) pro gradu -tutkielmassa kolmasosa hoitohenkilöstöstä koki, että alkoholin käytön puheeksi ottaminen on helpompaa miespotilaiden kanssa. Tässä asiakaskyselyssä niistä, joilta oli alkoholin käytöstä kysytty, suurin osa oli naisia. Työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutussuhde on kuitenkin Shawn ja Palattiyilin (2008, 189) tutkimuksen mukaan keskeinen elementti asiakkaan tukemisessa alkoholiongelmien liittyen, joten voitane ajatella vuorovaikutussuhteen olevan mahdollisesti sukupuolta keskeisempi asia myös puheeksiotossa.

Suurin osa asiakaskyselyyn vastanneista koki, että alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu työntekijän tehtäviin, kuten aiemmissa tutkimuksissakin on noussut esiin (Aira & Haarni 2010, 580; Broyles ym. 2012, 727). Noin 20% potilaista kokee tutkimusten mukaan alkoholin keskusteluaiheena kiusallisenä (Broyles ym. 2012, 728), kuten osa tähänkin kyselyyn vastanneista. Tutkimusten mukaan (Aira & Haarni 2010, 581; Renko 2013, 153) potilaat toivoisivat alkoholin käytön puheeksioton olevan rutiininomaista kaikilta, joka voisi vähentää siihen liittyvää leimaa. Tässä kyselyssä suurin osa vastanneista koki sen kiinnostuksena häntä ja hänen terveyttään kohtaan, joka tukee ajatusta siitä, että asiakkaalta voi kysyä myös päihteiden käytöstä osana muuta tilanteen kartoitusta. Myös Heikkilän (2012, 44) pro gradu -tutkielmassa vastanneiden työntekijöiden kokemus oli, että suurin osa potilaista suhtautuu neutraalisti tai positiivisesti alkoholin käytön puheeksi ottamiseen.

Vaikka suurin osa tähän kyselyyn vastanneista asiakkaista ei toivonut saavansa kirjallista tietoa ikääntyneiden alkoholin käytöstä, kuitenkin neljäsosa vastanneista, tasapuolisesti miehiä ja naisia, toivoi saavansa tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista. Tutkimuksissa (Moore ym. 2007, 115; Ettner ym. 2014, 451, 454; Kuerbis ym. 2015, 4–6) on todettu kirjallisen tiedon parantavan yhdessä suullisen intervention kanssa tuloksia, ja tässä kehittämishankkeessa kirjallisen tiedon antaminen tarvittaessa asiakkaalle katsottiin perustelluksi.

## 8.2 Kehittämishankkeen arviointi

Tutkimuksellinen kehittämistoiminta vaatii prosessia arvioivaa ja suuntaavaa seuranta. Seuranta perustuu dokumentointiin, joka kohdistuu kehittämistoiminnan viralliseen toteutukseen, toiminnan kuvaukseen, epäviralliseen seurantaan sekä arviointiin. Dokumentteja voivat olla esimerkiksi erilaiset suoritteet, työryhmien muistiot, kalenterit, työntekijöiden työsuunnitelmat, päiväkirjat, sekä erilliset arviointiaineistot. Kehittämishankkeen määriteltyä tavoitetta joudutaan analysoimaan mahdollisesti useaan kertaan prosessin aikana, koska eri toimijoilla saattaa olla eri tulkintoja tavoitteista, tai kehittämiskohde on saattanut muuttua prosessin aikana. (Toikko & Rantanen 2009, 80–83.)

Tässä kehittämishankkeessa seuranta perustui tapaamismuistioihin, sähköpostiviesteihin ja päiväkirjamerkintöihin, jotka liittyivät opinnäytetyön tekijän, kotihoidon hoitotyön vastaavan, päihde- ja mielenterveystiimin, opinnäytetyön ohjaajan, sekä Kotkan kotihoidon osastonhoitajan väliseen vuorovaikutukseen. Kehittämishankkeen etenemisestä tiedotin säännöllisesti opinnäytetyön ohjaajaa. Tein päiväkirjamerkintöjä myös omista ajatuksistani kehittämishankkeen etenemiseen liittyen koko prosessin ajan.

Kehittämishankkeen arviointia voidaan käyttää prosessin aikana suuntaamassa kehittämistyötä ja antamassa palautetta. Arvioinnissa kiinnitetään huomiota itse prosessiin ja eri toimijoiden väliseen toimintaan. Lopullinen arviointi kertoo, miten kehittämistyössä onnistuttiin ja tällöin tarkastellaan, kuinka hyvin tavoitteet saavutettiin, johtuiko saavutettu muutos kehittämistyöstä, ja mitkä kehittämistyön toiminnot olivat vaikuttavimpia tavoitteiden saavuttamiseksi. Tällöin arvioidaan, saavutettiin tavoitteet järkevin kustannuksin ja ovatko tulokset valmiita levitettäväksi. Arvioinnissa voidaan käyttää esimerkiksi hankkeeseen osallistuneiden haastatteluja, kyselyjä ja havainnointia. (Ojasalo ym. 2015, 47–48.)

Toikko ja Rantanen (2009, 82–83, 142–143) kuvaavat arviointia eri toimijoiden väliseksi neuvotteluprosessiksi, jossa tietoa kerätään ja arvioidaan

vaiheittain ja kukin arviointi voi täsmentää kehittämistoimintaa. Arvioinnissa voidaan käyttää virallista ja epävirallista dokumentointia, joiden avulla arvioidaan kriittisesti toimintaa ja sen lähtökohtia. Dokumentit antavat luotettavamman kuvan kehittämisprosessista kuin pelkkä muisti. Tässä kehittämishankkeessa arviointia tapahtui koko ajan hankkeen edetessä. Arviointia tein itsenäisesti sekä yhdessä kotihoidon hoitotyön vastaavan ja päihde- ja mielenterveystiimin kanssa heidän tapaamisissaan ja sähköpostin välityksellä. Opinnäytetyön ohjaajan kanssa kehittämishankkeen ja opinnäytetyön etenemistä arvioitiin myös sähköpostin välityksellä, mutta pääsääntöisesti opinnäytetyön ryhmäohjauksessa, jossa arviointia tapahtui myös muiden ohjaukseen osallistuvien välillä. Dokumenttien avulla pystyin luotettavasti raportoimaan prosessin etenemisestä niin sisällöllisesti kuin ajallisesti.

Tämän kehittämishankkeen tarkoitus oli parantaa kotihoidon laatua yhtenäistämällä henkilöstön toimintatapoja ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotossa ja parantaa myös tätä kautta ongelmakäytön tunnistamista. Tavoite oli kehittää toimintamalli ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiottoon kotihoidossa. Tarkoituksen toteutumista ei tämän kehittämishankkeen aikana ehditty arvioida, vaan toimintamallin vaikutus henkilöstön toimintatapojen yhtenäistymiseen ja tätä kautta kotihoidon laadun parantumiseen jää arvioitavaksi myöhemmin, kun toimintamalli on ollut jonkin aikaa käytössä. Kehittämishankkeen tavoite, eli toimintamallin luominen ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiottoon, saavutettiin kehittämishankkeen puitteissa.

Kehittämishankkeen lähestymistavaksi toimintatutkimus oli oikea, koska siinä kehitettiin keskeisten toimijoiden kanssa yhteistyössä olemassa olevia työtapoja. Toikon ja Rantasen (2009, 66–67) mukaan kehittämistoiminta on jatkuva prosessi ja toimintatutkimuksessa useat organisoinnin, toteutuksen ja arvioinnin kehät seuraavat spiraalimaisesti toisiaan. Seuraava kehä täydentää edellistä ja prosessin aikana toiminta täsmentyy. Tässä kehittämishankkeessa kehät syntyivät suunnitelmavaiheesta, tie-

donkeruu- ja kyselyvaiheesta, toimintamallin suunnitteluvaiheesta ja toimintamallin käyttöönottovaiheesta. Keskeiset toimijat olivat mukana jokaisessa vaiheessa.

Kehittämishanke eteni pääosin hankesuunnitelman mukaan. Kuitenkin joidakin muutoksia tehtiin tarpeen mukaan, jotta kehittämishanke saavuttaisi mahdollisimman hyvin tavoitteensa ja tarkoituksensa. Tutkimusluvan hakemista siirrettiin muutamilla kuukausilla eteenpäin, ajankohtaan, jolloin tietoperusta ja kyselylomakkeet saatekirjeineen olivat valmiit. Tällä pyrittiin lisäämään tutkimusluvan myöntämisen todennäköisyyttä.

Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen kehittämishanke eteni lähes suunnitelman mukaan. Päihde- ja mielenterveystiimin ryhmäkeskusteluissa saatiin kehittämishankkeen kannalta oleellista tietoa puheeksioton ongelmakohdista ja kehittämistarpeista. Kyselyjen toteutuksessa niiden jakelu viivästyi suunnitellusta muutamalla päivällä, mutta tällä ei todennäköisesti ollut vastausprosenttiin oleellista vaikutusta. Postitse toimitetun asiakaskyselyn vastausaikaa ei ollut mahdollista pidentää, mutta kaikki viikon sisällä viimeisestä vastauspäivästä saapuneet vastaukset otettiin mukaan, koska tulosten purkamista ei oltu ehditty aloittaa. Sähköisen henkilöstökyselyn vastausaikaa pidennettiin alhaisen vastausprosentin vuoksi kolmella päivällä, joka ei kuitenkaan oleellisesti enää lisännyt vastausmäärää.

Kyselyjen toteutuksen ja vastausten purkamisen jälkeen kehittämishankkeen aikataulua päätettiin nopeuttaa parilla kuukaudella opinnäytetyön tekijän toiveesta opinnäytetyön valmistumiseksi nopeammin. Tässä vaiheessa kehittämishanketta edessä oli toimintamallin suunnittelu ja opinnäytetyön raportin viimeistely. Aikataulun nopeuttaminen onnistui, koska toimintamallin suunnittelu toteutettiin pienemmällä kokoonpanolla erillisissä tapaamisissa. Nämä kaksi tapaamista osan päihde- ja mielenterveystiimin kanssa olivat erillisiä heidän säännöllisistä tapaamisistaan, mutta sisältyivät määrällisesti suunniteltuihin tapaamiskertoihin.

Yhteensä kehittämishankkeeseen osallistuneiden päihde- ja mielenterveystiimin jäsenten kanssa tavattiin kehittämishankkeen aikana kuusi kertaa, ja hoitotyön vastaavan kanssa kahdeksan kertaa, joka vastaa myös tutkimuslupahakemukseen esitettyä henkilöstön ajankäyttöä. Näiden tapaamisten lisäksi kehittämishankkeen aikatauluja sovittiin sähköpostitse ja puhelimitse. Yhteistyö kehittämishankkeen toimijoiden kanssa oli riittävän tiivistä ja osallistujat olivat selvästi motivoituneita kehittämistyöhön. Toimijoiden tapaamisissa keskustelu oli aktiivista ja tasavertaista, ja osallistujien motivaatio ja halu kehittää näyttäytyi selvästi. Tapaamisissa oli mukana useita eri päihde- ja mielenterveystiimin jäseniä, joista toiset olivat mukana lähes kaikissa tapaamisissa. Tämä osallistujien vaihtelevuus oli tiedossa jo lähtötilanteessa, eikä tämä vaikuttanut kehittämishankkeen etenemiseen.

Puheeksioton toimintamallin sisällöstä oli toimijoilla lähtötilanteessa hieman eri tulkintoja. Suunnitelmavaiheessa opinnäytetyön tekijällä oli pyrkimys rajata puheeksiotto koskemaan alkoholia, ja rajata lääkkeet mahdollisimman pieneen rooliin. Mutta jo varhaisessa vaiheessa lääkkeiden keskeisyys ikääntyneiden alkoholin käytössä nousi vahvasti esiin sekä tietoperustaa kootessa, että päihde- ja mielenterveystiimin tapaamisissa. Toimintamallin suunnitteluvaiheessa oli jo selkeä yhteinen näkemys siitä, että alkoholista ja lääkkeistä haluttiin henkilöstölle antaa myös tietoa osana puheeksioton toimintamallia. Tavoite ei siis varsinaisesti muuttunut kehittämisprosessin aikana, vaan tarkentui ja muodostui sisällöltään kattavammaksi. Lääkkeiden jättäminen opinnäytetyön tekijän alun perin suunnittelemaan rooliin olisi jättänyt toimintamallin puutteelliseksi ja käytännössä varmasti huonosti toimivaksi, eli yhteistyö keskeisten toimijoiden kanssa oli toimintamallin luomisessa hyvin keskeistä.

Koko kehittämisprosessi sujui toimijoiden kesken hyvin. Prosessin loppuarviointia tehtiin sekä päihde- ja mielenterveystiimin, että hoitotyön vastaavan kanssa keskustellen. Päihde- ja mielenterveystiimi koki prosessin kivuttomana ja helppona heille. He saivat tapaamisissa vaihtaa ajatuksiaan mutta toimintamallin teknisen toteutuksen teki opinnäytetyön tekijä. Tiimi oli hieman huolissaan toimintamallin käyttöönotosta ja he toivoivat, että

juurruttaminen onnistuu hyvin. Hoitotyön vastaava koki opinnäytetyön tekijän aktiivisen roolin prosessin aikana tärkeänä oman kiireisen työnsä vuoksi. Keskeiseksi koettiin myös, että henkilöstö oli mukana kehittämistyössä. Näin kehittämistuotos otetaan usein paremmin vastaan ja käytäntöön.

### 8.3 Luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua

Toikon ja Rantasen mukaan (2009, 121–122) kehittämistyössä luotettavuus kohdistuu erityisesti tutkimusmenetelmiin, -prosessiin sekä -tuloksiin. Määrällisen tutkimuksen kohdalla luotettavuudesta puhutaan usein reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla ja laadullisessa tutkimuksessa vakuuttavuuden käsitteen avulla. Luotettavuus kehittämistyössä on ennen kaikkea käytettävyyttä, eli tiedon hyödyllisyyttä. Jos kehittämistyöhön liittyy tutkimuksellisuus, pätevät siihen myös tieteellisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit.

Pätevyys, eli validiteetti liittyy tutkittavan ilmiön ja tutkimuksessa käytettävien mittareiden väliseen suhteeseen, eli käsitteiden ja tehtyjen valintojen tulee olla johdonmukaisia ja tulkintojen tulee vastata aineistoa. Keskeistä luotettavuudessa, eli reliabiliteetissa, on tutkimuksen toistettavuus, eli mittareiden ja tutkimusasetelman tulee toimia niin että tutkimus on toistettavissa samanlaisin tuloksin. (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Toikko & Rantanen 2009, 122.) Kehittämistoiminnan luotettavuuteen liittyy kuitenkin ongelmia, kuten sosiaalisten prosessien toistettavuus, kyselykaavakkeiden usein nopea laatiminen ja se, että kehittämistoiminnassa aineistot jäävät usein suppeiksi. Kehittämistoiminta on usein sosiaalinen prosessi, ja osallistujien sitoutumattomuus heikentää luotettavuutta, jos toimijat eivät ole kaikissa kehittämisen vaiheissa mukana. (Toikko & Rantanen 2009, 123–124.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkija kohentaa työnsä luotettavuutta tekemällä valintansa, tulkintansa, aineistonsa ja perustelunsa näkyväksi. Luotettavuutta lisää tutkimuksen kulun tarkka kuvaaminen kaikkien vaiheiden osalta. Eri tutkimusmenetelmien yhdistäminen, eli triangulaatio, tarkentaa

tutkimuksen pätevyyttä. (Hirsjärvi ym. 2009, 232–233; Toikko & Rantanen 2009, 123–124.)

Tämän kehittämishankkeen eteneminen on kuvattu vaihe vaiheelta tarkasti eri dokumenttien avulla ja kaikki valinnat on perusteltu. Tiedonkeruumenetelminä käytettiin sekä määrällisiä kyselyjä, että laadullista ryhmäkeskustelua, joka lisää kehittämistyön pätevyyttä. Tietoperustan lähteiden hakuun käytin itsenäisen tiedonkeruun lisäksi oppilaitoksen tiedonhankintaklinikkaa, jonka kautta sain varmuuden, että olen etsinyt tietoa riittävän monipuolisesti. Hain tietoa internetin tieteellisiä tutkimusjulkaisuja sisältävistä tietokannoista. Tietoperusta muodostui kehittämishankkeen kannalta oleellisista käsitteistä, jotka tarkentuivat tietoa etsiessä. Hirsjärvi ym. (2009, 113) muistuttavat kirjallisuuden valinnassa lähdekritiikistä. Lähteiden on hyvä olla tunnettuja ja arvostettuja, uskottavia, puolueettomia ja mahdollisimman tuoreita. Alkuperäisten lähteiden käyttäminen on suositeltavaa, koska moninkertaisissa lainausketjuissa alkuperäinen tieto on saatanut muuttua paljonkin. Ojasalo ym. (2015, 32) muistuttavat, kuinka erityisesti internetistä löytyvien tietojen kanssa täytyy olla tarkkana. Tiedon arvioinnissa auttaa tiedon tuottajan asiantuntemuksen ja aseman, sekä sivuston ylläpitäjän selvittäminen.

Tässä opinnäytetyössä käytettiin pääosin alle 10 vuotta vanhoja lähteitä, jotta tieto olisi mahdollisimman tuoretta. Tietoperustassa käytettiin paljon kansainvälisiä lähteitä kotimaisten lisäksi, koska aihetta on tutkittu paljon kansainvälisesti ja alkoholin käytön arvioinnin mittarit ovat pääasiassa ulkomaista alkuperää. Jokaisen käsitteen kohdalla pohdin erikseen mitä tietoa on hyvä käsitellä vain kotimaisista lähteistä ja missä kansainväliset ovat yhtä käytettäviä.

Kehittämistyön tueksi tutustuin myös Kotkan kotihoidon puheeksioton toimintamalliin. Kirjoitin Kotkan kotihoidon puheeksioton toimintamallia koskevan luvun kotihoidon osastonhoitajan kanssa käydyn puhelinkeskustelun sekä sähköpostitse saatujen tarkentavien tietojen pohjalta. Lähetin luvun sähköpostitse hyväksyttäväksi Kotkan kotihoidon osastonhoitajalle,



jotta heitä koskevat tiedot ovat opinnäytetyössä varmasti oikein ja tieto on luotettavaa.

Eettisesti hyvä tutkimus noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, johon opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunta on tehnyt ohjeet. Jo aiheen valinta vaatii eettistä pohdintaa, kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi, ja onko aiheella yhteiskunnallista merkittävyyttä. Tiedonkeruuseen liittyy eettisiä kysymyksiä ja lähtökohta tutkimuksille tulee olla ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja osallistujien tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta. Kaikessa tutkimustyössä rehellisyys, tarkkuus ja huolellisuus ovat keskeistä. Epärehellisyyttä on muun muassa toisten ja itsensä plagiointi, tulosten sepittäminen, puutteellinen raportointi ja toisten tutkijoiden vähättely. Myös internetin käyttöön aineistossa liittyy eettisiä kysymyksiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23–27.) Oikeudelliset kysymykset, vastuut ja velvollisuudet tulee selvittää, sekä kohdeorganisaation eettiset käytännöt (Ojasalo ym. 2015, 49).

Tämän kehittämishankkeen aiheen valinta oli työelämälähtöinen. Vaikka opinnäytetyön tekijän kiinnostus kotihoitoon ja ikääntyneiden palvelujen kehittämiseen oli taustalla, varsinainen kehittämiskohde valikoitui kotihoitoon ajankohtaisista kehittämistarpeista. Kehittämistyössä olivat mukana opinnäytetyön tekijän lisäksi kotihoidon hoitotyön vastaava sekä 12 hengen päihde- ja mielenterveystiimi. Kuten jo suunnitelmavaiheessa tiedotettiin, kaikki tiimin jäsenet eivät olleet paikalla jokaisessa tapaamisessa. Tämä ei kuitenkaan heikentänyt kehittämistyötä tai sen luotettavuutta, koska jokaisessa tapaamisessa osa tiimistä oli paikalla ja kaikilla osallistuneilla oli motivaatiota ja kehittämistyön kannalta oleellista tietotaitoa.

Tutkimusluvan hakuun liittyen olin yhteydessä Kouvolan kaupungin hallintopalvelupäällikköön ja tarkistin asiakaskyselyyn liittyviä toimintaohjeita. Näin varmistin, että asiakaskysely toteutetaan eettisesti oikein otannan ja kyselyjen lähettämisen suhteen. Koska kyselyjen aihe oli arka, vaati kyselyjen toteuttaminen tarkkaa suunnittelua. Kyselyihin vastaaminen nimettömänä oli suunnittelun lähtökohta, koska kehittämistyön kannalta vastaajien

henkilöllisyydellä ei ollut merkitystä, eikä asiakkaiden tai henkilöstön henkilötietoja olisi ulkopuoliselle annettukaan.

Kyselylomakkeiden suunnittelu lähtee kehittämistyön tavoitteista ja kysymysten on oltava kehittämishankkeen kannalta kattavia, yksinkertaisia ja helppotajuisia, sekä kohtuullisen pituisia. Kyselyjen vastausaika tulisi olla korkeintaan 15-20 minuuttia, koska liian pitkä kysely heikentää vastaushaluja. Monivalintavaihtoehdot, sekä ei mielihäiritteä -vastausvaihtoehto ovat suositeltavia. (Ojasalo ym. 2015, 130–131.) Tässä kehittämishankkeessa sekä henkilöstö- että asiakaskyselyjen kysymykset muodostettiin tietoperustan pohjalta, joka on tärkeää luotettavuutta arvioitaessa. Koska asiakaskyselyssä haluttiin kysyä osaltaan lääkkeistä, haettiin tietoperustaan lisää tietoa alkoholista ja lääkkeistä.

Kyselyjen koostamisessa pidettiin koko ajan mielessä kehittämishankkeen tarkoitus ja tavoite, jotta kysyttäisiin vain niitä asioita, jotka ovat keskeisiä kehittämistyön kannalta. Kyselyjen kysymykset muodostettiin kohderyhmä huomioiden mahdollisimman selkeiksi ja yksiselitteisiksi. Asiakaskyselyssä kysymyksenasettelulla voitiin käyttää pääasiassa kyllä-ei-vastausvaihtoehtoja, joka teki kyselystä selkeän ja mahdollisimman nopean vastata. Vastauslomakkeisiin oli pyytämättä kirjoitettu joitakin tarkentavia kommentteja, joten kyselyn loppuun olisi voinut lisätä mahdollisuuden vapaalle sanalle. Kysely sisälsi kuitenkin kehittämishankkeen kannalta oleelliset kysymykset, joten avoimella kysymyksellä olisi mahdollisesti saatu työn tavoitteiden kannalta epäoleellisia vastauksia.

Henkilöstökyselyyn luotiin pääosin monivalintakysymyksiä sekä väittämiä Likert-asteikolla Täysin samaa mieltä – Jokseenkin samaa mieltä – En osaa sanoa – Jokseenkin eri mieltä – Täysin eri mieltä. En osaa sanoa -vaihtoehto haluttiin mukaan, koska tämäkin vaihtoehto antaa tietoa. Lisäksi kahteen kysymykseen lisättiin avoin vaihtoehto vastauksen tarkentamiseen halutessa. Hirsjärven ym. (2009, 201) mukaan on hyvä, että kyselyissä on mukana vaihtoehto, joka ei pakota olemaan jotain mieltä. Monivalintakysymykset tuottavat vähemmän kirjavia vastauksia, joita on helpompi käsitellä ja analysoida, kuin avoimia kysymyksiä. Tästä syystä tässä

kehittämishankkeessakin kyselyjen muodostamisen lähtökohta oli mahdollisimman strukturoitu.

Tutkimuseettisiin periaatteisiin liittyvä tutkittavien riittävä informointi. On vaurduttava siihen, että tutkittavat saattavat haluta lisätietoa tutkimuksesta, joten tutkijan yhteystiedot ovat osa tiedottamista. Tutkimuksen aihe, tiedonkeruu ja siihen käytetty aika, aineiston käyttötarkoitus ja osallistumisen vapaaehtoisuus ovat tärkeitä tiedottamiskohteita. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 5–6.) Kyselyjen saatekirjeet suunniteltiin huolella ja tarkasti. Saatteissa tuotiin selvästi esiin kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuus, annettiin tietoa kyselystä ja sen tarkoituksesta, tulosten käyttämisestä ja vastausten asianmukaisesta hävittämisestä työn valmistumisen jälkeen. Opinnäytetyön tekijä ei nimensä lisäksi antanut yhteystietojaan kumpaankaan kyselyyn etäisyyden säilyttämiseksi, mutta lisäkysymyksissä oli mahdollisuus ottaa yhteyttä hoitotyön vastaavaan, jonka yhteystiedot laitettiin saatteisiin.

Yksityisyys ja tietosuojat ovat osa ihmistieteiden tutkimuksen eettisiä periaatteita. Yksityisyyden suojan tärkein osa on tietosuoja, joka pitää huomioida niin tutkimusaineiston keruussa, käsittelyssä kuin tulosten julkaisemisessa. Tutkimusaineiston huolimaton säilyttäminen voi vaarantaa yksityisyyden suojaa. Keskeistä eettisten periaatteiden näkökulmasta on luottamuksellisuuden ja tieteen avoimuuden sovittaminen yhteen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 4, 8.) Tässä kehittämishankkeessa ei kerätty tunnistettavissa tutkimusaineistoa, eli aineistoa josta yksittäinen vastaaja olisi tunnistettavissa. Asiakaskyselyn otannan ja jakelun toteuttivat kotihoidon alueiden sihteerit, ja henkilöstökyselyn jakelun kotihoidon hoitotyön vastaava ja esimiehet. Näillä työntekijöillä on vaitiolovelvollisuus ja kokemusta kyselyjen toteuttamisesta aiemmin, jolloin voidaan luottaa siihen, että kyselyyn osallistujien henkilöllisyydet pysyvät salassa. Asiakaskyselyt olisi voinut toimittaa asiakkaille myös työntekijöiden kautta, mutta tällöin näiden asiakkaiden henkilöllisyys olisi ollut joidenkin työntekijöiden tiedossa. Tämä olisi voinut vaikuttaa asiakkaiden vastaamishalukkuuteen ja vastauksiin.

Kummankin kyselyn toteutuksessa käytettiin välikäsiä, joka heikentää kyselyjen toteutusprosessin luotettavuutta siltä osin, ettei voida olla täysin varmoja jakelun toteutumisesta. Kuitenkin opinnäytetyön tekijän on luotettava siihen, että henkilöstökysely on mennyt niille 322:lle työntekijälle, joille se oli kotihoidon alueiden esimiesten välityksellä tarkoitettu lähettää. Myöskin on luotettava siihen, että asiakaskyselyt on lähetetty kotihoidon alueiden sihteerien toimesta 30:lle satunnaisotannalla valikoidulle asiakkaalle.

Kukaan muu kuin opinnäytetyön tekijä ei käsitellyt kyselyjen vastauksia ja vastaukset säilytettiin niiden hävittämiseen asti vain opinnäytetyön tekijän saatavilla. Henkilöstökysely tuloksineen poistettiin webropol-sovelluksesta opinnäytetyön valmistumisen jälkeen ja kootut tulokset on toimitettu sähköpostitse hoitotyön vastaavalle jatkokehittämistä varten. Asiakaskyselylomakkeet hävitettiin opinnäytetyön valmistumisen jälkeen ja niiden tulokset ovat hoitotyön vastaavan kanssa sovitusti vain opinnäytetyössä.

Toikon ja Rantasen (2009, 125–126) mukaan kehittämistyössä käyttökelpoisuutta on syntyneiden tulosten hyödynnettävyys ja ratkaisevaa on tulosten siirrettävyys käytäntöön. Kehittämistoiminnan tulokset ovat useimmiten sidoksissa tiettyyn toimintaympäristöön. Heikkilä, Jokinen ja Nurmela (2008, 45–46) muistuttavat, että kehittämistyön tulokset on tarkoitettu hyödynnettäviksi, joten tulokset on raportoitava huolellisesti. Tämä on myös osa tutkimus- ja kehittämistyön eettisyyden toteutumista. Tutkimusaineisto on analysoitava huolellisesti ja tulokset ilmaistava asiallisesti, rehellisesti, perustellusti ja huolellisesti. Tämän kehittämishankkeen tutkimustulokset esitetään opinnäytetyössä sellaisenaan kuin ne on saatu. Ainoastaan henkilöstökyselyn avoimien vastausten kirjoitusvirheet on korjattu mahdollisen tunnistettavuuden ehkäisemiseksi. Asiakaskyselyn tulokset on raportoitu sellaisenaan kuin kysytyihin kysymyksiin on vastattu, mutta myös kyselylomakkeisiin kirjoitetut pyytämättä saadut kommentit on kerrottu tuloksissa niiltä osin kuin vastauksilla on kehittämistyön kannalta merkitystä. Yksi kirjoitettu kommentti on jätetty pois mahdollisen tunnistettavuuden vuoksi.

Henkilöstökyselyn tulokset purettiin prosentuaalisesti, koska vastaajamäärä oli riittävän iso. Tulokset on pyöristetty kahdesta desimaalista pääosin kokonaisluvuiksi. Muutama luku on jätetty desimaalimuotoon, kokonaisluvun vääristäessä tulosta liikaa. Vertailua tehtiin huomioiden merkitykselliset erot ikäryhmittäin ja työskentelyajoittain. Sairaanhoidajia ja muita ammattihenkilöitä oli vastaajista niin pieni osa, ettei tulosten purkua ammattiryhmittäin ollut perusteltua tehdä. Näin myös tunnistettavuus olisi ollut mahdollista. Kokonaisuutensa vastaukset ovat kuitenkin yleistettävissä paikallisella tasolla ja käytettävissä Kouvolan kotihoidon jatkokehittämisessä. Opinnäytetyön liitteeksi laitettiin henkilöstökyselyn kokonaistulokset prosenteina, koska ne katsottiin riittäviksi tämän kehittämishankkeen kannalta. Ikä- ja työskentelyaikaryhmittäin eriteltyt tulokset on kuitenkin toimitettu sähköisesti kotihoidon hoitotyön vastaavalle jatkokehittämistarpeita varten.

Asiakaskyselyn tulosten laittamista liitteisiin ei katsottu tarpeelliseksi, koska vastaajia oli niin vähän ja tulokset on purettu kehittämishankkeen kannalta riittävän perusteellisesti tuloslukuun. Tällä myös varmistettiin, etteivät vastaajat ole millään tavalla tunnistettavissa. Asiakaskyselyt lähetettiin 30:lle kotihoidon asiakkaalle, 10:lle jokaiselta alueelta. Näin jokaiselta alueelta oli mahdollisuus saada vastauksia. Määrä on kuitenkin niin pieni, ettei tuloksia voi yleistää, mutta tulokset antoivat tärkeää ja tarpeellista tietoa tähän kehittämishankkeeseen. Kokonaisuudessaan kyselyjen tulosten luotettavuutta tukee niiden yhteneväisyys monelta osin aikaisempien tutkimustulosten kanssa.

Asiakaskyselystä palautunut yksi kirjekuori sisälsi vain omakätisesti kirjoitetun ja allekirjoitetun kirjeen. Opinnäytetyön tekijä luki kirjeen ja hävitti sen muiden kyselylomakkeiden kanssa. Kirje ei sisältänyt kyselyn kannalta oleellista tietoa, tai tietoa joka olisi velvoittanut toimittamaan tietoa eteenpäin. Tutkijan vaitiolovelvollisuuden ohittaa vain lastensuojelulain pykälä 25 ja velvollisuus ilmoittaa tekeillä olevasta törkeästä rikoksesta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009, 10).

Kehittämistyötä tehtiin henkilöstön kanssa asiakasnäkökulma huomioiden. Toimintamalli syntyi kaikkien toimijoiden yhteistyönä ja kerätyn tiedon avulla, eikä ulkopuolisen opinnäytetyön tekijän antamana valmiina ratkaisuna. Kehitetty toimintamalli suunniteltiin vastaamaan Kouvolan kotihoidon tarpeita käyttäen tietoperustaa, kyselyjen tuloksia ja ryhmäkeskusteluja. Toimintamalli on suoraan siirrettävissä Kouvolan kotihoidon käyttöön, ja muihin toimintaympäristöihin siirtäminen vaatii sen käyttökelpoisuuden arviointia toimipaikkakohtaisesti. Toimintamalli on tehty jatkokehittämistä ajatellen helposti muokattavaksi word-ohjelmalla.

#### 8.4 Jatkokehitysehdotuksia

Kehittämishankkeen aikana nousi esiin useita jatkokehittämisaikajatuksia. Kyselyjen tuloksista nousi vahvasti esiin henkilöstön koulutuksen tarve alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista sekä puheeksiotosta. Näistä onkin tarkoitus aloittaa kotihoidon sisäisiä koulutuksia jo kevään 2017 aikana. Jo keväällä 2016 tiimin tapaamisissa nousi esiin yhteistyön tarve kotihoidon päihde- ja mielenterveystiimin, sekä Kouvolan psykiatrian poliklinikan konsultoitavien sairaanhoitajien välillä liittyen kotihoidon mielenterveys- ja päihdeasiakkaisiin. Tämän yhteistyön aloittamisesta sovittiin yhteispalaverissa tammikuussa 2017.

Toimintamallin suunnittelun yhteydessä nousi esiin kehittämisajatus vertaistukiryhmästä kotihoidon alkoholiongelmallisille asiakkaille, jota voisi pitää mahdollisesti kotihoidon omissa tiloissa päihde- ja mielenterveystiimin halukkaiden jäsenten vetovastuulla. Näin nekin, jotka eivät halua syystä tai toisesta käydä esimerkiksi A-Klinikan käynneillä tai ryhmässä, saisivat säännöllistä vertaistukea. Ikääntyneen masennusseulan liittäminen asiakkaan RAI-toimintakykyarviointiin koetaan myös tärkeänä, joten toimintatapoja asiakkaan psyykkisen tilan arviointiin olisi myös hyvä jatkossa kehittää.

Kotihoidon asiakkaiden päihteiden käytöstä kirjaamisessa nähtiin kehittämisprosessin aikana myös kehittämistarpeita. Päihdekäytöstä kirjataan

usein vain päivittäismerkintöihin, jolloin tieto saattaa helposti hukkuu muiden kirjausten joukkoon. Toimintamallin mukaan ainakin Audit-pisteet tulevat jatkossa lehdelle, josta ne ovat helposti löydettävissä. Myös muut oleelliset tiedot asiakkaan päihteiden käytöstä olisi tärkeää kirjata helposti löydettävään, työntekijän huomion herättävään kohtaan potilastiedoissa. Puheeksioton toimintamalli otetaan käyttöön opinnäytetyön valmistumisen aikaan keväällä 2017, joten sen käyttöönoton ja käytännön toimivuuden seuranta ja mahdollinen jatkokehittäminen jäävät jatkokehittämis ehdotukseksi.

## LÄHTEET

- Aalto, M. 2015. Alkoholin riskikäyttö: rajat ja niiden määrittelyn vaikeudet. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) *Alkoholi-riippuvuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 10–12.
- Aalto, M., Alho, H., Halme, J.T. & Seppä, K. 2011. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and its derivatives in screening for heavy drinking among the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 26, 881–885.
- Aalto, M. & Holopainen A. 2008. Ikääntyneiden alkoholien suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 124, 1492–1498.
- Ahlström, S. & Mäkelä, P. 2009. Alkoholit ja iäkkäät Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(6), 674–678.
- Aira, M. 2012. Iäkkäiden alkoholinkäytön riskit. *Suomen Lääkärilehti* 6(67), 409–412.
- Aira, M. & Haarni, I. 2010. Iäkkäiden suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen ”Niitten kuuluu kysyä myös siitä viinasta, jos on aihetta”. *Suomen Lääkärilehti* 7(65), 579–585.
- Aira, M., Hartikainen, S. & Sulkava, R. 2008. Drinking alcohol for medicinal purposes by people aged over 75: a community-based interview study. *Family Practice* 25, 445–449.
- Barry, K.L. & Blow, F.C. 2016. Drinking over the Lifespan: Focus on Older Adults. *Alcohol research: current reviews* 38(1), 115–120.
- Boyle, A.R. & Davis, H. 2006. Early Screening and Assessment of Alcohol and Substance Abuse in the Elderly: Clinical Implications. *Journal of Addictions Nursing* 17, 95–103.
- Britton, A. & Bell, S. 2015. Reasons Why People Change Their Alcohol Consumption in Later Life: Findings from the Whitehall II Cohort Study.



PLoS One 10(3): e0119421. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0119421>

Broyles, L.M., Rosenberger, E., Hanuza, B.H., Kraemer, K.L. & Gordon, A.J. 2012. Hospitalized Patients' Acceptability of Nurse-Delivered Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 36(4), 725–731.

Crome, I., Li, T-K., Rao, R. & Wu, L-T. 2012. Alcohol limits in older people. *Addiction* 107, 1541–1543.

Crothers, C.E. & Dorrian, J. 2011. Determinants of Nurses' Attitudes toward the Care of Patients with Alcohol Problems. *International Scholarly Research Network ISRN Nursing* 2011: 821514. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3169239/>

Culberson, J.W. 2006. Alcohol use in the elderly: Beyond the CAGE Part 2: Screening instruments and treatment strategies. *Geriatrics* 61, 20–26.

Draper, B., Ridley, N., Johnco, C., Withall, A., Sim, W., Freeman, M., Contini, E. & Lintzeris, N. 2015. Screening for alcohol and substance use for older people in geriatric hospital and community health settings. *International Psychogeriatrics* 27(1), 157–166.

Eriksson, E. & Arnkil, T. 2012. Huoli puheeksi. *Stakes Oppaita* 60. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-33-1792-8>

Ettner, S.L., Xu, H., Duru, O.K., Ang, A., Tseng, C-H., Tallen, L., Barnes, A., Mirkin, M., Ransohoff, K. & Moore, A.A. 2014. The Effect of an Educational Intervention on Alcohol Consumption, At-Risk Drinking, and Health Care Utilization in Older Adults: The Project SHARE Study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* 75(3), 447–457.

Haarni, I. & Hautamäki, L. 2009. Elämäkokemus ja alkoholi: 60-75 -vuotiaiden suhde alkoholiin temahaastattelujen valossa. *Gerontologia* 1, 3–13.

Heikkilä, A. 2015. Hoitotyön vastaava. Kouvolan kotihoito. Kehittämishankkeen suunnittelutapaaminen 30.9.2015.

Heikkilä, A. 2012. Alkoholien yhteys ensiavussa todettuihin tapaturmiin ja hoitohenkilökunnan asenteet ja osaaminen päihtyneen potilaan kohtaamisessa. Itä-Suomen yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20120560>

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

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Eläkeikäisen väestön terveystietäytyminen ja terveys keväällä 2013 ja niiden muutokset 1993-2013 - Health Behaviour and Health among the Finnish Elderly, Spring 2013, with trends 1993-2013. THL. Raportti: 2014\_015. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-188-4>

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

Hyvinvointipalvelujen organisaatio. 2016. Kouvolan kaupunki. Sisäinen julkaisu 18.10.2016. Tulostettu [9.12.2016]

Immonen, S. 2012. Perspectives on Alcohol Consumption in Older Adults. Faculty on Medicine, University of Helsinki. Academic Dissertation. Saatavissa: [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37625/immonen\\_dissertation.pdf?sequence](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37625/immonen_dissertation.pdf?sequence)

Immonen, S., Valvanne, J. & Pitkälä, K.H. 2013. The prevalence of potential alcohol–drug interactions in older adults. Scandinavian Journal of Primary Healthcare 31, 73–78.

Immonen, S., Valvanne, J. & Pitkälä, K.H. 2011. Alcohol use of older adults: drinking alcohol for medicinal purposes. Age and Ageing 40(5), 633–637.

- Johnson-Greene, D., McCaul, M.E. & Roger, P. 2009. Screening for Hazardous Drinking Using the Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric Version (MAST-G) in Elderly Persons with Acute Cerebrovascular Accidents. *Alcoholism: Clinical and Experimental research* 33(9), 1555–1561.
- Jokelainen, K. & Aalto, M. 2015. Alkoholidelirium eli juoppohulluus. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 83–85.
- Jääskeläinen, M. & Österberg, E. 2013. Alkoholien aiheuttamat haittakustannukset Suomessa vuonna 2010. Teoksessa Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt C. (toim.) *Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos, 175–187.
- Kalliokoski, A. 2013. Lääkkeiden haittavaikutuksista monipuolisesti ISOPin vuosikokouksessa. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126378/4\\_13%20L%E4%E4kkeiden%20haittavaikutuksista%20monipuolisesti%20ISOPin%20vuosikokouksessa.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126378/4_13%20L%E4%E4kkeiden%20haittavaikutuksista%20monipuolisesti%20ISOPin%20vuosikokouksessa.pdf?sequence=1)
- Kalliokoski, A. 2012. Alkoholien ja lääkkeiden yhteisvaikutukset. Sic! Lääketietoa Fimeasta. Fimea. Saatavissa: [https://sic.fimea.fi/2\\_2012/alkoholin\\_ja\\_laakkeen\\_yhteisvaikutukset](https://sic.fimea.fi/2_2012/alkoholin_ja_laakkeen_yhteisvaikutukset)
- Ketola, S. 2010. Narratiivinen tutkimus ikääntyvän läheisen alkoholin liikkäytöstä. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:juu-201004281610>
- Knightly, R., Tadros, G., Sharma, J., Duffield, P., Carnall, E., Fisher, J. & Salman, S. 2016. Alcohol screening for older adults in an acute general hospital: FAST v. MAST-G assessments. *BJPsych Bulletin* 40(2), 72–76.
- Kouvola. 2016a. Tilastotietoa [Viitattu 4.7.2016]. Kouvolan kaupunki. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/index/kaupunkijahallinto/tietoakouvolasta/tilastotietoa.html>

Kouvola. 2016b. Kotihoidon omavalvontasuunnitelma. Kouvolan kaupunki. Viitattu [9.12.2016] Saatavissa: [http://www.kouvola.fi/material/attachments/hyvinvointipalvelut/esitteet/KNuZ4wCIX/kotihoito\\_omavalvontasuunnitelma.pdf](http://www.kouvola.fi/material/attachments/hyvinvointipalvelut/esitteet/KNuZ4wCIX/kotihoito_omavalvontasuunnitelma.pdf)

Kouvola. 2016c. Kotihoidon palvelusisältö ja myöntämisen perusteet 1.1.2015 alkaen. Kouvolan kaupunki. Viitattu [9.12.2016] Saatavissa: [http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder\\_309/Db1K4Xc5N/Kotihoidon\\_palvelusisalto\\_ja\\_myontamisen\\_perusteet\\_2015.pdf](http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder_309/Db1K4Xc5N/Kotihoidon_palvelusisalto_ja_myontamisen_perusteet_2015.pdf)

Kouvola. 2014. Kouvolan kaupungin ikäpoliittinen ohjelma, ”Turvallista ja elämäntäyteistä ikääntymistä”, Toimenpiteet vuosille 2014-2016. Kouvolan kaupunki. Saatavissa: <http://www.kouvola.fi/material/attachments/hyvinvointipalvelut/qs4z0kdTp/Ikaantymispoliittinenohjelma2014-2016.pdf>

Kouvola. 2013. Luonnollinen kasvukeskus, Kouvolan kaupunkistrategia 2014-2020. Kouvolan kaupunki. Saatavissa: [http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder\\_196/newfolder\\_7/YZB5keLq1/kaupunkistrategia2013web.pdf](http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder_196/newfolder_7/YZB5keLq1/kaupunkistrategia2013web.pdf)

Kuerbis, A.N., Yuan, S.E., Borok, J., LeFevre, P., Kim, G., Lum, D., Ramirez, K., Liao, D. & Moore, A.A. 2015. Testing the Initial Efficacy of a Mailed Screening and Brief Feedback Intervention to Reduce at-Risk Drinking in MiddleAged and Older Adults: The Comorbidity Alcohol Risk Evaluation (CARE) Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 63(2), 321–326.

Kuokkanen, M. & Seppä, K. 2010. Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? *Duodecim* 126, 1322–1327.

Kylmänen, P. 2017. Vs: Ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotosta [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Patjas, M. Lähetetty 20.1.2017.

Källmén, H., Wennberg, P., Ramstedt, M. & Hallgren, M. 2014. The psychometric properties of the AUDIT: a survey from a random sample of elderly Swedish adults. *BMC Public Health* 2014, 14:672. Saatavissa: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/672>

Käypä Hoito -suositus. 2015. Alkoholiongelman hoito. Saatavissa:  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

Meneses-Gaya, G., Zuardi, A.W., Loureiro, S.R. & Crippa, J.A.S. 2009. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience* 2(1), 83–97.

Moore, A., Whiteman, E. & Ward, K. 2007. Risks of Combined Alcohol-Medication Use in Older Adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 5(1), 64–74.

Nehlin, C., Fredriksson, A., Grönbladh, L. & Jansson, L. 2012. Three hours of training improve psychiatric staff's self-perceived knowledge and attitudes toward problem-drinking patients. *Drug and Alcohol Review* 31, 554–549.

Nilsen, P., Holmqvist, M. & Hermansson, U. 2011. Alcohol prevention in Swedish occupational health care. *Occupational Medicine* 61, 472–479.

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät, Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Renko, E. 2013. Puheeksiotto puhetekoina. Asiakkaiden ja ammattilaisten asennoituminen alkoholinkäytön puheeksiottoon sosiaalityössä. *Janus* 21(2), 144–161.

Rintala, J. 2015. Iäkkäiden alkoholin käyttö. Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) *Alkoholiriippuvuus*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 153–160.

Schonfeld, L., King-Kallimanis, B.L., Duchene, D.M., Etheridge, R.L., Herrera, J.R., Barry, K.L. & Lynn, N. 2010. Screening and Brief Intervention for Substance Misuse Among Older Adults: The Florida BRITE Project. *American Journal of Public Health* 100(1), 108–114.

Seppä, K. 2003. Alkoholiongelman varhaistoteaminen. Teoksessa Salaspuro, M., Kiinamäe, K. & Seppä, M. (toim.) Päihdelääketiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 57–63.

Shaw, C. & Palattiyil, G. 2008. Issues of alcohol misuse among older people: attitudes and experiences of social work practitioners. *Practice: Social Work in Action* 20(3), 181–193.

Simojoki, K. 2016. Ikäihmisten alkoholinkäytön riskit, tunnistaminen ja hoito. *Suomen Lääkärilehti* 6(71), 403–407.

Soares, J., de Vargas, D. & Formigoni ML. 2013. Knowledge and attitudes of nurses towards alcohol and related problems: the impact of an educational intervention. *Rev Esc Enferm USP* 47(5), 1172–1179.

Sotkanet. 2016. Tulostaulukko. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu [20.1.2017]. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=szY0iYg3MgQA&region=s07MBAA=&year=sy4rszbV0zUEAA==&gender=m:f;t>

STM. 2016. Kärkihanke, Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa, Hankesuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:41. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM\\_RAPORTTI.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75191/STM_RAPORTTI.pdf?sequence=1)

STM. 2015a. Ehkäisevän päihdetyön toimintaohjelma. Alkoholi-, huume- ja rahapelihaittojen sekä tupakoinnin vähentäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:19. Saatavissa: [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129494/STM\\_EPT-kansi\\_sisus\\_netti.pdf?sequence=3](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129494/STM_EPT-kansi_sisus_netti.pdf?sequence=3)

STM. 2015b. Kotihoito ja kotipalvelut. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu [13.12.2016]. Saatavissa: <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>

STM. 2013. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN\\_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/69933/ISBN_978-952-00-3415-3.pdf?sequence=1)

STM. 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Saatavissa: [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM\\_2012\\_%20KASTE\\_FI\\_uusi.pdf?sequence=1](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74066/STM_2012_%20KASTE_FI_uusi.pdf?sequence=1)

STM. 2012b. Yli 65-vuotias - Arvioi alkoholin käyttöäsi. Mittari alkoholin käytön itsearviointiin. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201208036267>

STM. 2012c. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari: Alkoholin käytön arvioinnin ja ohjaamisen työväline ammattihenkilöille. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201601203343>

STM 2009a. MIELENTERVEYS- JA PÄIHDESUUNNITELMA, Mieli 2009 - työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112002/passthru.pdf?sequence=1>

STM 2009b. 10 henkilökohtaista kysymystä alkoholinkäytöstä. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2004:3.

STM. 2006. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriö Esitteitä 2006:6. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:952-00-1991-X>

Taittonen, M. 2011. Päihteitä käyttävän ikäihmisen kohtaaminen kotihoidossa. Asiakkaiden ryhmittely juomatapojen mukaan, kotihoidon työntekijän rooli sekä eettiset jännitteet. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/82290/gradu04839.pdf?sequence=1>

THL. 2016. Työvälineitä yli 65-vuotiaiden alkoholin käytön arviointiin ja varhaiseen tukeen. Saatavissa: [https://www.thl.fi/documents/10531/124599/Tyovalineita\\_65v\\_2012.pdf](https://www.thl.fi/documents/10531/124599/Tyovalineita_65v_2012.pdf)

THL. 2015. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Päivitetty 29.6.2016. Viitattu [13.12.2016]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>

Tilastokeskus. 2014. Lähes joka viides suomalainen 65 vuotta täyttänyt. Tilastokeskus. Viitattu [9.12.2016] Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2013/01/vaerak\\_2013\\_01\\_2014-09-26\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2013/01/vaerak_2013_01_2014-09-26_tie_001_fi.html)

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampere University Press.

Tsai, Y-F., Tsai, M-C., Lin, Y-P., Weng, C-E., Chou, Y-L. & Chen, C-Y. 2011. An Alcohol Training Program Improves Chinese Nurses' Knowledge, Self-Efficacy, and Practice: A Randomized Controlled Trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental research* 35(5), 976–983.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4>

Vadlamudi, R.S., Adams, S., Hogan, B., Wu, T. & Wahid, Z. 2007. Nurses' attitudes, beliefs and confidence levels regarding care for those who abuse alcohol: Impact of educational intervention. *Nurse Education in Practice* 8, 290–298.

Valtonen, A. 2005. Ryhmäkeskustelut – Millainen metodi? Teoksessa: Ruusuvoori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 223–241.



- Vataja, R. 2015. Alkoholimuistisairaus (alkoholidementia). Teoksessa Aalto, M., Alho, H., Kianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.). Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 207.
- Vilkko, A., Finne-Soveri, H., Sohlman, B., Noro, A. & Jokinen, S. 2013. Kotona asuvan ikäihmisen kohtuutta runsaampi alkoholinkäyttö ja omaisen hoitovastuu. Teoksessa Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt C. (toim.) Alkoholit ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 63–77.
- Virtanen, J. 2016a. Osastonhoitaja. Kotkan kotihoito. Puhelinhaastattelu 27.7.2016.
- Virtanen, J. 2016b. Vs: Ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotosta [sähköpostiviesti]. Vastaanottaja Patjas, M. Lähetetty 29.11.2016.
- Wadd, S. & Galvani, S. 2014. Working with Older People with Alcohol Problems: Insight from Specialist Substance Misuse Professionals and their Service Users. *Social Work Education* 33(5), 656–669.
- Wallace, C., Black, D.J. & Fothergill, A. 2009. Integrated assessment of older adults who misuse alcohol. *Nursing Standard* 24(33), 51–57.
- Wang, X., Steier, J.B. & Gallo, W.T. 2014. The effect of retirement on alcohol consumption: results from the US Health and Retirement Study. *European Journal of Public Health* 24(3), 485–489.
- Warpenius, K., Holmila, M., Heikkilä, A., Snikere, S. & Aleksandrovs, A. 2015. Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe: Reframing Addictions Project (ALICE RAP), The feasibility of screening for alcohol problems in emergency departments, and the attitudes of professionals – a comparative analysis between Finland and Latvia.
- Warren, O.U., Sena, V., Choo, E. & Machan, J. 2012. Emergency Physicians' and Nurses' attitudes towards Alcohol-Intoxicated Patients. *The Journal of Emergency Medicine* 43(6), 1167–1174.

## LIITTEET

### LIITE 1

Asiakaskyselyn saatekirje

**Minna Patjas / Kotihoidon hoitotyön  
vastaava ...**

#### **Arvoisa kotihoidon asiakas,**

Olen sairaanhoitaja (AMK) Minna Patjas. Opiskelen sosiaali- ja terveysalan kehittämistä ja johtamista Lahden ammattikorkeakoulussa, tavoitteenani valmistua keväällä 2017 (sairaanhoitaja YAMK).

Teen opinnäytetyönäni kehittämishanketta Kouvolan kotihoidon kanssa, ja hankkeen tarkoitus on yhtenäistää ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiottoa Kouvolan kotihoidossa luomalla puheeksiottoon toimintamalli.

Kehittämistyössä asiakasnäkökulma on erittäin tärkeä, joten toivon Teidän kotihoidon asiakkaana vastaavan liitteenä olevaan kyselyyn, joka kartoittaa kokemuksianne alkoholin käytön puheeksiotosta.

Kysely on lähetetty satunnaisesti valituille kotihoidon asiakkaille, eikä kukaan kotihoidon ulkopuolinen henkilö ole henkilötietojanne käsitellyt. Edes allekirjoittanut tutkijana ei tiedä valittujen henkilöllisyyttä. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä henkilöllisyyttänne voida tutkimustuloksista tunnistaa. Kyselyn tulokset kuvataan kootusti opinnäytetyössä ja niitä käytetään vain toimintamallin kehittämiseksi. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisella tavalla opinnäytetyön valmistuttua.

Jos haluatte osallistua kotihoidon laadun kehittämiseen ja puheeksioton toimintamallin luomiseen, vastatkaa kyselyyn ja postittakaa se viimeistään 14.10.2016. Kirjeen mukana on valmiiksi täytetty palautuskuori postimerkkeineen.

Kiitos vastauksestanne jo etukäteen!

Kunnioittaen,

---

**Minna Patjas**

sairaanhoitaja AMK, sairaanhoitaja YAMK-opiskelija  
28.9.2016

## LIITE 2

### Asiakaskysely

1. Sukupuoli

- Mies
- Nainen

2. Ikä

- Alle 65-vuotias
- 65 – 74 -vuotias
- 75 – 84 -vuotias
- yli 85 -vuotias

3. Onko Teiltä kotihoidon asiakkaana ollessanne kysytty alkoholin käytöstänne?

- Kyllä
- Ei

4. Oletteko saaneet kotihoidolta kirjallisia ohjeita tai esitteitä alkoholin käyttöön liittyen?

- Kyllä
- Ei

5. Oletteko saaneet kotihoidolta kirjallisia ohjeita tai esitteitä erityisesti ikääntyneen alkoholin käytöstä?

- Kyllä
- Ei

6. Kuuluuko mielestänne alkoholin käytöstä kysyminen kotihoidon työntekijöiden tehtäviin?

- Kyllä
- Ei

**Jos Teiltä EI ole kotihoidossa kysytty alkoholin käytöstänne, siirrykää kysymyksen 10.**

**Jos Teiltä ON kysytty kotihoidon asiakkaana alkoholin käytöstänne, vastatkaa myös kaikkiin seuraaviin kysymyksiin.**

7. Onko alkoholin käytöstänne kysytty kotihoidossa useammin kuin kerran?

Kyllä

Ei

8. Liittyikö alkoholin käytöstä kysymiseen myös muuta keskustelua tai suullista tiedon antamista alkoholin käytöstä?

Kyllä

Ei

9. Minkälaisia tuntemuksia alkoholin käytön puheeksiotto kotihoidossa Teissä herätti? Voitte valita useamman vaihtoehdon.

Ei herättänyt erityisiä tuntemuksia

Häpeää

Alkoholin käyttö on henkilökohtainen asia, jota ei kuulu kysyä

Tuntui että minusta ja terveydestäni ollaan kiinnostuneita

Puheeksiotto tehtiin kunnioittavaan sävyyn

Muuta, mitä?

10. Toivoisitteko saavanne kotihoidossa enemmän tietoa ikääntyneen alkoholin käytöstä?

Kyllä

Ei

11. Toivoisitteko saavanne kotihoidossa enemmän tietoa alkoholin ja lääkähoidon yhteisvaikutuksista ja riskeistä?

Kyllä

Ei

12. Toivoisitteko alkoholin käytön puheeksiottamisen yhteydessä saavanne ikääntyneen alkoholin käytöstä kirjallista materiaalia, kuten esitteitä tai ohjeistuksia?

Kyllä

Ei

**Kiitos osallistumisestanne kotihoidon kehittämiseen!**

## LIITE 3

Henkilöstökyselyn saate

### *Kouvolan kotihoidon henkilöstökysely, ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön puheeksi ottaminen*

Hei,

Olen sairaanhoitaja (AMK) Minna Patjas. Opiskelen Sosiaali- ja terveysalan kehittämistä ja johtamista (sairaanhoitaja YAMK) Lahden ammattikorkeakoulussa. Teen opinnäytetyönäni kehittämishanketta Kouvolan kotihoidon kanssa, ja hankkeen tavoitteena on kehittää toimintamalli ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiottoon Kouvolan kotihoidossa. Ikääntyneiden alkoholin käyttö on kasvava haaste terveydenhuollossa ja on tärkeää, että hoitohenkilöstön toiminta myös ikääntyneiden alkoholin käytön puheeksiotossa on yhtenäistä.

Tämä kysely on iso osa kehittämishanketta, ja jokaisen kotihoidon työntekijän vastaus on tärkeä toimintamallin kehittämiseksi ja kotihoidon laadun parantamiseksi!

Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä vastaajan henkilöllisyyttä voida tutkimustuloksista tunnistaa. Tutkimustulokset kuvataan kootusti opinnäytetyössä ja aineistoa käytetään kehittämishankkeen toimintamallin luomiseen, mutta se voi nostaa esiin myös muita kehittämistarpeita kotihoidossa. Kyselyyn vastaamiseen menee noin 5 minuuttia.

Vastaa kyselyyn 17.10.2016 mennessä.

Kiitos jo etukäteen vastauksestanne ja osallistumisestanne kotihoidon laadun kehittämiseen!

Kunnioittaen,

Minna Patjas  
sairaanhoitaja AMK, sairaanhoitaja YAMK-opiskelija

Tarvittaessa yhteydenotot: Kotihoidon hoitotyön vastaava ....

## LIITE 4

### Henkilöstökysely

**1. Ikänne? \***

- 18 - 24 -vuotias
- 25 - 34 -vuotias
- 35 - 44 -vuotias
- 45 - 54 -vuotias
- yli 55-vuotias

**2. Ammattinne? \***

- Lähihoitaja
- Sairaanhoitaja
- Muu, mikä?

**3. Aika, jonka olette työskennellyt Kouvolan kotihoidossa? \***

- Alle vuoden
- 1-5 vuotta
- 6-10 vuotta
- 11-20 vuotta
- Yli 20 vuotta

**4. Asiakkaan alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu mielestäni kotihoidon työntekijän toimenkuvaan. \***

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

**5. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen kotihoidon ikääntyneen asiakkaan kanssa on minusta mielekästä. \***

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

**6. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen kotihoidon ikääntyneen asiakkaan kanssa on mielestäni vaikeaa. \***

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

**7. Käytättekö ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön puheeksi ottamisen tukena kirjallisia materiaaleja, kuten erilaisia ohjeistuksia tai esitteitä? \***

- Useimmiten
- Joskus
- Harvoin
- En käytä. Jos et, niin miksi et?

**8. Käytättekö ikääntyneen alkoholin käytön arvioinnin tukena erilaisia mittareita, kuten AUDIT? \***

- Useimmiten
- Joskus
- Harvoin
- En käytä

**9.** Kouvolan kotihoidossa on mielestäni selkeät ohjeet asiakkaan alkoholin käytön kirjaamiseen. \*

- Täysin samaa mieltä
- Jokseenkin samaa mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin eri mieltä
- Täysin eri mieltä

**10.** Koetteko tarvitsevanne kotihoidossa selkeitä ohjeita asiakkaan alkoholin käytön puheeksiottoon? \*

- Kyllä
- Ei

**11.** Oletteko osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen? \*

- Kyllä, vuoden sisällä
- Kyllä, 1-5 vuoden aikana
- Kyllä, yli 5 vuotta sitten
- En ole osallistunut

**12.** Koetteko tarvitsevanne lisää koulutusta erityisesti ikääntyneen alkoholin käyttöön liittyen? \*

- Kyllä, minkälaista?
- Ei



## LIITE 5

### Henkilöstökyselyn tulokset

1. Ikänne?:	
18 - 24 -vuotias	5,5%
25 - 34 -vuotias	19,2%
35 - 44 -vuotias	31,5%
45 - 54 -vuotias	24,7%
yli 55-vuotias	19,2%
2. Ammattinne?:	
Lähihoitaja	91,8%
Sairaanhoitaja	4,1%
Muu, mikä?	4,1%

#### **Avoimet vastaukset: Muu, mikä?**

- terveydenhoitaja
- perushoitaja
- kotiavustaja

3. Aika, jonka olette työskennellyt Kouvolan kotihoidossa:	
Alle vuoden	8,2%
1-5 vuotta	34,2%
6-10 vuotta	20,5%
11-20 vuotta	21,9%
Yli 20 vuotta	15,1%
4. Asiakkaan alkoholin käytöstä kysyminen kuuluu mielestäni kotihoidon työntekijän toimenkuvaan.:	
Täysin samaa mieltä	52,1%
Jokseenkin samaa mieltä	43,8%
En osaa sanoa	2,7%
Jokseenkin eri mieltä	1,4%
5. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen kotihoidon ikääntyneen asiakkaan kanssa on minusta mielekästä.:	
Täysin samaa mieltä	19,2%
Jokseenkin samaa mieltä	38,4%
En osaa sanoa	21,9%
Jokseenkin eri mieltä	16,4%
Täysin eri mieltä	4,1%
6. Alkoholin käytön puheeksi ottaminen kotihoidon ikääntyneen asiakkaan kanssa on mielestäni vaikeaa.:	
Täysin samaa mieltä	5,5%
Jokseenkin samaa mieltä	43,8%
En osaa sanoa	8,2%
Jokseenkin eri mieltä	32,9%
Täysin eri mieltä	9,6%

7. Käytättekö ikääntyneen asiakkaan alkoholin käytön puheeksi ottamisen tukena kirjallisia materiaaleja, kuten erilaisia ohjeistuksia tai esitteitä?:

Useimmiten	5,5%
Joskus	20,5%
Harvoin	47,9%
En käytä. Jos et, niin miksi et?	26%

**Avoimet vastaukset: En käytä. Jos et, niin miksi et?**

- eipä ole kukaan kertonut
- vuonna käpy ja nakki on tullut ohjeistuksia tai esitteitä, mutta heti kun niitä tulee, niin luen ne ja käytän niitä työssäni. Nyt on menty sillä vanhalla tiedolla mitä on joskus opittu.
- tällaisia ei ole toimistolla saatavilla
- selkeitä esitteitä asiakkaalle ei ole
- meillä ei ole käytössä sellaisia
- ei ole ollut tarvetta
- Ei ole tietoa
- Ei ole tarjolla
- en ole tiennyt, että sellainen on
- en usko, että auttaa
- esitteitä ei ole mukana
- ei hallussa asia
- ei tietääkseni ole mitään materiaalia

8. Käytättekö ikääntyneen alkoholin käytön arvioinnin tukena erilaisia mittareita, kuten AUDIT?:

Useimmiten	2,7%
Joskus	34,2%
Harvoin	23,3%
En käytä	39,7%

9. Kouvolan kotihoidossa on mielestäni selkeät ohjeet asiakkaan alkoholin käytön kirjaamiseen.:

Täysin samaa mieltä	4,1%
Jokseenkin samaa mieltä	20,5%
En osaa sanoa	21,9%
Jokseenkin eri mieltä	39,7%
Täysin eri mieltä	13,7%

10. Koetteko tarvitsevanne kotihoidossa selkeitä ohjeita asiakkaan alkoholin käytön puheeksiottoon?:

Kyllä	72,6%
Ei	27,4%

11. Oletteko osallistunut alkoholiin liittyvään koulutukseen?:

Kyllä, vuoden sisällä	8,2%
Kyllä, 1-5 vuoden aikana	13,7%
Kyllä, yli 5 vuotta sitten	15,1%
En ole osallistunut	63%

12. Koetteko tarvitsevanne lisää koulutusta erityisesti ikääntyneen alkoholin käyttöön liittyen?:

Kyllä, minkälaista?	57,5%
Ei	42,5%

**Avoimet vastaukset: Kyllä, minkälaista?**

- lääkkeit ja alkoholi yhteisvaikutukset
- Koko kotihoidon henkilöstölle olisi hyvä, koska tieto muuttuu ja varmasti muuttunut ja käytännöt mm. Kouvolan kotihoidossa. Toivottavasti tämä kysely antaa osviittaa millaista koulutusta tarvitaan. Oli se mitä tahansa niin kaikki kiinnostaa, vaikka en ole päihdevastaava tai päihdettiimissä.
- Asiakkaan psyykinen motivointi elämään päihteetöntä elämää
- ALKOHOLI JA LÄÄKKEET
- kaikki koulutus on hyvästä mikä liittyy mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön.
- selvät ohjeet miten toimitaan, kirjataan ja asia otetaan puheeksi ja mihin otetaan yhteyttä, selvä polku toimiseen. Mielestäni asia esitettävä hienovaraisesti, asiakasta kunnioittaen ei loukaten. En osaa sanoa minkälaista se koulutus on, mutta toimintaohjeesta olisi apua arjen työssä.
- Puheeksi otto, hoitajien asenteet, lääkkeet ja päihteet, lääkkeiden väärinkäyttö
- Koulutusta
- Lääkkeet ja alkoholi. Hoitoon hakeutuminen Kouvolassa. Miten viedä tietoa omaisille vaarantamatta luottamusta
- miten otat puheeksi alkoholin, miten ohjeistat tarvittaessa hoitoon, miten puutut kotona tilanteeseen
- Puheeksi ottaminen. Miten ohjataan hoitoon ja mistä saa tukea alkoholista pois pääsyyn.
- Lisää tietoa aiheesta
- Puheeksi ottamisessa, mittareiden käytössä.
- asiaan liittyvää koulutusta
- koulutusta, miten ottaa puheeksi, jotain runkoa miten edetä, jos tulee asiakkaalta kieltävä vastaus tai jos tulee myöntävää palautetta.
- Ihan yleistä tietoa kaipaisin
- hoitajien pitäisi olla koulutettuja päihde- ja mielenterveyspuoleen
- Selkeää ohjeistusta, asiakkaan kohtaamista, jos ongelma todellinen
- yleisesti miten käyttäydytään, jos asiakkaana päihdeihminen, myös kirjaaminen tietoihin, mitä kirjataan
- ikääntyneiden alkoholin käytöstä yleensä, miten asia ottaa puheeksi

## LIITE 6

### Toimintamalli

#### IKÄÄNTYNEEN ASIAKKAAN ALKOHOLIN KÄYTÖN PUHEEKSIOTTO JA ONGELMAKÄYTÖN TUNNISTAMINEN KOUVOLAN KOTIHOIDOSSA

- Jokaiselle ikääntyneelle asiakkaalle, osana RAI-arviointia, tehdään myös alkoholin käytön arviointi. Arvioinnin tekee pääasiassa omahoitaja.
  - **2 viikon** arviointijakson aikana, sekä **6 kuukauden välein**
  - **AUDIT-c** (Audit:n kysymykset 1-3), jos tämä herättää huolta, tai pisteitä tulee 4 tai enemmän, tehdään koko **AUDIT- testi**
    - vakavasti muistisairaiden kanssa mittarit eivät anna luotettavaa tulosta. Tällöin havainnot ja keskustelu omaisten kanssa keskeistä!
  - Tarkenna myös **lääkkeellinen alkoholin käyttö**
  - **Kirjaa** pisteet HOIPIS-lehdelle ja päivittäismerkintöihin
  - **Kirjaa** myös muutoin oleelliset asiakkaan alkoholin käyttöön liittyvät asiat päivittäismerkintöihin

Runsaan alkoholin käytön pisterajat ikääntyneillä:

**AUDIT-C** (Audit:n kysymykset 1-3): 4  
**AUDIT**: 5

Ikääntyneen alkoholin käytön suositukset:

**Enintään 2 annosta** kerralla,

**Enintään 7 annosta** viikossa

Ikääntyneen riskikulutuksen rajat:

**3 annosta tai enemmän** kerralla,

**8 annosta tai enemmän** viikossa

- Jos huoli herää:
  - **Keskustele** asiakkaan kanssa **Yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin** avulla
  - Jos asiakas ei halua keskustelua, voit jättää **Yli 65-vuotiaan alkoholin käytön itsearviointimittarin** asiakkaalle luettavaksi itsenäisesti. Voit yrittää keskustelua myöhemmin uudelleen

Kunnioittavasti,  
tuomitsemattomasti ja  
asiakkaan kielellä

- **Huomioi** asiakkaan **lääkitys!** (kts. laatikko lopussa)
- Kysy ja **kartoita** asiakkaan **historiaa**, miksi ja missä tilanteissa juo?
- **Keskustele** mahdollisuuksien mukaan myös asiakkaan **omaisten kanssa** asiakkaan alkoholin käytöstä
- **Korvaavien toimintojen pohtiminen** juomiselle yhdessä asiakkaan kanssa

Kun tiedät miksi ja missä tilanteissa asiakas juo, on korvaavien toimintojen pohtiminen juomiselle yhdessä asiakkaan kanssa helpompaa

- **Kirjaa** aina oleelliset huomiot asiakkaan alkoholin käytöstä päivittäismerkintöihin
  - **Tiedota asiakkaan päihtymystilasta** alueesi sh:lle, esimiehellesi tai päihde- ja mielenterveystiimiläiselle

JOS TARVITSET TUKEA ASIAKKAAN TILANTEESSA, VOIT AINA OTTAA YHTEYTTÄ ALUEESI  
PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSTIIMILÄISEEN!

#### **HUOMIOITA PÄIVITTÄISSEURANTAAN:**

Seuraavat oireet voivat olla merkkejä mahdollisesta alkoholin käytöstä:

- vatsavaivat, ripuli
- unihäiriöt
- kohonnut verenpaine
- eteisvärinä
- iho-ongelmat
- ahdistus, masennus
- kaatumiset
- elämäntilanteen heikentyminen
- aggressiivisuus, arvaamattomuus

Alkoholiriippuvuuteen voivat viitata mm.

- levottomuus ilman juomista
- yöhikoilu
- aamupahoinvointi ja -oksentelu
- aamujuominen
- hallusinaatiot

Delirium tremens on pitkäaikaisen juomisen aiheuttama hengenvaarallinen tila, joka vaatii sairaalahoitoa. Tyypillisimpiä oireita ovat mm. sekavuus, levottomuus, hallusinaatiot, orientoimattomuus aikaan ja paikkaan, hikoilu, vapina ja verenpaineen nousu.

**HUOMIOI AINA POTILAAN LÄÄKITYS, JOS ALKOHOLIN KÄYTTÖÄ ILMENEE!** Joitakin esimerkkejä yhteiskäytön riskeistä:

Alkoholi + keskushermostoa lamaavat lääkkeet, kuten bentsodiatsepiinit, lihasrelaksantit, vahvat kipulääkkeet, kuten oksikodoni = sekavuutta, onnettomuusriski, hengityspysähdys

Alkoholi + parasetamoli = maksatoksisuus, maksavaurion riski

Alkoholi + tulehduskipulääkkeet = ruoansulatuskanavan haittojen lisääntyminen

Alkoholi + diabeteslääkkeet, verenpainelääkkeet = lääkkeen teho heikkenee tai tehostuu

Alkoholi + jotkut diabeteslääkkeet ja antibiootit = antabusreaktio

Alkoholi + verenohennuslääkkeet, kuten varfariini = lääkepitoisuus veressä alhaisempi

Alkoholi + väsyttävät psykoosilääkkeet = lääkkeen myrkyllisyys lisääntyy

Ym.....