



**”OTETTAAN PUHHEEKSI”
Ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvä käytäntö
Pielisen Karjalan kotihoidossa**

Opinnäytetyö

Taina Säppi

**Sosiaalialan koulutusohjelma
Palveluohjaus**

Hyväksytty ____ . ____ . ____ _____

Koulutusala: Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma: Sosiaalialan koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto: Palveluohjaus
Työn tekijä: Taina Säppi	
Työn nimi: ”Otettaan puhheeksi” – Ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvä käytäntö Pielisen Karjalan kotihoidossa	
Päiväys: 11.11.2009	Sivumäärä/liitteet: 67/10
Ohjaaja: Kristiina Kukkonen	
Toimeksiantaja: Pielisen Karjalan ikäihmisten kehittämissyksikkö Karpalo	
Tiivistelmä: <p>Opinnäytetyöni aiheena on ikääntyneiden ehkäisevä päihdetyö Pielisen Karjalaan kuuluvien Lieksan ja Nurmeksen kaupungin sekä Valtimon kunnan kotihoidossa. Tutkimukseni liittyy näiden kuntien aloittamaan seudulliseen ikääntyneiden päihdetyön kehittämiseen. Tavoitteenani on tutkia millainen toimintatapa sopii ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön toteuttamiseen tällä alueella.</p> <p>Tutkimukseni on laadullinen. Tutkin mitä osa-alueita seudullisen toimintatavan luomisessa tulee huomioida ja tein prosessiarviointia käynnissä olevan kehittämistyön tulosten juurtumisesta alueen kotihoidon käytäntöihin. Keräsin tutkimusaineistoa haastattelemalla kaikkien kolmen kunnan kotihoidon työntekijöitä keväällä 2009. Toteutin teemahaastattelut ryhmähaastatteluina. Analysoin haastatteluista saadun aineiston teoriaohjaavalla sisällönanalyysillä. Haastattelujen ja taustateorian pohjalta laadin ehdotuksen Pielisen Karjalan kotihoidon ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvästä käytännöstä.</p> <p>Ehdottamassani hyvän käytännön mallissa vastuuhoidtaja kysyy kaikilta asiakkailtaan päihteiden käytöstä palvelutarpeen arvioinnin ja hoito- ja palvelusuunnitelman tekemisen yhteydessä. Hän huomioi päihteidenkäyttöön liittyvät riskitekijät arjen työssä ja informoi asiakasta lääkehoidon yhteydessä. Hän ottaa tarvittaessa päihteiden käytön puheeksi asiakkaan kanssa ja tekee riskikäyttäjille lyhytneuvonnan. Vastuuhoidtajan tukena työssä on kotihoidon tiimi ja asiakkaan sosiaalinen verkosto. Asiakkaan päihteidenkäytön lisääntyessä kotihoidon työntekijät tekevät moniammatillista yhteistyötä päihdehuollon työntekijöiden ja kotihoidon lääkärin kanssa.</p> <p>Ehdotan, että seudullinen ikääntyneiden päihdetyön kehittäminen Pielisen Karjalan kotihoidossa jatkuu mallin testaamisella käytännössä.</p>	
Avainsanat: Ikääntyneiden ehkäisevä päihdetyö, hyvä käytäntö, kotihoito, Pielisen Karjala	
Luottamuksellisuus:	

Field of study: Social Services, Health and Sports	
Degree Programme: Degree Programme in Social Services	Option: Case Management
Author: Taina Säppi	
Title of Thesis: “Lets’s ask and discuss about it”- Good practices for preventive intoxicant work in home care among aging clients in Lake Pielinen area of North Karelia.	
Date: 11.11.2009	Pages/appendices: 67/10
Supervisor: Kristiina Kukkonen	
Project/Partners: Karpalo - Development Unit of the Services for the Elderly	
<p>Abstract:</p> <p>The subject of this thesis is preventive intoxicant work in home care among aging people in Lake Pielinen area of North Karelia, consisting municipalities of Lieksa, Nurmes and Valtimo. My research refers to an ongoing programme of developing and improving the practices of regional preventive intoxicant work in this area. The goal is to look for and observe regionally suitable methods to accomplish preventive intoxicant work for aging clients.</p> <p>My research is qualitative. I observed aspects to attend to in creating regional courses of action and do process assessment of how the results of ongoing development in methods have become established in practices in home care. Legwork was done during springtime 2009 by interviewing employees of home care in Lieksa, Nurmes and Valtimo. Interviews were theme-based and were carried out as group interviews. I analysed the resulting material by using content analysis. By putting together interview material and background theories related to the subject I created a proposition for a good practice to carry out preventive intoxicant work in home care among aging clients in Lake Pielinen area.</p> <p>In this proposition for good practice, personal care assistant asks the client about her/his possible use of intoxicants and discusses about it as a part of assessing and specifying the need for care and takes this into account in making the care plan. Also, possible risks of using intoxicants are taken into account in everyday assistance and client is properly advised in pursuance of medical treatment. When necessary, personal care assistant pays attention to client’s intoxicant usage and discusses about it and gives for at-risk users further information and counselling briefly. As a support for personal care assistant is the team of home care and also client’s own social network. If client’s use of intoxicants gets alarming, employees of home care put multiprofessional teamwork in to practice with employees of regional alcohol and substance abuse counselling services and with the doctor of home care team.</p> <p>I suggest that this mode of operation to further evolve preventive intoxicant work in home care for aging clients continues with field testing in Lake Pielinen area.</p>	
Keywords: Preventive intoxicant work, aging, good practices, home care, Lake Pielinen area of North Karelia	
Confidentiality:	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	5
2 HYVÄ KÄYTÄNTÖ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA	7
2.1 Hyvä käytäntö	7
2.2 Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvät käytännöt malli	8
2.2.1 Tunnistaminen.....	9
2.2.2 Arviointi	11
2.2.3 Tiivistäminen ja siirtäminen.....	13
3 IKÄÄNTYNEIDEN EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ	14
3.1 Varhainen puuttuminen päihdetyössä	15
3.1.1 Riskitekijät ja tunnistaminen	16
3.1.2 Päihteiden käytön puheeksi ottaminen	17
3.1.3 Lyhytneuvonta eli mini-interventio.....	18
3.1.4 Jalkautuva päihdetyö	19
3.2 Lippajärvi-Jupperin päihdehoitotyön malli	20
3.3 Seudullinen päihdetyö Pielisen Karjalassa.....	21
4 KOTIHOITO	24
4.1 Kotihoitoa määrittelevät reunaehdot	24
4.2 Kotihoidon työkäytännöt.....	25
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	27
5.1 Tutkimustehtävät.....	27
5.2 Tutkimusmenetelmät	28
5.3 Tutkimusaineiston kerääminen	31
5.4 Aineiston analyysi	34

6 IKÄÄNTYNEIDEN EHKÄISEVÄN PÄIHDETYÖN HYVÄ KÄYTÄNTÖ	38
6.1 Kotihoidon käytäntö	38
6.1.1 Työn tekemisen lähtökohdat	38
6.1.2 Vastuuhoitajuuden ja tiimityön merkitys	41
6.1.3 Interventiot	44
6.2 Moniammatillinen käytäntö	45
6.3 Työvälineet.....	47
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	49
7.1 Hyvän käytännön malli	51
7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	54
8 POHDINTA	57
LÄHTEET	60

Liite 1	Lippajärvi-Jupperin päihdehoitotyön malli
Liite 2	Kotihoidon työryhmille lähetetty kirje
Liite 3	Ennakkokyselylomake
Liite 4	Itsearviointikysymykset
Liite 5	Teemahaastattelurunko
Liite 6	Tutkimuslupa Lieksan kaupungilta
Liite 7	Tutkimuslupa Nurmeksien kaupungilta
Liite 8	Tutkimuslupa Valtimon kunnalta
Liite 9	Tutkimuslupa Nurmeksien ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymältä
Liite 10	Luettelo opinnäytetyön ohjausryhmän jäsenistä

1 JOHDANTO

Tilastojen mukaan raittiita suomalaisia ikäihmisiä on vuosi vuodelta vähemmän. Ikääntyneet käyttävät yhä alkoholia vähemmän kuin työikäiset, mutta heidän alkoholinkulutuksensa on lisääntynyt selkeästi. (Laitalainen, Helakorpi & Uutela 2008, 16.) Tämä ilmiö heijastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, joissa ikääntyneiden asiakkaiden päihdeongelmat ovat yleistyneet. On arvioitu, että nämä ongelmat tulevat näkymään palvelujärjestelmässä seuraavan kymmenen vuoden aikana voimakkaasti suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisen vuoksi. Ilmiö luo järjestelmän kehittämislle suuria haasteita. (Inkeroinen & Partanen 2006, 18.)

Ikääntyneille ei ole tällä hetkellä olemassa erityisiä päihdepalveluja. Peruspalvelujen, kuten kotihoidon, rooli korostuu ikääntyneiden kanssa tehtävässä päihdetyössä. Peruspalvelujen kotiin vietäviä palveluja kehittämällä voidaan turvata ikääntyneiden päihdepalvelujen saaminen. (Levo, Viljanen, Heino, Koivula & Aira 2008, 43.) Nykyisessä palvelujärjestelmässä työntekijöillä ei ole tarpeeksi valmiuksia kohdata ikääntyneitä päihdeongelmaisia eikä päihdehuoltojärjestelmä ota huomioon ikääntyneen asiakkaan erityispiirteitä (Haarni, Viljanen & Alanko 2007, 8). Ikääntyvien päihdeongelmia koskevaa osaamista tuleekin vahvistaa henkilökuntaa kouluttamalla (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 37).

Suomessa tiedetään ikääntyneiden alkoholinkäytöstä vielä melko vähän. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten tueksi tarvitaan lisää sekä teoreettista että käytännön tutkimustietoa aiheesta. (Haarni, Viljanen & Alanko 2007, 8.) Kansallisessa mielen-terveys- ja päihdesuunnitelmassa kehoitetaan tukemaan ikääntyneen itsenäistä kotona selviytymistä päihdeongelmien varhaisella tunnistamisella ja ehkäisemiseen liittyvien hyvien käytäntöjen kehittämisellä. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksella on kehitetty sosiaali- ja terveystalvelujen hyvien käytäntöjen tunnistamiseen, arviointiin ja levittämiseen prosessimalli. (Karlsson 2009, 17.) Mallin avulla käytännön työstä löytyvää tietoa voidaan kehittää ja tiivistää selkeiksi toimintamalleiksi.

Lieksan ja Nurmeksen kaupunki sekä Valtimon kunta kuuluvat Pielisen Karjalaan. Vuonna 2007 laaditun väestöennusteen perusteella ikääntyneiden osuus seudun väestöstä kasvaa nopeasti. Arvion perusteella esimerkiksi Lieksan kaupungissa on vuonna

2030 yli 65-vuotiaita jo 46 % väestöstä. Tavoitteena on, että 90 % seutukunnan 75 vuotta täyttäneistä asuu tulevaisuudessa kotona. Tämä tuo haasteita kotihoidon kehittämiseksi. Pielisen Karjalan alueella haasteeseen on vastattu kehittämällä ikääntyneiden ihmisten palveluja seudullisena yhteistyönä ikäihmisten kehittämissyksikkö Karpalossa. Karpalo-hankkeen tavoitteisiin sisältyi seudullisen ikääntyneen päihdeasiakkaan hoidon mallin kehittäminen. Seudullisen yhteistyön tuloksena syntyneen Pielisen Karjalan ikäpoliittisen strategian eräänä tavoitteena on kehitettävän mallin käyttöönotto. (Ikäpoliittinen strategia 2009, 2, 10.) Opinnäytetyöni liittyy edellä mainittuun tavoitteeseen.

Sain toimeksiannon opinnäytetyöhöni ikäihmisten kehittämissyksikkö Karpalolta tehdessäni opintoihin kuuluvaa työharjoittelua Nurmeksen kaupungin vanhuspalveluissa. Asun Pielisen Karjalaan kuuluvassa Nurmeksen kaupungissa ja haluan olla mukana luomassa hyvinvointia omalle seutukunnalleni. Olen valinnut syventäviksi opinnoikseni sekä päihde- että vanhustyön ja käytännön työn kehittäminen kiinnostaa minua. Kiinnostukseni herätti tehtävän vaikeus, sillä aiheesta ei ole vielä paljonkaan tutkittua tietoa. Kiinnostustani lisäsi se, että kehitettävä hyvä käytäntö ylittää sekä kuntarajoja että sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmien rajoja. Lisäksi uskon kotihoidon työntekijöillä olevan hiljaisen tiedon merkitykseen hyvien käytäntöjen kehittämisessä.

Työni tarkoituksena on tutkia millainen toimintatapa sopii ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön toteuttamiseen Pielisen Karjalan kotihoidossa. Tutkin mitä osa-alueita seudullisen toimintatavan luomisessa tulee huomioida ja arvioin käynnissä olevan kehittämistyön tulosten juurtumista alueen kotihoidon käytäntöihin. Tutkimus koostuu ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyöhön ja hyvän käytännön prosessiin liittyvästä teoriasta sekä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijöiden ryhmähaastatteluista. Tulosten pohjalta laadin ehdotuksen Pielisen Karjalan kotihoidon ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvästä käytännöstä.

Tutkimuksessani kotihoito käsittää kotipalvelun ja kotisairaanhoidon. Tässä tutkimuksessa käytän ikääntyneistä sosiaalihuollossa yleisesti käytettävää asiakas-käsitettä. Ikääntynyt ihminen on määritelty yli 55-vuotiaaksi. Tutkimuksessa päihteet on rajattu koskemaan alkoholia ja lääkkeitä.

2 HYVÄ KÄYTÄNTÖ SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

Hyvät käytännöt käsitettä käytetään sosiaali- ja terveystaloudissa hankkeiden toimintamalleja kehitettäessä ja lopputuloksia kuvattaessa. Käsitteestä ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää. Suomessa hyviä käytäntöjä keräävät ja arvioivat esimerkiksi Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, Euroopan sosiaalirahasto, Kehitysvammaliitto, Kuntaliitto ja Työterveyslaitos. Erilaisten toimijoiden hyvän käytännön määritelmiä yhdistää prosessiajattelu ja sellaisten käytäntöjen kuvaaminen, joilla päästään parhaimpiin tuloksiin. (Korhonen & Julkunen 2007, 5.) Hyvästä käytännöstä olevan kaikkia toimijoita yhdistävän tutkimustiedon lisäksi tämä kappale sisältää kuvauksen Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvät käytännöt mallista.

2.1 Hyvä käytäntö

Hyvien käytäntöjen tunnistamisen ja levittämisen taustalla on EU:n kehittämisstrategia ja se liittyy EU:n suosimaan ”avoimen koordinaation menetelmään” (Open Method of Coordination, OMC) (Arnkil 2007, 57). Menetelmään kuuluu tiedon ja tulosten, kuten hyvien käytäntöjen, levittäminen. Suomessa menetelmällä voidaan vertailla työssä toimimisen malleja kansallisella tasolla sekä eurooppalaisissa strategioissa asetettuihin tavoitteisiin. Ajatuksena on, että vertailun kautta voidaan oppia hyviä käytäntöjä. (Arnkil, Spangar & Jokinen 2007, 21.)

Hyvällä käytännöllä tarkoitetaan kehittämistyön tuloksena syntyneitä toimiviksi osoittautunutta uudenlaista toimintatapaa, toimintamenetelmää, työmenetelmää tai interventiota, joka tekee työstä sujuvampaa, mielekkäämpää ja hyödyllisempää. Hyvien käytäntöjen päämääränä on uudistaa työtä ja palveluja kokoamalla sekä arvioimalla tietoa hyvistä ja vaikuttavista työmenetelmistä. Tavoitteena on myös välittää tietoa tällaisista työkäytännöistä toisille saman alan toimijoille. Sosiaalialalla hyvien käytäntöjen kehittämisen tausta-ajatuksena on pyrkimys kohentaa sosiaalialan tieteellisen kritiikin kestävästi tietoperustaa ja lisätä työkäytäntöjen tieto- ja näyttöperusteisuutta. (Korhonen, Julkunen, Karjalainen, Muuri & Seppänen-Järvelä 2007, 44–45.)

Sosiaali- tai terveysalan hyvä käytäntö on asiakkaalle hyvää tuottavaksi arvioitu, eettisesti hyväksyttävä käytäntö (Stakesin hyvät käytännöt toiminta 2007.) Asiakkaan kan-

nalta hyvien käytäntöjen tarkoituksena on tukea asiakkaan hyvää kohtaamista, yhteisten pelisääntöjen luomista sekä tehdä asiakkaan saamasta palvelusta tasavertaisempaa. Hyvä käytäntö voi myös kertoa asiakkaalle palvelun laadusta ja tehdä näkyväksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammatillisia sisältöjä ja toimintatapoja. (Korhonen ym. 2007, 63.)

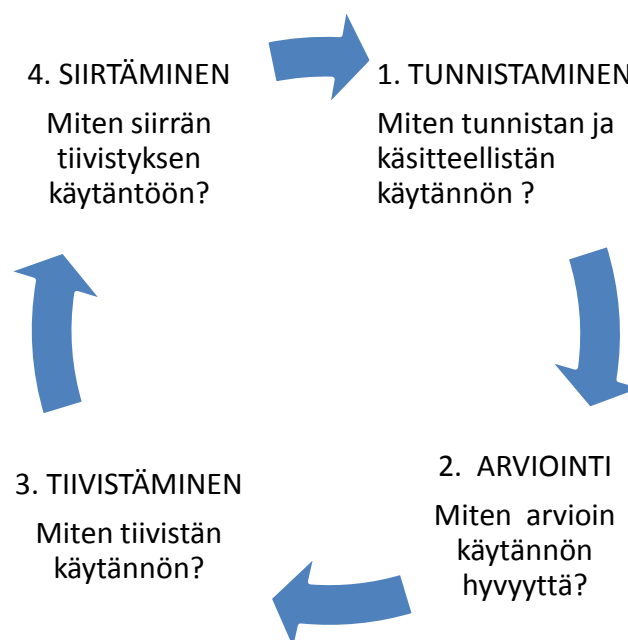
Hyvät käytännöt syntyvät yhteisellä tavoitteellisella prosessilla. Prosessissa opitaan, saadaan palautetta, reflektoidaan ja analysoidaan käytännön toimivuutta. (FinSocin hyvät käytännöt 2007.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa yhtenäiset hyvät työkäytännöt voivat luoda pysyvyyttä kiireen ja työntekijöiden vaihtuvuuden keskellä. Pysyvyyttä edistää työntekijöiden kouluttaminen hyvän käytännön mukaiseen prosessiajatteluun sekä hyvän käytännön kuvausten laatiminen. Keskeistä on resursoiminen hyvien käytäntöjen oppimisen tukemiseen. (Korhonen ym. 2007, 62.)

Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa suositellaan Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen hyvä käytäntö -toiminnan jatkamista. Toiminnalla tulisi tukea päihdetyön hyvien käytäntöjen tunnistamista ja kuvaamista. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 39). Pielisen Karjalan kunnat ovat mukana ikäihmisten palvelujen sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa KASTEessa. KASTE-ohjelman tavoitteena on, että työ- ja hoitomenetelmät perustuvat enemmän tutkittuun tietoon, kehittäminen on osa perustyötä ja hyvät käytännöt leviävät. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelma 2008, 21.)

2.2 Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvät käytännöt malli

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen Innovaatiot ja hyvät käytännöt -yksikkö FinSoc koordinoi laitoksen Hyvät käytännöt toimintaa. Yksikössä on luotu sosiaali- ja terveyspalvelujen hyvien käytäntöjen tiedon kokoamisen ja levittämisen malli. (Korhonen & Julkunen 2007, 3.) Mallissa hyvä käytäntö voidaan kuvata tiivistetysti sanallistamalla käytännön osatekijät. Mallissa kuvataan hyvän käytännön kehittämissympäristö, käytännön toimivuuden ja vaikuttavuuden arviointi sekä suunnitelmat käytännön juurruttamiseksi. (Korhonen ym. 2007, 45.)

Mallin mukaan hyvä käytäntö tulee kuvata siten, että lukija pystyy arvioimaan, millaiseen tietoon käytännön toimivuus perustuu ja millainen tieto siitä puuttuu. Hyvä käytäntö voidaan tunnistaa eri lähteistä saadun tiedon avulla. Tieto voi olla tutkittua tai arvioitua, käytännön tietoa tai asiakkaan kokemuksia. Hyvässä käytännössä rakennetaan usein siltoja eri toimijoiden, organisaatioyksiköiden tai palvelujen välille. (Stakesin hyvät käytännöt -toiminta 2007.) Hyvän käytännön prosessia voidaan kuvata neljä vaihetta sisältävällä kuviolla (kuvio 1). Prosessiin liittyy käytännön tunnistaminen, arviointi, tiivistäminen ja käytäntöön siirtäminen. (Hyvän käytännön prosessi 2007.)



KUVIO 1. Hyvän käytännön prosessi (Hyvän käytännön prosessi 2007)

2.2.1 Tunnistaminen

Hyvän käytännön kuvaamisessa prosessin ensimmäinen vaihe on käytännön tunnistaminen. Tunnistamisessa tullaan tietoiseksi oman toiminnan vahvuuksista ja heikkouksista ja sanallistetaan käytäntöjä. (Korhonen & Julkunen 2007, 8.) Hyvän käytännön tunnistaminen perustyyssä tapahtuu siten, että työntekijä tarkastelee omaa työtään ja sen perusteita ottamalla siihen reflektiivisen asenteen ja sanallistamalla hiljaista tietoaan. Hän tekee sen yksin tai työtovereidensa kanssa. (Perustyön strategiat 2008.) Omiin ajatusten ja toiminnan tietoisuuden käsittelemisen, reflektion, kautta työntekijä voi

tarkastella kriittisesti omaa toimintaansa. Refleктоimalla hän voi tehdä näkyväksi hiljasta tietoa sekä niitä sanattomia normeja, strategioita, teorioita ja tuntemuksia, jotka ovat saaneet hänet valitsemaan tietyn toimintamallin ja tavan määritellä ratkaistavaksi tuleva ongelma. (Schön 1995, 61–62.) Tunnistaessa hiljainen tieto muutetaan käsitteiksi, jolloin hyvien käytäntöjen arviointi, tiivistäminen ja siirtäminen helpottuvat (Miten tunnistan käytännön 2009).

Hyvän käytännön voi tunnistaa tilanteista, joissa työ on tuottanut hyvää mieltä tai muuten merkittävän kokemuksen asiakkaalle ja työntekijälle. Tällaisiin tilanteisiin liittyy usein työntekijän ja asiakkaan onnistunut kohtaaminen sekä työntekijän hyvä tilannetaju ja ammattitaito. Työyhteisössä vähitellen rakentuneet toimintakäytännöt tukevat tällöin työntekijän toimintaa ja hyvän käytännön muodostumista. (Perustyön strategiat 2008.)

Eräs tapa työyhteisön toiminnan arvioinnissa ja hyvien käytäntöjen etsimisessä on lähestyä aihetta kysymyksillä. Kehittävän työn tutkimuksessa käytetään hyvien käytäntöjen tunnistamiseksi kysymyssarjaa, jossa kysymykset lähestyvät hyvän käytännön tunnistamista jatkuvana prosessina.

- Mikä tehtävämme oikeastaan on?
 - Miksi tehtävä on tällainen, mihin tehtävällä pyritään?
 - Millaisia lähestymistapoja tehtävään voisi olla?
 - Voisiko tehtävän asettaa ja määritellä järkevämmiin?
 - Mitä yhteinen toimintamme on, mikä siinä synnyttää ongelmia ja mitä yritämme saada aikaan?
 - Mihin suuntaan haluamme muuttaa tai kehittää toimintaamme?
 - Kuinka voimme organisoida yhteistyötämme mahdollisimman järkevästi?
- (Kysymyssarja tunnistamiseen 2008.)

Kysymyksillä pyritään myös orientoitumaan siihen, että työ, työtavat ja työn kohteet ovat jatkuvassa muutoksessa (Kysymyssarja tunnistamiseen 2008). Tunnistamisen jälkeen kehitetään keinoja uuteen toimintatapaan. Sen jälkeen keinoja testataan ja ke-

rätään kokemusta niiden toimivuudesta. (Perustyön strategiat 2008.) Tässä tutkimuksessa kysymyssarja on eräänä ohjaavana tekijänä haastattelukysymysten laatimisessa.

2.2.2 Arviointi

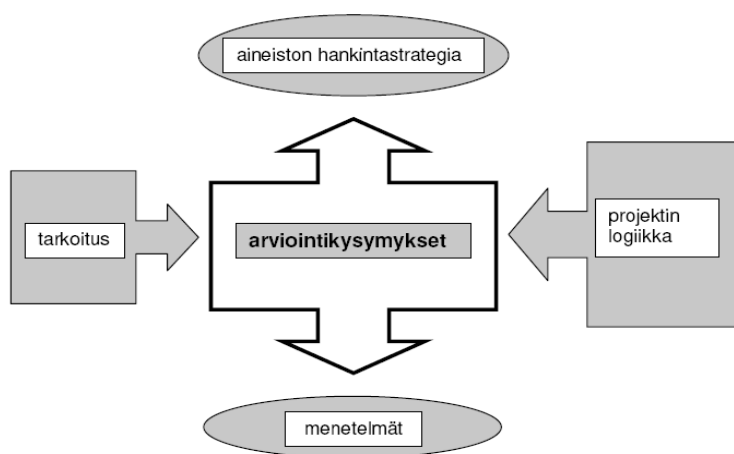
Hyvän käytännön prosessissa arviointi voidaan toteuttaa useilla erilaisilla tavoilla. Arvioinnin kautta tuodaan esille kriittisiä ja onnistumisen elementtejä sekä tehdään toimintaa läpinäkyväksi. Arvioinnin tarkoituksena on tuottaa monipuolista tietoa käytännöstä, asiakkaan hyvästä sekä prosessin kulusta. Nämä seikat lisäävät tiedon luotettavuutta. (Korhonen & Julkunen 2007, 8.) Arvioinnin tuottamaa tietoa hyödynnetään työkäytäntöjen uudistamisessa ja laadukkuuden varmistamisessa, jotta arvokkaiksi osoittautuneet työkäytännöt voitaisiin juurruttaa pysyviksi. (Laatutähteä tavoittelemassa – ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006, 28.)

Parhaimmillaan hyvien käytäntöjen arviointi koostuu sekä prosessin aikaisesta että lopputulosten arvioinnista. Prosessin aikana tehtävä arviointi kohdistuu kehittämisen toteuttamiseen. Arvioinnin kohteena on toiminta ja sen parantaminen. Prosessiarviointi tuottaa tietoa arvioinnin kohteesta niille, jotka tuottavat palveluja ja haluavat kehittää niitä. Se tuottaa materiaalia loppuarviointia varten ja dokumentoi hankkeen monivaiheista etenemistä. (Seppänen-Järvelä 2004, 26.) Lopputulosten arvioinnissa arvioidaan hyvien käytäntöjen vaikuttavuutta. Arvioinnit täydentävät siten toisiaan. Pelkkää lopputulosarviointia ei tulisi tehdä ilman jonkinlaista prosessiarviointia, sillä lopputulosten ymmärtäminen vaatii tietoa siitä, kuinka kyseiset tulokset on tuotettu. (Arviointi sosiaalipalveluissa 2001, 19; Seppänen-Järvelä 2004, 19–27.) Tässä opin- näytetyössä tehtävä arviointi on prosessiarviointia.

Sisäinen arviointi on olennainen osa prosessiarviointia, vaikka mukana voi olla ulkoinen arvioija. Siinä toiminnan toteutuksesta vastaavat työntekijät arvioivat itse työtään. Kehittämiprojektissa itsearviointi voi olla yksilön henkilökohtaista reflektointia tai tapahtua tiimin, työyhteisön, asiakasryhmän tai projektin tasoilla. Prosessiarvioinnin toteuttamiseen ei ole olemassa yhtä ainoaa oikeaa tapaa. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2007, 220–222.)

Prosessiarvioinnissa tarkastellaan, millaisen toiminnan kautta tulokset ja vaikutukset syntyvät. Huomio kohdistuu kehitys- ja muutosprosesseihin. Prosessiarvioinnilla pyritään tukemaan ja ohjaamaan kehittämistä jo toiminnan aikana. (Prosessiarviointi 2008.) Prosessiarviointi on olennaista hankkeissa, joissa luodaan uutta, esimerkiksi etsitään uutta työkäytäntöä. Arviointi on hyödyllisintä arvioitavan palvelun varhaisessa vakiintumattomassa vaiheessa, jolloin käytännössä tehdään kokeiluja. (Robson 2001, 105.) Toimintaa arvioitaessa on tärkeää olla avoin myös epäonnistumisten ja toteutumatta jääneiden tavoitteiden kuvaamisessa, sillä niiden avulla toimintaa voi kehittää edelleen (Laatutähtä tavoittelemassa – ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006, 28). Kehittämistyötä tehdessä arvioinnin tulokset voivat jäädä vain raportteihin tai ne eivät johda kehittämistyön jatkamiseen. Myös tulosten ja innovaatioiden tiivistäminen hyviksi käytännöiksi ei aina toteudu. (Arviointi sosiaalipalveluissa 2001, 31.)

Arvioivassa kehittämistyössä sovelletaan arvioinnin viitekehystä ja keinoja (Seppänen & Järvelä 2004, 22–35). Colin Robson (2001, 123–124) on kuvannut arviointiasetelmaa viitekehyksen muodossa. Viitekehyksessä arvioinnin tarkoitus vastaa siihen, miksi sitä tehdään. Arvioinnin tarkoitus määrittää pääasiassa sen, millaisia arviointikysymyksiä ovat. Arviointikysymyksiä laatimisessa auttaa palvelun taustalla olevien teorian ja arvioitavan prosessin logiikan tarkasteleminen. Kysymykset määrittävät arviointikohteet ja johdattavat siihen, mitä tietoa kerätään. Ne vaikuttavat siihen, millaisia menetelmiä ja aineiston hankintastrategiaa käytetään. Laadin opinnäytetyöni prosessiarviointikysymykset Robsonin viitekehyksen avulla.



KUVIO 2. Arviointiasetelman viitekehys (mukaillen Robson 2001, 123)

2.2.3 Tiivistäminen ja siirtäminen

Hyväksi arvioitu käytäntö kuvataan ja tiivistetään esimerkiksi tekstiksi tai kuvausmalliksi, jolloin se on siirrettävissä eteenpäin toisille alan toimijoille. Myös tuotteistaminen voidaan nähdä tiivistämisen tapana. Tuotteistamisessa monimutkaisia prosesseja sisältävä tuote tai toimintamalli yksinkertaistetaan. Tiivistykseen valitun tiedon tulisi olla riittävän selkeää ja yksityiskohtaista ja tarpeeksi yleistettävää. Tällöin hyvä käytäntö on helpompi ottaa käyttöön uudessa ympäristössä. (Käytännön tiivistäminen 2008.) Yksikään käytäntö ei suju ilman kokeilua ja erehtymistä. Tämä ei useinkaan näy hyvien käytäntöjen kuvauksissa ja heikentää niiden käytettävyyttä ja uskottavuutta monimutkaisten ongelmien edessä. (Arnkil, Spangar & Jokinen 2007, 23.)

Hyvän käytännön siirtämisellä tarkoitetaan sitä, että käytäntö otetaan käyttöön muussa kuin alkuperäisessä työympäristössä. Tällöin aiemmin tutkittu tieto viedään kentälle ja edistetään käytäntöjen käyttöönottoa paikalliseen ympäristöön sopivalla tavalla. Siirtämisestä käytetään myös levittämisen ja juurruttamisen käsitettä. Sosiaalialan käytäntöjen siirtämistä koskevaa tutkimustietoa on niukasti. (Käytännön siirtäminen 2008.) Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvät käytännöt malli pohjautuu vuorovaikutteiseen tiedonlevittämiseen. Tällöin varsinaista käytäntöä ei suoraan siirretä uuteen ympäristöön, vaan hyvä käytäntö muokataan omaan organisaatioon ja työympäristöön sopivaksi. Hyvien käytäntöjen levittämisen tueksi on laadittu Internet-sivusto, joka on osoitteessa <http://www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto>. Sivustolla Hyvä käytäntö - verkkopalvelu tarjoaa ajankohtaista ja monipuolista tietoa sosiaalialan ja terveystieteen hyvistä käytännöistä ja apua niiden tuottamiseen. (Hyväkäytäntö.fi 2009.)

Hyvän käytännön yleistäminen ja siirtäminen paikasta toiseen ei ole yksinkertaista. Toteutuakseen prosessi vaatii monimuotoista oppimista ja kommunikaatiota. Suuri osa hyvään käytäntöön liittyvää viisautta on hiljaista tietoa, jota ei pystytä ilmaisemaan käsittein kuin osittain. (Arnkil 2007, 59.) Tämä asettaa suuria vaatimuksia hyvien käytäntöjen juurruttamiselle. Kunnissa käytännöt ja ongelmat ovat usein monimutkaisia laajan vastualueen, aseman ja päätöksentekomekanismin vuoksi. Mitä vaikeampi ongelma ja useampia tahoja siihen liittyy, sitä suurempi mahdollisuus on toiminnan hajoamiseen ja sitä kautta hyvän käytännön raukeamiseen. (Arnkil, Spangar & Jokinen 2007, 22–24.)

3 IKÄÄNTYNEIDEN EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ

Ehkäisevä päihdetyö määritellään toiminnaksi, jonka tavoitteena on edistää terveyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia tukemalla päihteettömiä elämäntapoja, ehkäisemällä ja vähentämällä päihdehaittoja sekä lisäämällä ymmärrystä päihdeilmiöistä. Yksilötasolla ehkäisevää päihdetyötä voi olla esimerkiksi päihdetietouden lisääminen ja varhainen puuttuminen päihdeongelmiin. Ehkäisevän päihdetyön piiriin kuuluvat yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy. (Laatutähteä tavoittelemassa – ehkäisevän päihdetyön laatu-kriteerit 2006, 6,15.) Riskiehkäisy sijoittuu ehkäisevän ja korjaavan päihdetyön rajalle. Sen tavoitteena on puuttua päihdeongelmiin tai niitä ennakoiiviin oireisiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Riskiehkäisyä on esimerkiksi alkoholinkäytön riskien arviointi mini-intervention eli lyhytneuvonnan avulla. (Riskiehkäisy ehkäisevän ja korjaavan työn rajapinnalla 2008.)

Ehkäisevää päihdetyötä ohjaavia lakeja ovat kansanterveyslaki, kuntalaki, raittiustyölaki, päihdehuoltolaki, laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Ehkäisevää päihdetyötä ohjaavat myös sosiaali- ja terveysministeriön antama päihdepalvelujen laatusuositus ja Stakesin julkaisemat ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistys ovat laatineet alkoholiongelmien hoitoa koskevat käypä hoito -suositukset päätöksenteon tueksi. (Päihdetyön lähtökohdat lainsäädännössä ja valtakunnallisissa ohjeissa 2007.) Päihdetyöhön vaikutetaan myös erilaisin ohjein ja suosituksin. Tällaisia ohjeita tai suosituksia ovat esimerkiksi kehittämissuosituksset sekä hyvä käytäntö -kuvaukset. Suositusten vaikuttavuutta edistää se, että ne perustuvat tutkittuun tai arvioituun tietoon. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 39.)

Päihdetyötä linjaavissa säädöksissä ja ohjelmissa annetaan suuntaviivat päihdehaittojen ehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. Niissä kehoitetaan keskittymään toimintaan, joka perustuu tutkittuun tietoon tai muuten käytännössä tulokselliseksi todettuun toimintamalliin. Tavoitteisiin sisältyy alkoholinkäytön riskien arviointi ja mini-interventiotoininnan vakiinnuttaminen osaksi kunnan perusterveydenhuoltoa. (Ehkäisy- ja hoito – laadukkaan päihdetyön kokonaisuus 2007, 24.) Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa painotetaan päihteettömyyden edistämistä ja ongelmien ja haittojen ehkäisyä. Sen mukaan päihdepalveluja tulisi järjestää kaikille ikäryhmille

painottaen perus- ja avohoitopalveluja. Suositus kehottaa tukemaan ikääntyneen itsestä kotona selviytymistä päihdeongelmien varhaisella tunnistamisella ja ikääntyvien päihdeongelmien ehkäisemiseen liittyvien käytäntöjen kehittämällä. Päihdetyön erikoispalveluiden jalkautumista suositellaan, jotta ikääntyviä voidaan hoitaa ensisijaisesti heidän omassa elinympäristössään. Suosituksen mukaan kaikilla sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöillä tulisi olla perusvalmiudet tunnistaa ja ottaa puheeksi päihdeongelmat. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 5, 37–38.)

3.1 Varhainen puuttuminen päihdetyössä

Alkoholin käyttö kohtuullisessa määrin on jokaisen oikeus, eikä ikääntyneenkään tarvitse luopua alkoholinkäytöstä silloin, kun hän hallitsee käyttönsä ja tietää liikakäytön ja haitallisuuden rajat (Eloranta & Punkanen 2008, 131). Valtaosa ikääntyneistä hallitseekin alkoholinkäyttöänsä, mutta osa tarvitsee päihdeongelmiin ammattilaisen apua (Laapio 2007, 47). Työn tekemisen kannalta päihdeongelman luonteen ymmärtäminen auttaa näkemään teon ja toiminnan syyt. Itse tekoa tai toimintaa ei tarvitse hyväksyä, mutta niiden takana oleva ihminen tulee nähdä arvokkaana ja ainutlaatuisena yksilönä. (Levo ym. 2008, 14.)

Varhainen puuttuminen ehkäisee päihdeongelmien kehittymistä. Päihdehaittojen ehkäiseminen ja päihdeongelmien hoito on tuloksellisinta silloin, kun ongelmaan puututaan mahdollisimman varhain. Varhaisen puuttumisen menetelmiksi suositellaan päihdeiden käytön puheeksi ottamista, lyhytneuvontaa eli mini-interventiota ja itseapumateriaalin antamista. On suositeltavaa ottaa päihdeiden käyttö puheeksi aina, kun käsitellään asiakkaan elämäntapoja. Asia tulee ottaa puheeksi viimeistään silloin, kun jollain työntekijällä syntyy huoli. Varhaisen puuttumisen onnistuminen vaatii työntekijältä asiakasta arvostavaa ja kunnioittavaa puhetapaa. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 151.)

Perusterveydenhuollon työntekijät pitävät usein potilaiden alkoholinkäytöstä kysymistä ja lyhytneuvontaa vaikeana asiana. Syiksi tähän on mainittu ajan puute, riittämätön koulutus, pelko potilaiden loukkaantumisesta, huonot kokemukset ja uskomukset työmuodosta sekä sen hyödyllisyydestä. (Seppä 2006, 4.) Myös sosiaalipalveluissa on epätietoisuutta siitä, milloin alkoholinkäytön voi ottaa puheeksi ja missä määrin käyt-

töön voidaan puuttua. Selkeä yhteisten sovittujen mallien puuttuminen ehkäisee asiakastyössä tehtyjen havaintojen hyötykäyttöä. (Matinlompolo & Vilenius 2008, 45.) Tarpeellisen tiedon, taidon ja rohkeuden puuttuminen päihdeongelmaisen auttamisessa aiheuttaa ongelman ohittamista asiakastyössä (Mäkelä, Nieminen & Törmä 2005, 8). Vaikenemisen kulttuurin murtaminen edellyttää uusien toimintatapojen luomista kotihoitoon (Laapio 2007, 48).

3.1.1 Riskitekijät ja tunnistaminen

Kansanterveyslaitoksen väestötutkimuksen mukaan eläkeikäisten raittiiden osuus on pienentynyt tasaisesti 1990-luvulta lähtien. Väestötutkimusten mukaan ikääntyneiden alkoholiongelma ei ole kuitenkaan yleistä, sillä käyttömäärät ovat pysyneet vähäisinä. Myös ikääntyneiden parissa työskentelevät, kuten kotihoidon työntekijät, ovat tunnistaneeet kasvavan päihdehoidon tarpeen asiakkaissaan. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 56, 251.)

Myös ikääntyneiden ihmisten lääkkeiden liikakäyttö on yleistymässä. Ikääntynyt voi ylittää lääkärin määräämän lääkemannoksen ilman päihdekäyttötarkoitustakin. Tällöin ikääntynyt on ajautunut huomaamattaan lääkkeiden liikakäyttöön, kun lääkeaineen sietokyky on kasvanut lääkemannostelun ylittämisen seurauksena. Sietokyvyn kasvaessa tarvittavan vaikutuksen saamiseksi tarvitaan yhä suurempia lääkemääriä. Varsinainen päihdekäyttö, jolloin lääkkeitä käytetään päihtymistilan saavuttamiseksi, ei ole ikääntyneillä tavallista. (Matinlompolo 2006, 177.) Tässä opinnäytetyössä ikääntyneiden päihteidenkäyttö on rajattu alkoholin ja lääkkeiden liikakäyttöön.

Päihdeongelmaisista eläkeläisistä kahdella kolmasosalla ongelma on ollut jo työikäisenä. Kolmannekselle ongelma kehittyy vasta eläkkeelle jäämisen jälkeen. Heillä käytön perusteluina ovat usein tyhjyyden, tarpeettomuuden ja yksinäisyyden tunne. Myös elämäntilanteen muutokset, kuten puolison kuolema tai vakava sairaus voivat lisätä päihteiden käyttöä. Ikääntyneiden päihdeongelmiin liittyy usein erilaiset psyykkiset vaikeudet, kuten masennus, ahdistus, tarpeettomuuden tunne ja dementia. Päihteiden käytöstä puhuttaessa saattaa tulla ensimmäistä kertaa esiin elämän aikana sattuneet traumaattiset kokemukset sekä vuosikymmeniä vaivannut ahdistus, syyllisyys ja pelot.

Alkoholia voidaan käyttää myös lääkkeeksi unettomuuteen ja kipuihin. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 56, 252.)

Ikääntyneet ovat erityisen haavoittuva joukko päihteiden liiallisessa käytössä. Alkoholinsietokyky ja päihdehaitat eivät ole enää samanlaisia kuin nuoremmalla iällä. (Suhonen 2006.) Alkoholinsietokyky vähenee vanhenemisen myötä ja runsas alkoholin käyttö nopeuttaa vanhenemisprosessia. Tapaturmat ja onnettomuudet, kuten kaatumiset ja liukastumiset, ovat päihteiden liikkakäytön seurauksena tavallisia. Tapaturmissa tapahtuneet luuston vauriot ovat ikääntyneillä vaarallisempia, sillä toipuminen kestää kauan ja ikääntyneen yleiskunto voi heikentyä ratkaisevasti toipumisen aikana. (Martinlompola 2006, 176.) Alkoholi aiheuttaa erityisen riskin ikääntyneelle ajautua varhain laitoshoitoon (Juhela 2007). Riskitekijöiden vuoksi ikääntyneille on laadittu alhaisemmat suurkulutusrajat kuin työikäiselle terveelle väestölle (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 56–57).

3.1.2 Päihteiden käytön puheeksi ottaminen

Puheeksiottaminen tarkoittaa päihteiden käytöstä kysymistä ja siitä keskustelemista asiakkaan kanssa. Ikääntyvillä päihdeongelmallisilla ei ole aina riittävästi tietoa ikääntymisen, terveydentilan ja alkoholin yhteisvaikutuksista. Heillä on oikeus saada asianmukaista tietoa päihteistä oman päätöksentekonsa pohjaksi. Asiakkaalle annettava alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöön liittyvä tieto on jo pienimuotoinen interventio. Pienikin alkoholin käytön vähentäminen voi kohentaa terveydentilaa ja siten parantaa ikääntyvän kotona selviytymistä. Ehkäisevä työ tulee kohdistua koko ikääntyvään väestöön. (Levo ym. 2008, 16, 47, 64.)

Vastuu päihteiden käytöstä ja muutoksesta kuuluu asiakkaalle itselleen, mutta asian puheeksi ottamisesta ja muutokseen motivoinnista vastuu on työntekijällä. Päihteiden käytön puheeksi ottaminen tulisi olla luonnollinen osa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden työskentelyyn liittyvää ammattitaitoa. Puheeksiotto on luontevaa tehdä esimerkiksi silloin, kun selvitetään asiakkaan tilannetta hänen hoitonsa ja tukensa suunnittelemiseksi. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 151–152.) Päihteiden käytöstä puhumisen arkipäiväistämistä voidaan helpottaa ottamalla asia puheeksi kaikkien asiakkaiden kanssa. Asiakkaalla on kuitenkin oikeus itsemääräämisoikeuteen vedoten

kieltäytyä päihdetyöstä. Tällöin hänen muu hoito ja huolenpitonsa tulee järjestää sovitulla tavalla. (Levo ym. 2008, 12, 64.)

3.1.3 Lyhytneuvonta eli mini-interventio

Eräs puheeksioton menetelmä on lyhytneuvonta eli mini-interventio. Mini-interventio menetelmä on kehitetty terveydenhuollon tarpeisiin ja se on yksikertainen ja helposti opittava, kestoltaan noin 10–15 minuutin pituinen työmenetelmä. (Kuokkanen & Korpilähde 2008, 21.) Lyhyt neuvontakeskustelu koostuu riskin tunnistamisesta, potilaan motivoinnista muutokseen sekä tarvittaessa muutamasta seurantakäynnistä. (Lyhytneuvonta (mini-interventio) 2005.) Alkoholin käytöstä keskusteltaessa asiakas saa palautetta ja tietoja alkoholin terveysvaikutuksista ja neuvoja alkoholin käytön vähentämiseksi. Avainasemassa on kuunteleminen, rohkaisu ja motivointi. Työntekijä kirjaa keskustelussa esiin tulleet asiat ja asiakkaan asettamat tavoitteet jatkoseuranta varten. (Mini-intervention periaatteet ja sisältö 2006.) Mini-intervention sisältö on tiivistetty seuraavanlaiseksi ohjeistukseksi:

1. Selvitä alkoholin kulutus riittävän yksityiskohtaisesti Otetaan selvää-oppaan tai Audit-kyselyn sekä haastattelun avulla.
2. Jos suurkulutuksen kriteerit ylittyvät:
 - Anna potilaan henkilökohtaiseen tilanteeseen sopivaa palautetta.
 - Anna potilaalle vastuu muutoksen tekemisestä ja luota häneen.
 - Anna suullista ja kirjallista tietoa alkoholiin liittyvistä terveyshaitoista.
 - Kannusta muutokseen.
 - Sovi tavoitteista yhdessä potilaan kanssa.
 - Ole empaattinen ja kunnioita potilaan valintoja.
3. Kirjaa tiedot asiakastietoihin.
4. Seuraa tilannetta 1–3 kontrollikäynnillä. Käynnit voidaan useimmiten toteuttaa muun hoidon yhteydessä. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 19.)

Terveydenhuollon ammattilaisen antamasta mini-interventiohoidon vaikuttavuudesta on runsaasti tutkittua tietoa. Erityisesti perusterveydenhuollon on katsottu soveltuvan hyvin alkoholin riskikäytön varhaiseen tunnistamiseen ja lyhytneuvontaan. (Kuokka-

nen & Korpilähde 2008, 21.) Menetelmä on todettu olevan yhtä tehokas kaiken ikäisille ja molemmille sukupuolille annettuna (Seppä 2006, 9). Mini-interventio-tyyppistä puheeksioton ja varhaisen puuttumisen mallia on alettu käyttää myös sosiaalialalla. Siellä kiinnostus menetelmään on ollut ajoittain jopa aktiivisempaa kuin terveydenhuollossa. Kiinnostusta on lisännyt kuntien tietoisuus siitä, että monet asiakkaat ovat sekä sosiaali- että terveystoimen yhteisiä palveluiden käyttäjiä. Sosiaalitoimen kiinnostusta mini-interventioon tukee asiakaskunnasta tuleva paine ja tietoisuus ehkäisevän työn hyödyllisyydestä. Sosiaalitoimelle kaivataan sovellettua varhaisen puuttumisen mallia ja ainakin keskustelua keskeisistä kysymyksistä. (Matinlompola & Vilenius 2008, 46.)

Mini-intervention toteuttamisessa voidaan käyttää apuna maailman terveysjärjestön WHO:n 1980-luvulla kehittämää Audit-testiä. Audit-testin kysymysten avulla selvitetään asiakkaan alkoholin kulutusta ja siitä aiheutuvia haittoja ja riippuvuutta. Suomessa Audit-testi on oleellinen osa lyhytneuvontaa. Riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista toteamista mittaavista testeistä Audit on tunnetuin, tutkituin ja eniten käytössä oleva seulontaväline. (Laatutähteä tavoittelemassa – ehkäisevän päihdetyön laatu-kriteerit 2006, 25; Kartoitus Audit-testillä 2008.) Helsingin kaupungin sosiaaliviraston ehkäisevässä päihdetyössä on muokattu Audit-testistä sosiaalialan käyttöön soveltuva työväline (Heinänen, Anttila & Penttinen 2007, 5). Audit on tarkoitettu lähinnä työikäisen alkoholin puheeksiottoon, mutta sitä voi soveltavin osin käyttää myös ikääntyvien kanssa työskennellessä. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut *Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet* -oppaan, jossa alkoholin ja lääkkeiden käytöstä kysyminen on tehty ikääntyneille asiakkaille sopivaksi (*Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet* 2006, 1–14).

3.1.4 Jalkautuva päihdetyö

Kaikki päihdeongelmaiset eivät hakeudu itse palveluihin ja heidän tavoittamisensa edellyttää palvelujen viemistä asiakkaan lähelle mahdollisimman matalakynnyksisessä muodossa. Ikääntyneet päihdeongelmaiset kuuluvat tähän ryhmään. Tällaisen ryhmän kohdalla tarvitaan esimerkiksi kotihoidon kanssa yhteistyössä toteutettavia päihdehuollon palveluja. (Inkeroinen & Partanen 2006, 47.)

Jalkautuva päihdetyöntekijä voi toimia omassa kunnassaan tai seudullisesti useamman kunnan alueella tuoden päihdepalvelut lähemmäksi asiakasta. Päihdetyöntekijä tekee esimerkiksi asiakaskohtaista verkostoyhteistyötä peruspalveluiden, kuten kotihoidon kanssa sekä yksilökohtaista päihdetyötä asiakkaan kanssa tuoden palvelut asiakkaan kotiin. Konkreettisten asiakastapausten myötä peruspalveluiden ja päihdepalvelun välinen moniammatillinen yhteistyö syvenee ja työnjako selkiytyy. Samalla madaltuu peruspalvelujen työntekijöiden kynnys pyytää konsultaatioapua päihdetyöstä. Päihdetyön jalkautuminen, verkostoyhteistyö ja konsultaatiomahdollisuus vahvistavat sosiaali- ja terveyspalveluiden henkilöstön, kuten kotihoidon päihdeosaamista. (Järvinen 2007, 5–9.)

3.2 Lippajärvi-Jupperin päihdehoitotyön malli

Hyvästä käytännöstä esimerkkinä on Espoon kaupungin kotihoidossa luotu Lippajärvi-Jupperin kotihoidon ikääntyneiden päihdehoitotyön malli. Malli on kehitetty ikääntyneiden asiakkaiden alkoholin käytön seulontaan sekä tilanteisiin, joissa herää huoli päihteiden käytöstä. Toimintamallin tarkoituksena on päihteistä aiheutuvien haittojen ehkäisy ja vähentäminen, varhainen päihdeongelman tunnistaminen, nopea puuttuminen, kotihoidon tehostaminen sekä hoitoonohjauksen nopeuttaminen. Lippajärvi-Jupperin malli (liite 1) on selkeä ja se voidaan ottaa käyttöön muissakin kotihoidon tiimeissä räätälöimällä malli omalle alueelle sopivaksi. (Holmberg, Levo & Seppänen 2008, 44–45.)

Mallissa päivittäinen vastuu asiakkaan voinnista ja toimenpiteistä on vastuuhoidajalla ja hoitotiimillä, jotka tekevät yhteistyötä asiakkaan läheisten ja eri yhteistyötahojen kanssa. Asiakkaan alkoholin käyttö selvitetään kolmen kuukauden sisällä asiakkuuden sopimisesta. Alkoholin käytöstä kysytään ravitsemustilan arvioinnin yhteydessä, jolloin asiakas täyttää myös Audit-lomakkeen. Tulokset kirjataan asiakastietojärjestelmään. Tiedonkeruun jälkeen asiakkaalle tehdään henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Arjen työssä kotihoidon henkilökunta huomioi ikääntyneiden päihteiden käytön ehkäisemisen osana terveyttä edistävää kokonaistoimintaansa. Vastuuhoidaja huomioi riskitekijät ja ohjaa asiakasta harrastus-, ryhmä- ja päivätoimintaan. (Päihdehoitotyö kotihoidossa 2009.)

Päihteiden käytön lisääntyessä asiakkaalle tehdään mini-interventio sekä hoitosopimus alkoholin vähentämiseksi. Apuna käytetään Otetaan selvää – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet -opasta. Tällöin vastuuhoidajan tukena ovat tiimi, kotihoidon ohjaaja, vastuusairaanhoitaja, lääkäri ja sosiaalityöntekijä. Lisäksi vastuuhoidaja konsultoi päihdepalveluohjaajia. Toimintamalli selkeyttää hoitotyön pelisääntöjä, antaa työyhteisölle väliseen käsitellä päihdetilanteita ja toimii osana henkilöstön perehdyttämistä. (Päihdehoitotyö kotihoidossa 2009.)

3.3 Seudullinen päihdetyö Pielisen Karjalassa

Ehkäisevän päihdetyön laatukriteerien mukaan paikallinen ehkäisevä päihdetyö tulee olla samansuuntaista valtakunnallisten ohjelmien, kansainvälisten linjausten sekä erilaisten päihde-, hyvinvointi- ja turvallisuusstrategioiden kanssa. (Laatutähteä tavoittelemassa – ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit 2006, 23.) Ikääntyneiden päihdeongelman tehokas ennaltaehkäisy vaatii kuntatasolla yhteneväisten strategioiden lisäksi kotipalvelun, terveyden- ja päihdehuollon sekä omaisten saumatonta yhteistyötä (Suhonen 2006). Lieksan ja Nurmeksen kaupunki sekä Valtimon kunta yhteistoiminta-alueena ovat kehittäneet vanhuspalveluja seudulliseksi kokonaisuudeksi. Kehittämistyön tuloksena on laadittu Pielisen Karjalan ikäpoliittinen strategia vuoteen 2015. Strategiassa on tavoitteena ehkäisevien työmuotojen kehittäminen. Ikääntyneiden päihdemallin valmistumisen aikatauluksi on kirjattu syksy 2009. (Pielisen Karjalan ikäpoliittinen strategia vuoteen 2015 2009, 1, 23–24.) Opinnäytetyöni on osa tätä tavoitetta.

Vanhuspolitiikka edellyttää kunnilta sisäisen yhteistyön lisäksi verkostoitumista muiden kuntien kanssa. Kunta- ja palvelurakenteen muutos, Paras-hanke, vaikuttaa osaltaan vanhustyön ja siellä kotihoidon toimintarakenteisiin. Se voi merkitä organisaatioiden uudelleen muotoilemista ja kuntien yhteisiä tuotantoalueita. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö on tärkeää ikäihmisten palvelujen turvaamiseksi. On tärkeää löytää seudulliset vahvuudet, erityisyydet ja sopivat toimintamallit kotihoidon toteutukselle. (Tepponen 2007, 71.)

Kunta- ja palvelurakennemuutoksessa arvioidaan myös päihdepalvelujen järjestämistä kunta- ja seutukuntakohtaisesti. Lähipalveluina tuotettavat päihdepalvelut tulisi

järjestää tulevaisuudessa sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluiden ja päihdehuollon erityispalveluiden yhteistyönä. (Inkeroinen & Partanen 2006, 3.) Lähipalveluina tulisi tuottaa päihteiden käytön tunnistamiseen ja varhaiseen puuttumiseen liittyvät palvelut. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 100). Peruspalveluiden osaamista tulisi lisätä, että peruspalvelut pystyisivät vastaamaan päihdeongelmaisten lähipalveluista (Inkeroinen & Partanen 2006, 46). Pielisen Karjalan päihdetyön toimintasuunnitelman yhtenä tavoitteena on alueen päihdetyön kehittämisen organisointi. Tarkoituksena on kuntien seudullisen päihdetyön rakenteiden, voimavarojen ja palvelusisältöjen jatkuva kehittäminen. Pitkäjänteisessä ja käytännönläheisessä kehittämistyössä parhaita kehittäjiä ovat työyhteisöt itse. Työyhteisöille ja työntekijöille tulisi varata riittävä osuus työajasta työn kehittämiseen. (Päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mallintamis- ja kehittämishanke Pasmake 2007, 24–26.)

Pielisen Karjalan alueella vanhustyön, kotihoidon ja päihdetyön kehittämistä on tehty monissa hankkeissa. Pasmake, Itä-Suomen lääninhallituksen rahoittama päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mallintamis- ja kehittämishanke, toteutettiin alueella vuosina 2006–2007. (Päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mallintamis- ja kehittämishanke Pasmake 2007, 2). Ikäihmisten kehittämissyksikkö Karpalon toiminta hankkeen muodossa päättyi vuoden 2008 lopussa. Karpalo kehitti yhteistyössä Pasmake-hankkeen kanssa ikääntyvien päihdeongelmaisten avopalveluja. Tavoitteena oli kehittää seudullinen geriatrisen päihdeasiakkaan hoidon malli. Tavoitteisiin sisältyi ennaltaehkäisevän työn ja varhaisen päihdeongelman tunnistamisen menetelmien kehittäminen sekä tiedon ja osaamisen lisääminen vanhustyöhön. (Pielisen Karjalan ikäihmisten kehittämissyksikkö 2008.) Opinnäytetyöni on jatkoa näiden hankkeiden aloittamalle työlle.

Pasmake-hankkeessa tehtiin kyselyjä Pielisen Karjalan perusterveydenhuollon ja kotipalvelun henkilökunnalle. Vastauksista tuli esille henkilökunnan kokemukset riittämättömästä osaamisesta ikääntyvän asiakkaan päihteidenkäytön puheeksiottamisessa ja neuvonnassa. Henkilökunnalta puuttui välineitä, koulutusta ja resursseja ikääntyvien päihdeongelman kohtaamiseen ja puheeksiottamiseen. Näiden seikkojen vuoksi ongelma usein ohitettiin. Lieksan, Nurmeksen ja Valtimon kotihoitoon toimitettiin Pasmake-hankkeen aikana tietopaketteja, joiden avulla voi toteuttaa päihteiden käytöstä kysymisen ja mini-intervention. Samaan aikaan seudun terveyskeskusten polikli-

nikoille on jaettu ”Mini-interventiosalkkuja” sekä annettu koulutusta mini-intervention toteuttamiseen alkoholiohjelma 2004–2007 -hankkeen yhteydessä. Päih-teiden käytöstä kysyminen on ollut tarkoituksena ottaa käyttöön alueen kotihoidossa palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. (Päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mal-lintamis- ja kehittämishanke Pasmake 2007, 7-16.)

Alueen kotihoidon työntekijöille on järjestetty päihdekoulutusta ikäihmisten kehittä-misyksikkö Karpalon toimeksiantamana vuoden 2008 aikana. Lieksassa koulutukseen osallistui 80 henkilöä. Nurmekselaisille ja valtimolaisille järjestettiin yhteinen koulu-tus, johon osallistui 15 henkilöä. Koulutuksen sisältönä oli johdatus ikääntyneen alko-holiongelman havaitsemiseen ja tarkoituksena oli herättää keskustelua kotihoidon tii-meissä. Koulutus sisälsi perustietoa alkoholista, käytön tasoista ja niihin kuuluvista interventioista. Keskeisenä sisältönä oli päih-teiden käytön puheeksiottaminen ja ly-lyhtneuvonta. (Pielisen Karjalan ikäihmisten kehittämysyksikkö Karpalon II-vaiheen loppuraportti 2009, 16–17.)

Kunnan tai seudullisen päihdetyön perustana on kaikkien keskeisten toimijoiden yh-dessä valmisteleva päihdestrategia. Siitä käyvät selkeästi ilmi päihdetyön tavoitteet, sisältö, vastuut, resurssit ja seuranta. On tärkeää sovittaa päihdestrategia yhteen mui-den keskeisten strategioiden tai ohjelmien kanssa. (Ehkäisy ja hoito – laadukkaan päihdetyön kokonaisuus 2007, 14.) Valtimon kunnan päihdestrategia on laadittu vuo-sille 2001–2005. Painopistealueena strategiassa on nuorison päih-teiden käyttöön vai-kuttaminen. (Valtimon kunnan päihdestrategia 2009.) Nurmeksen kaupungin päihde-strategia on päivitetty vuonna 2003. Strategia painottaa ennaltaehkäisevää työtä, mo-niammatillisen yhteistyön kehittämistä, varhaista puuttumista ja uusien ennaltaehkäi-sevien toimintamallien kehittämistä. Työ kohdistuu pääasiassa nuoriin. Strategioissa ei mainita ikääntyneiden kanssa tehtävää päihdetyötä. (Nurmeksen kaupungin päihde-strategia 2003, 3.) Myöskään vuonna 2000 valmistuneessa Lieksan kaupungin päihde-strategiassa ei maininta ikääntyvien kanssa tehtävää päihdetyötä eikä vanhustyötä ja kotihoitoa ehkäisevän päihdetyön moniammatillisen yhteistyön toimijoina. (Lieksan kaupungin päihdestrategia 2000, 1-17.)

4 KOTIHOITO

Kotihoito koostuu sosiaalihuoltolain ja -asetuksen mukaisesta kotipalvelusta ja kansanterveyslain mukaisesta kotisairaanhoidosta, jotka voidaan järjestää erillisinä tai yhdistettyinä. Suomen kunnista noin puolessa toimii yhdistetty kotipalvelu ja kotisairaanhoido. (Heinola 2007, 11.)

Ikääntyneiden kotihoidon organisointia muotoilevat lainsäädäntö, kuntalaisten ja poliittisen päätöksenteon asettamat tavoitteiden ja resursoinnin ehdot sekä kotihoidon sisäinen organisaatio johtamisjärjestelmineen ja työn järjestelyineen (Haapakorpi & Haapola 2008, 95). Kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa on erilaisia työtapoja, eikä niiden yhteensovittaminen asiakastyössä ole aina ongelmaton. Erilaiset käytännöt hankaloittavat suunnitelmallista hoito- ja palvelusuunnitelmiin perustuvaa työtä. Yhteistyötä kehitetään ja yhteiset tiedottamisen, suunnittelun ja kirjaamisen käytännöt ovat kehittymässä. (Tenkanen 2003, 192–193.)

Pielisen Karjalan ikäpoliittisessa strategiassa tavoitteena on, että alueen kotihoito sisältää toimintana sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon palvelut. Kotihoitoa kehitetään siten, että tiimit toimivat yhteisissä tiloissa moniammatillisissa työryhmissä käyttäen yhteistä sähköistä asiakastietojärjestelmää. (Pielisen Karjalan ikäpoliittinen strategia vuoteen 2015 2009, 14.) Pielisen Karjalan kunnat ovat mukana Kirjaamisen kehittämisen KIRKE-hankkeessa. KIRKE-hankkeen aikana alueen kotihoidossa mallinetaan asiakkuuteen liittyvät palveluprosessit. (Martikainen 2008.)

4.1 Kotihoitoa määrittelevät reunaehdot

Sosiaalihuoltolain mukaan kotipalvelu on asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon, lasten hoitoon ja kasvatukseen sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista tai niissä avustamista. Sosiaalihuoltoasetuksen mukaan kotipalvelu on kodissa tapahtuvaa yksilön ja perheen työapua, henkilökohtaista huolenpitoa ja tukemista sekä tukipalveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys-, siivous-, kuljetus- ja saattajapalveluja sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Kotisairaanhoidoita määrittää kansanterveyslaki, jossa kotisairaanhoidon sisältöä ei ole määritelty. Kotihoidosta ei ole pysyvässä lainsäädän-

nössä mainintaa. (Heinola 2007, 12.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista on säädetty terveydenhuollon asiakkaan asemasta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992). Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain mukaan toistuvia tai säännöllisiä palveluja tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000).

Ikääntyneen asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon hoito-, palvelu- ja kuntoutussuunnitelmia laadittaessa palvelujen tavoitteet sovitetaan yhteen, jolloin vältetään päällekkäistä työtä. Tavoitteena on yksi asiakkaalle laadittu kirjallinen sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja palvelusuunnitelma, jonka avulla toteutetaan eri toimijoiden välinen saumaton yhteistyö ja tuotetaan asiakkaalle toimiva ja laadukas palvelukokonaisuus. (Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus 2008, 30.)

4.2 Kotihoidon työkäytännöt

Vastuuhoitajuus on hoitotyössä keskeinen seikka. Jokaisella ikääntyneellä kotihoidon asiakkaalla tulisi olla nimetty vastuuhoitaja, jolla on päävastuu asiakkaan hoidosta yhdessä tiimin kanssa. (Eloranta & Punkanen 2008, 38.) Ikääntyneelle on tärkeää, että hänen luonaan käy sama tuttu kotihoidon työntekijä. Luottamuksellinen asiakassuhde rakentuu vähitellen molemminpuolisen tutustumisen kautta. (Ronkainen, Ahonen, Backman & Paasivaara 2006, 100–101.) Ikääntyneiden alkoholin käyttöä pohdittaessa puheeksi ottaminen on helpompaa, kun työntekijän ja asiakkaan välillä on syntynyt luottamus (Matinlompola 2006, 179).

Vastuuhoitajuuden lisäksi työtä ja sen organisointia helpottaa tiimityöskentely. Tiimeiksi kutsutaan pientä ryhmää työntekijöitä, jotka ovat sitoutuneet työskentelemään yhteisen päämäärän ja tavoitteiden mukaisesti. Tiimityössä työntekijät ottavat vastuun omasta työstään, mutta ovat myös yhteisvastuullisia toiminnastaan. Yksi työntekijä ei voi olla asiantuntija kaikessa oman alansa osaamisessa. Tiimityön avulla hän voi saada tukea toisten työntekijöiden erityisosaamisesta. Tiimin jäsenet tuntevat omahoitajien asiakkailleen laatimat hoito- ja palvelusuunnitelmat ja sitoutuvat toimimaan niiden mukaisesti. (Eloranta & Punkanen 2008, 38.) Tiimityömalli on toimiva, mutta samalla haavoittuva työmuoto. Huono ryhmähenki voi heikentää tiimin toimivuutta ja samalla

yksittäisen työntekijän vastuunottoa työtehtävistä sekä asiakkaista. (Haapakorpi & Haapola 2008, 98.)

Moniammatillinen yhteistyö on laajempi käsite kuin moniammatillinen tiimityö (Isoherranen 2008, 35). Moniammatillisessa yhteistyössä toiminta ja vuorovaikutus tapahtuvat kahden tai useamman henkilön, ryhmän tai organisaation välillä. Yhteistyössä työskennellessä eri ammattiryhmät yhdistävät tietonsa ja taitonsa pyrkiessään yhteiseen päämäärään. (Eloranta & Punkanen 2008, 39.) Päihdehuolto kuuluu sekä sosiaali- että terveydenhuollon tehtäviin ja on tyypillisesti moniammatillista toimintaa. Moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollossa voidaan kuvata asiakaslähteisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan elämä kokonaisuutena sekä hänen hoitopolkunsa. Eri alan asiantuntijoiden tietoja ja taitoja yhdistämällä pyritään luomaan yhteinen käsitys asiakkaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä tai ongelman ratkaisusta. (Isoherranen 2008, 34.) Kotihoidossa moniammatillisen yhteistyön käytännön toteuttamisessa on todettu olevan esteitä. Esteitä ovat työnjakoon liittyvät ongelmat, ammatteihin liittyvät työnkuvat ja käytännöt, ennakkoluulot ja asenteet sekä salassapito. (Tepponen 2007, 67.)

Kotihoidossa moniammatillisten verkostojen toimivuus ja yhteiset työkäytännöt sekä vastuualueet ikääntyneen päihteidenkäyttäjän hoidon ja huolenpidon ohjauksessa ovat jääneet selkiytymättömiksi (Laapio 2007, 48). Pasmake-hankkeessa tehtyjen kyselyjen mukaan ikääntyvien päihdetyön osalta moniammatillisen yhteistyön hyödyntäminen oli vähäistä myös Pielisen Karjalan perusterveydenhuollossa ja kotipalvelussa. (Päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mallintamis- ja kehittämishanke Pasmake 2007, 7).

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimustehtävät

Tavoitteenani oli tehdä tutkimuksen perusteella ehdotus Pielisen Karjalan kuntien kotihoitoon seudullisesta ikääntyneiden päihdeasiakkaiden ehkäisevän päihdetyön toimintatavasta. Kyselyn ja teorian tiedon avulla keräsin tietoa toimintatapaehdotuksen tekemisen pohjaksi. Arvioin lisäksi Pasmake- ja Karpalo-hankkeissa aloitetun ehkäisevän päihdetyön toimintatavan juurruttamisen tilannetta alueen kotihoidon yksiköissä. Tutkimuskysymys ja sen alakysymykset ovat:

Millainen toimintatapa sopii ikääntyneiden ennaltaehkäisevän päihdetyön toteuttamiseen Pielisen Karjalan kotihoidossa?

- Mitä osa-alueita seudullisen ikääntyneiden päihdeasiakkaiden ehkäisevän päihdetyön toimintatavan luomisessa tulee huomioida?
- Miten ikääntyneiden ehkäisevä päihdetyö näkyy alueen kotihoidossa?
- Millainen on ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvä käytäntö Pielisen Karjalan kotihoidossa?

Toimintatapaehdotuksen tekemiseksi tarvitsin teorian tietoa ikääntyneiden ehkäisevästä päihdetyöstä, hyvän käytännön luomisen prosessista ja kotihoidosta. Pidin tärkeänä tutkia ikääntyneiden ehkäisevää päihdetyötä määritteleviä ohjeita ja suosituksia sekä aiempia tutkimustuloksia aiheesta. Pystyäkseen arvioimaan paikallisen kehittämistyön tuloksia minun oli perehdyttävä hankkeiden raportteihin ja haastateltava kotihoidon työntekijöitä. Valtakunnallisia linjauksia, aiempia tutkimus- ja kehittämistyön tuloksia sekä haastatteluista saamaani tietoa yhdistämällä pystyin tekemään ehdotuksen ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvästä käytännöstä.

5.2 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyöni on osa Pielisen Karjalan seudullista ikääntyneiden päihdetyön kehittämistyötä. Hyvien käytäntöjen taustalla oleva tutkiva kehittämistyö kiinnittyy pragmaattiseen tieteenfilosofiseen lähtökohtaan. Filosofiana pragmatismi pyrkii ymmärtämään nykyisyyttä menneisyyden kautta, mutta tähtää aina tulevaisuuteen ja vastustaa perinteisiä tieteentraditioita. Pragmatismissa ollaan kiinnostuneita käytännöstä ja keskeistä on ajatus tiedon toimivuudesta sekä hyödyllisyydestä. Tutkiva kehittämistyö on luonteeltaan monimenetelmällistä, jolloin tiedon hankinnassa voidaan käyttää vaihtelevasti määrällisiä, laadullisia ja osallistuvia menetelmiä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 33.)

Tutkimukseni on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa tutkittava kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti ja aineiston hankinnassa suositaan menetelmiä, joissa tutkittavien näkökulmat ja ääni pääsevät esille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.) Minulle oli tärkeää tutkimusmenetelmää valitessani se, että kotihoidon työntekijät pääsevät osallistumaan mahdollisimman laajasti oman työnsä kehittämiseen. Heiltä löytyy paras asiantuntemus ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön tämän hetkisestä tilanteesta. Halusin tutkimukseni liittyvän luontevasti jo alkaneeseen kehittämistyöhön ja mahdollistavan keskustelua normaalissa työympäristössä työryhmien käytäntöjen mukaisesti.

Valitsin aineistonkeruumenetelmäksi ryhmähaastatteluna tehtävän teemahaastattelun. Laadin teemahaastattelun rungon etukäteen valittujen teemojen mukaisesti ja lähestyin aihetta tarkentavilla kysymyksillä. Teemat perustuvat tutkimuksen viitekehukseen eli ilmiöstä tiedettyihin asioihin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77.) Ryhmähaastattelussa lähtökohtana on osallistujien keskinäinen vuorovaikutus. Ryhmähaastattelutilanne jäljittelee todellista elämää, jossa toisten ihmisten mielipiteet vaikuttavat omiin ja ryhmän yhteinen näkemys muodostuu vuorovaikutuksessa. Ryhmähaastattelu kannattaa valita silloin, kun halutaan selvittää ryhmän yhteinen kanta johonkin ajankohtaiseen asiaan. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 61–62.) Tutkimukseeni liittyy myös pieni-muotoinen kyselylomake, jonka haastateltavat täyttävät työryhmissään ennen haastattelua. Kyselylomake on kvantitatiivinen aineistonkeruumenetelmä. Tässä tutkimuksessa menetelmä on sivuosassa tutkimusprosessia innoittavana tekijänä (ks. Hirsjärvi

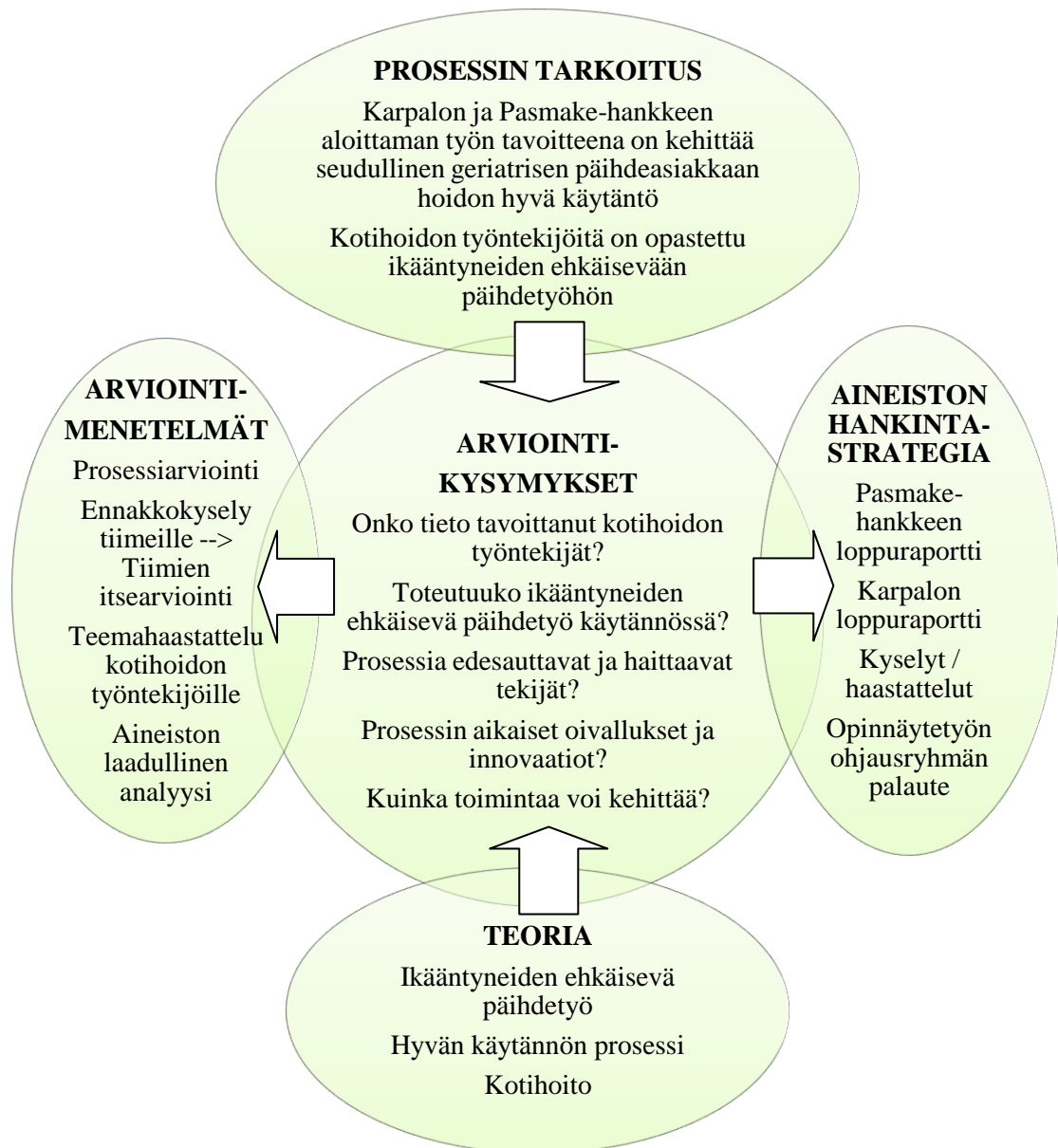
& Hurme 2000, 32). Teemahaastattelurungon tekemistä ohjasivat opinnäytetyöni vii-
tekehys ja tutkimuskysymykset. Lisäksi käytin apuna kehittävän työn tutkimukses-
sa työyhteisön toiminnan arvioinnin ja hyvien käytäntöjen etsimisen apuvälineenä
käytettävää kysymyssarjaa (Kysymyssarja tunnistamiseen 2008).

Opinnäytetyöni prosessiarviointiosuudessa tutkin kuinka Pasmake- ja Karpalo-
hankkeiden aloittama työ seudullisen ikääntyneen päihdeasiakkaan hoidon hyvän käy-
tännön luomiseksi on toteutunut ja juurtunut käytäntöön alueen kotihoidossa. Proses-
sin aikana tehtävään arviointiin soveltuu kvalitatiivisesti suuntautuva arviointitutki-
mus. Kvalitatiiviset aineistonkeruun menetelmät sopivat arviointiin, kun sen tarkoi-
tuksena on selvittää palveluntuottajaorganisaation sisäisiä prosesseja, joiden luonnetta
ei tunneta kovin hyvin etukäteen. Arvioinnin ei aina tarvitse olla raskaasti toteutettua
arviointitutkimusta. Projekteissa voi käyttää ulkopuolista pienimuotoista arviointia.
Kehittämisprosessissa itsearviointi voi toteutua myös kehittämistyön lomassa tiedos-
tamatta. (Arviointi sosiaalipalveluissa 2001, 23–31.)

Pääasialliset menetelmät käytännön arvioinneissa ovat havainnointi, haastattelu sekä
olemassa olevien dokumenttien ja asiakirjojen tutkiminen. Prosessiarvioinnit ovat
yleensä vaihtelevampia ja vähemmän jäsenneiltyjä kuin muut arvioinnin lajit. Niiden
laatu lepää pitkälle arvioijan herkkyydessä ja eläytymiskyvyssä erilaisiin tilanteisiin ja
osallisiin eikä niinkään tiedon keruun menetelmissä. Tavallisesti käytännön arvioin-
neissa käytetään puolistrukturoituja haastatteluja, kuten teemahaastattelua. Haastatte-
lut voivat olla erityisen hyödyllisiä, jos ne toteutetaan ryhmähaastatteluina. (Robson
2001, 106, 137.)

Tekemääni teemahaastatteluun sisältyy prosessiarviointikysymykset, jotka olen muo-
dostanut Colin Robsonin viitekehystä (kuvio 2) mukaillen (kuvio 3). Arviointikysy-
mykset olen muotoillut teemahaastatteluun sopiviksi. Opinnäytetyöni arviointikysy-
mykset muodostuvat prosessin tarkoituksen ja taustateorian pohjalta. Prosessin taus-
talla on pyrkimys kehittää seudullinen geriatrisen päihdeasiakkaan hyvän hoidon käy-
täntö. Taustalla on oletus, että kotihoidon työntekijät ovat saaneet tietoa aiheesta ja
aloittaneet kehittämistyön tekemisen omassa työssään. Tieto perustuu Pasmake-
hankkeen loppuraporttiin. Projektin logiikan ymmärtäminen on vaatinut paneutumista
taustalla olevaan teoriatietoon hyvistä käytännöistä, ikääntyneiden ehkäisevästä päih-

detyöstä sekä kotihoidosta. Tutkimuskysymykset ohjaavat valitsemaan arviointimenetelmät ja tekemään aineistonhankintastrategian. Aineiston hankintastrategiana on ollut tutustuminen hankkeiden loppuraportteihin, kyselyjen ja haastattelujen tekeminen sekä palautteen saaminen opinnäytetyön ohjausryhmältä. Arviointimenetelmiksi muodostuivat prosessiarviointi, tiimien itsearviointi ennakkokyselyn avulla, kotihoidon työntekijöiden ryhmähaastattelut ja aineiston laadullinen analyysi.



KUVIO 3. Prosessiarviointiaselman viitekehys (mukailten Robson 2001, 123)

5.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Hain tutkimuslupaa Lieksan ja Nurmeksien kaupungilta, Valtimon kunnalta sekä Valtimon ja Nurmeksien terveydenhuollon kuntayhtymältä joulukuussa 2008. Tutkimusluvut myönnettiin tammi- helmi- ja maaliskuun aikana 2009. Valtimon kunnalta sain tutkimusluvan vasta maaliskuun loppupuolella 2009, jonka vuoksi haastattelujen tekeminen ei toteutunut suunnitellussa aikataulussa.

Tutkimuksen kohdejoukoksi valitsin ne kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät, jotka ovat arjen työssä kosketuksissa ikääntyneisiin asiakkaisiin. He pystyvät itse arvioimaan parhaiten, kuinka ikääntyneiden ehkäisevä päihdetyö näkyy heidän työssään. Kolmen kunnan alueen kotihoidossa on suuri joukko työntekijöitä, joten minun täytyi valita haastateltavaksi harkinnanvarainen näyte ryhmästä. Valinnassa käytin hyväksi kotihoidossa käytettävää työryhmä- ja tiimityöskentelymallia. Ehdotin ryhmähaastatteluun osallistuviksi tiimeistä tiimivastaavia ja muuten organisoituneista työryhmistä työryhmän valitsemia edustajia. Haastateltavat henkilöt jokainen kotihoidon työryhmä sai valita itsenäisesti. Näin huomioin vapaaehtoisuuden, työryhmien asiantuntijuuden ja itsemääräämisoikeuden asiassa.

Haastattelun onnistumisen kannalta on hyvä, että haastateltavat voivat tutustua haastattelun aiheeseen ja kysymyksiin etukäteen. Tällöin voidaan saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta aiheesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75.) Tiedotin kaikkia kolmen kunnan kotipalvelusta ja kotisairaanhoidosta vastaavia työntekijöitä opinnäytetyöstäni sähköpostitse lähetetyllä kirjeellä (liite 2) maaliskuussa 2009. Vastaavat tulostivat kirjeet ja toimittivat ne edelleen työryhmilleen. Työntekijät käsittelivät työryhmissään kirjeessä olevia asioita oman toimintansa mukaisella tavalla. Ennen kirjeen postittamista lähetin kirjeen, lomakkeen ja teemahaastattelurungon ohjaajilleni, opponenteilleni ja ohjausryhmilleni luettavaksi. Tein aineistoon heidän ehdottamansa korjaukset. Samalla testasin, että kirje liitteineen avautuu vastaanottajien sähköpostissa.

Kirjeessä olevaan lomakkeeseen (liite 3) pyysin kirjaamaan työryhmän perustietoja ennen haastatteluja. Kysyin siinä työntekijöiden koulutusta ja työn organisoimisen mallia. Lomakkeen tarkoituksena oli helpottaa kysymyksiin vastaamista haastatteluti-

lanteessa. Kirjeessä oli myös kysymyksiä työryhmissä käytävän keskustelun pohjaksi (liite 4). Kysymysten avulla työryhmä pystyi orientoitumaan aiheeseen sekä keskustelemaan ja tekemään itsearviointia omasta toiminnastaan. Näin kaikilla työntekijöillä oli mahdollisuus osallistua hyvän käytännön luomiseen. Työryhmien valitsemat työntekijät välittivät haastattelutilanteessa työryhmänsä ajatukset asiasta. Kirjeeseen sisältyi lisäksi tiedot tutkimusluvista, yhteystiedoista sekä tutkimusaineiston käsittelystä. Liitin kirjeeseen myös teemahaastattelurungon (liite 5). Tavoitteenani oli tehdä kirjeestä ja lomakkeista mahdollisimman kiinnostusta herättävän näköisiä. Tällä tavoin halusin lisätä todennäköisyyttä, että asiaa käsiteltäisiin työryhmissä ennen haastatteluja. Jouduin muokkaamaan liitteenä olevien kirjeen ja lomakkeiden visuaalista ulkoasua opinnäytetyön raportin asetuksiin sopiviksi. Liitteissä oleva teksti on alkuperäisten kappaleiden mukaista.

Teemahaastattelut toteutin ryhmähaastatteluina huhti- ja toukokuun aikana 2009. Harjoittelin ennakkoon haastattelujen tekemistä ja nauhoittamista. Opettelin huolella laitteiden käytön ja arvioin koehaastattelun avulla haastatteluun käytettävän ajan. Ryhmähaastattelun tallentamiseen varasin kaksi nauhoituslaitetta, joiden avulla varmistin äänen tallentamisen kaikkien haastateltavien osalta. Haastatteluajat sovin kotihoidon työntekijöiden yhteisten palaverien yhteyteen, jolloin työntekijöillä oli parhaat mahdollisuudet osallistua haastatteluun. Haastattelupaikkoina toimivat jokaisessa kunnassa kotihoidon käytössä olevat kokoustilat.

Haastattelin jokaisen kolmen kunnan kotihoidon työntekijöitä omana ryhmänään. Näin minulla oli mahdollisuus vertailla tuloksia myös kuntakohtaisesti. Ennakkoon selvitin, että Lieksan kaupungin kotihoidossa toimii tiimityöskentelymalli, jossa on edustettuna sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon työntekijöitä. Nurmeksien kaupungissa ja Valtimon kunnassa kotipalvelu ja kotisairaanhoidon palvelut toimivat erillisinä. Ryhmähaastatteluun osallistui sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon työntekijöitä. Siten mahdollistui vuoropuhelu sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden työntekijöiden välillä. Yhteisen käytännön kehittämisessä tasavertainen osallisuus, erilaisten näkökulmien esille tuominen ja rakentava vuorovaikutus ovat mielestäni tärkeitä seikkoja.

Haastatteluun osallistui Lieksassa työntekijöitä kaikista viidestä tiimistä, yhteensä kahdeksan henkilöä. Haastattelussa ei ollut mukana kotisairaanhoidon edustajaa. Oletin, että ennakkoon lähettämäni kirjallinen aineisto ja teemahaastattelurunko tavoittavat myös tiimeissä toimivat kotisairaanhoidon työntekijät. Haastattelutilanteessa kävi ilmi, että minun olisi pitänyt toimittaa materiaali erikseen kotisairaanhoidon saadakseni vastaukset myös heiltä. Tutkimuksen valmistuminen olisi viivästynyt vähintään kuukaudella, kesälomien vuoksi useammallakin kuukaudella, mikäli olisin päätenyt haastattelemaan kotisairaanhoidon työntekijöitä erikseen. Se vaihtoehto ei ollut tutkimuksen aikataulun ja oman valmistumisaikatauluni vuoksi mahdollista. Lieksan kaupungin osalta tutkimusaineisto koskee siten vain kotipalvelua.

Haastattelupaikkana Lieksassa oli kotihoidon tiimin tila Jokikadulla. Kotipalvelun työntekijöillä oli ollut kiireinen päivä. He eivät olleet saaneet tarpeeksi sijaisia poissaoleville työntekijöille. Lisäksi juuri käyttöönotettu Mediatri potilastietojärjestelmä aiheutti ongelmia. Tunnelma oli ennen haastattelun aloittamista levoton. Kukaan tiimien edustajista ei muistanut palauttaa esitetyttä kyselylomaketta. Työntekijät täyttivät esimiehen kopioimat lomakkeet uudelleen ennen haastattelua. Samalla he keskustelivat kysymyksistä. Tunnelma rauhoittui lomakkeiden täyttämisen aikana. Haastattelu keskeytyi hetkeksi, kun eräs haastateltava sai surullisen viestin puhelimeensa. Hän poistui hetkeksi kahden muun työntekijän kanssa paikalta. Puhuimme tilanteesta ryhmän kanssa. Haastateltavat pystyivät keskustelemaan olosuhteista huolimatta keskittyneesti, monipuolisesti ja rauhallisesti aiheesta. Heillä oli jo tietoa ja käytännön kokemusta asiasta.

Nurmeksessa haastattelin neljää työntekijää. Haastateltava ryhmä koostui kaikkien kolmen kotipalvelun tiimin edustajista sekä yhdestä neljään alueeseen jaetun kotisairaanhoidon työryhmän edustajasta. Haastattelupaikkana toimi Kyrölän palvelukeskuksen kirjasto. Kaikki haastateltavat palauttivat täytetyt ennakkokyselylomakkeet haastattelutilanteessa. Haastattelu sujui ilman häiriöitä. Alussa haastateltavat ilmoittivat, että heillä ei ole tietoa aiheesta. Aktiivisella ryhmäkeskustelulla he pystyivät kuitenkin tuottamaan monipuolisesti tietoa asiasta.

Valtimolla kotipalvelu toimii yhtenä työryhmänä ja kotisairaanhoido on jaettu kahteen alueeseen. Kotipalvelusta haastatteluun osallistui kaksi työntekijää ja opiskelija. Koti-

sairaanhoidosta mukana oli kolme työntekijää. Yhteensä haastateltavia oli kuusi. Haastattelupaikkana oli terveystieteiden keskuksen kokoushuone. Kotisairaanhoidossa oli käyty asiaa läpi lomakkeiden mukaisesti. Kotipalvelussa oli ehditty täyttää vain kyselylomake. Haastateltavat tunsivat aihepiirin vieraaksi. He pitivät kuitenkin haastattelua kehittämistilanteena ja toivat esille selkeitä käytännön kehittämisehdotuksia.

Nauhoitin haastattelut, joista kaikki kolme olivat kestoiltaan noin tunti ja 15 minuuttia pitkiä. Litteroin eli puhtaaksikirjoitin nauhat haastattelujen jälkeen toukokuussa 2009. Kirjoitin haastattelut puhtaaksi alkuperäisessä sanallisessa muodossaan. Litteroitua aineistoa kertyi 54 sivua.

5.4 Aineiston analyysi

Aineiston analysoiminen oli opinnäytetyössäni aikaa vievä vaihe. Aineiston lukemiseen ja prosessoimiseen kului ennakoitua enemmän voimavaroja. Käytin aineiston analysointimenetelmänä teoriaohjaavaa sisällönanalyysia. Tällöin sisällönanalyysi etenee aineiston ehdoilla, mutta aineistoa abstrahoidessa empirinen aineisto liitetään teoreettisiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 117.) Tein paljon ajatustyötä ennen kuin pystyin luokittelemaan aineiston sisällön kategorioihin. Tutkimukseni sijoittui kolmen kunnan alueelle, joissa kaikissa kotihoito oli organisoitunut eri tavoin. Työkäytännöt ja tiedon sekä kokemuksen määrä aiheesta oli vaihtelevaa. Oletin sen tuottavan haastatteluissa erilaisia vastauksia ja siten vaikeuttavan analysointia. Aineistoa analysoidessa huomio kiinnittyi kuitenkin kaikkien haastateltavien ryhmien samankaltaisiin vastauksiin ja toimintaehdotuksiin. Niiden perusteella aineiston analysointi tapahtui lopulta johdonmukaisesti ja kiinnittyi yläkategorioissa ja yhdistävässä kategoriassa viitekehukseen.

Kvalitatiivisten aineistojen käsittelyssä analyysia pitää tehdä koko ajan eikä jäädä odottelemaan, että koko aineisto on valmis. Kun arvioijalla on analyysin ja arvioinnin edistystä yhä enemmän aineistoa ja selkeä käsitys sen sisällöstä, hänen pitäisi pystyä tiivistämään kokonaisuus keskeisiin luokkiin. (Robson 2001, 176–177.) Haastattelijalla on mahdollisuus haastatteluja tehtäessä tiivistää ja tulkita haastateltavan kertomaa. Tällöin haastattelija kertoo tulkinnoistaan haastateltavalle ja hän vahvistaa tai hylkää tulkinnan. Dialogi jatkuu, kunnes löytyy yhteinen tulkinta asiasta. (ks. Hirsjärvi &

Hurme 2000, 137.) Aloitin aineiston analysoinnin jo haastatteluja tehdessäni. Tein haastattellessani joitakin yhteenvetoja keskustelusta ja kysyin haastateltavilta olivatko ne heidän vastauksiensa mukaisia. Näin varmistin haastateltavilta tulkintani oikeellisuuden.

Litteroidun tutkimusaineiston analysoin kesän 2009 aikana. Luin aineiston läpi useita kertoja, sillä aineiston pystyy analysoimaan vasta kun se on tullut tutuksi (ks. Hirsjärvi & Hurme 2000, 143). Lukukertojen välillä aineiston analysoiminen jatkui aktiivisen ajattelun avulla. Aloitin litteroidun aineiston analyysin valitsemalla analyysiyksiköksi lauseen ja ajatuskokonaisuuden. Yhdistin ennakkokyselyllä kysymäni asiat aineistoon. Heinäkuussa 2009 aloitin aineiston pelkistämisen koodaamalla aineistosta kolmeen teemahaastattelukysymykseeni liittyvät alkuperäiset ilmaisut. Käytin värikoodausmenetelmää eli alleviivasin erilaisilla väreillä eri kysymyksiin liittyvät vastaukset. Jatkoin aineiston analyysiä tiivistämällä alkuperäisilmaisut pelkistetympään muotoon. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 5-6.)

Aineistoa ryhmitellessäni kokosin samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhteen ja yhdistin ne yhteisen otsikon alle alakategorioiksi. Muodostetuilla kategorioilla tulee aina olla yhteys aineistoon. Ne mahdollistavat aineiston abstrahoinnin eli käsitteellistämisen. Tutkimuksen tulokset raportoidaan kuvaamalla analyysissä muodostettujen kategorioiden sisällöt. Ne kuvataan alakategorioiden ja pelkistettyjen ilmaisujen avulla. (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 6, 10.) Kuviossa 4 on esimerkki tutkimusaineistoni ryhmittelystä.

PELKISTETTY ILMAISU	ALAKATEGORIA
<i>hopsia pitäis kehittää</i>	
<i>kysyttäis hopsissa automaattisesti</i>	
<i>vois olla hopsiin liitettynä</i>	
<i>kysyttäis hopsia tehtäessä</i>	
<i>kysyttäis hopsia päivitettäessä</i>	HOPS
<i>yhteinen hops tavoitteena</i>	
<i>hops tehtäs yhdessä</i>	
<i>hopsin yhteyvessä</i>	
<i>mediatri on kysymysmerkki</i>	
<i>ei keretty tutustua Mediatrin hopsiin</i>	
<i>hopsit voi nähä, kun on suostumukset</i>	
<i>mietitään yhdessä työryhmässä</i>	
<i>tiimissä setvitään ensin</i>	
<i>sitten tiimissä</i>	
<i>tiimissä asioita pohditaan</i>	TIIMITYÖ
<i>tiimissä vastuu asiakkaasta</i>	
<i>tiimin sisällä keskustellaan</i>	
<i>vastuu koko tiimillä</i>	
<i>ois säännönmukasta</i>	
<i>pitäs olla järjestelmällistä</i>	
<i>ei tarviis miettiä miten</i>	RUTIINI
<i>olisi helppo sanoa että tämä kuuluu asiaan</i>	
<i>vois kysyä rutiininomaisesti</i>	

KUVIO 4. Esimerkki tutkimusaineistoni ryhmittelystä.

Ryhmittelyn jälkeen abstrahoin eli käsitteellistin aineiston yhdistämällä ensin saman sisältöiset alakategoriat yläkategorioiksi ja lopuksi yläkategoriat yhdeksi yhdistäväksi kategoriaksi (ks. Kyngäs & Vanhanen 1999, 6-7). Aineiston abstrahointia kuvaan kuviossa 5.

ALAKATEGORIA	YLÄKATEGORIA	YHDISTÄVÄ KATEGORIA
hops		
palvelutarpeen arviointi		
vastuuhoitajuus	KOTIHOIDON	
tiimityö	KÄYTÄNTÖ	
yhtenäisyys		
rutiini		
sosiaaliset verkostot		
työnjako		IKÄÄNTYNEIDEN
työn kehittäminen		EHKÄISEVÄN
tiedonkulku	MONIAMMATILLINEN	PÄIHDETYÖN
erikoisosaaminen	KÄYTÄNTÖ	HYVÄ
tuki		KÄYTÄNTÖ
yhteistyö		
jalkautuva päihdetyö		
työmenetelmät		
koulutus	TYÖVÄLINEET	
strategiat		
resurssit		

KUVIO 5. Tutkimusaineistoni abstrahointi.

Yläkategorioiden sekä yhdistävän kategorian nimeämisessä käytin abduktiivista päättelyä. Abduktio on eräänlainen oivallus, jossa koettuja kokemuksia peilataan edestakaisin teorian ja käytännön välillä. Abduktiivista päättelyä varten tutkijalla täytyy olla johtoajatus, joka liittyy hänen aikaisempien kokemuksiansa perusteella syntyneeseen ratkaistavaan ongelmaan. Abduktiivinen päättely edellyttää, että tutkijalla on sekä tiedollinen että käytännöllinen esiymmärrys aiheestaan. Päättelyssä aiempi teorian tieto aiheesta ei ohjaa päättelyä, vaan toimii inspiraation lähteenä. (Anttila 2008, 5–8.) Sain aineiston abstrahoitua tutkimussuunnitelman mukaisesti elokuussa 2009.

6 IKÄÄNTYNEIDEN EHKÄISEVÄN PÄIHDETYÖN HYVÄ KÄYTÄNTÖ

Ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvä käytäntö Pielisen Karjalan kotihoidossa muodostuu tutkimustulosten mukaan kolmesta osa-alueesta. Osa-alueita ovat kotihoidon käytäntö, moniammatillinen käytäntö ja näiden työkäytäntöjen tekemiseen tarvittavat työvälitteet. Luvuissa 6.1–6.3 kerron tutkimustuloksista, jotka sain ryhmähaastatteluja analysoimalla (kuvio 5) ja ennakkokyselyn (liite 3) vastauksista. Tutkimustuloksissa kuvaan kotihoidon työntekijöiden tämänhetkistä osaamista, organisoitumista ja työkäytäntöjä sekä näkemyksiä työn kehittämistä.

6.1 Kotihoidon käytäntö

Kotihoidon käytäntö muodostuu työn tekemisen lähtökohdista, vastuuhoidajuuden ja tiimityön sekä kotihoidon interventioiden merkityksestä ikääntyneiden ehkäisevässä päihdetyössä. Työn tekemisen lähtökohtia selvitin ennakkokyselyllä ja ryhmähaastattelulla. Luvussa 6.1.1 yhdistyvät kyselyjen ja haastattelujen tulokset. Luvuissa 6.1.2–6.1.3 kerron analysoimistani ryhmähaastattelun tuloksista kotihoidon käytännön osalta.

6.1.1 Työn tekemisen lähtökohdat

Lieksan kaupungin kotipalvelussa on viisi tiimiä ja kotisairaanhoidon on jaettu viiteen toiminta-alueeseen. Kotipalvelu ja kotisairaanhoidon tekevät tiivistä yhteistyötä siten, että jokaiseen viiteen kotipalvelun tiimiin kuuluu myös kotisairaanhoidon työntekijä. He tekevät yhdessä moniammatillista tiimityötä, joskin kokevat että yhteistyö ei ole tiivistynyt toivotulla tavalla. Yhteistyön päihdehuollon kanssa he kokevat vähäiseksi. Työntekijät eivät tee säännöllistä yhteistyötä seudullisesti muiden Pielisen Karjalan kotihoidon työntekijöiden kanssa. Pitkäaikaisten työntekijöiden mukaan kotipalvelussa on ollut käytössä omahoitajamalli ainakin 20 vuoden ajan.

Kaikki Lieksan kotipalvelun työntekijät tekevät päihdetyötä omien asiakkaidensa kanssa. Kotipalvelussa on lisäksi yksi osa-aikainen työntekijä, joka tekee pelkästään päihdetyötä kaikkien tiimien alueella. Työntekijät ovat koulutukseltaan lähihoitajia, kodinhoitajia, kotiavustajia ja perushoitajia. Jokaisessa tiimissä on vanhustyön opintoja

suorittaneita työntekijöitä ja koko kotipalvelussa kolme päihdetyön ammattilaista. Haastattelun mukaan ainakin kolme neljäosaa kotipalvelun työntekijöistä on osallistunut Karpalon järjestämään päihdekoulutukseen. He muistivat saaneensa Pasmake-hankkeen jakamaa tietoa ikääntyneiden päihdeongelmista. Päihteiden käytöstä kysyminen on rutiinia. Sitä kysytään kaikilta asiakkailta palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Kotipalvelun työntekijät kokivat päihteiden käytön puheeksiottamisen ja lyhytneuvonnan luonnollisesti omaan työhönsä kuuluvaksi osa-alueeksi. Kehitettäväksi alueiksi he kokivat päihdehuollon ja kotipalvelun yhteistyön tekemisen sekä yhteisen toimintamallin ja hoitopolun luomisen ikääntyneelle päihdeasiakkaalle.

Nurmeksen kaupungissa kotipalvelu koostuu kolmesta tiimistä. Tiimeissä on juuri aloitettu vastuuhoidajuuks-malli jakamalla jokaiselle työntekijälle omat asiakkaat. Kotipalvelun työntekijät eivät tee säännöllistä yhteistyötä muiden Pielisen Karjalan kotihoidon eivätkä oman kaupungin päihdehuollon työntekijöiden kanssa. Yhteistyö kotisairaanhoidon työntekijöiden kanssa on säännöllistä. Työntekijät ovat koulutukseltaan lähihoitajia, perushoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia.

Jokaisessa Nurmeksen kotipalvelun tiimissä on vanhustyön opintoja suorittaneita työntekijöitä. Päihdetyön opintoja suorittaneita työntekijöitä ei ennakkokyselyn mukaan ollut yhtään. Haastattelussa yksi tiimin edustajista muisti tiiminsä osallistuneen Karpalon järjestämään päihdekoulutukseen. Koulutuksen järjestäjän mukaan Nurmeksessa koulutukseen osallistui kahden päivän aikana yhteensä 15 henkilöä. Osallistuin itse koulutukseen suorittaessani opintoihini kuuluvaa työharjoittelua Nurmeksen kaupungin vanhuspalveluissa. Toisena koulutuspäivänä osallistujina olivat itseni lisäksi yhden kotipalvelun tiimin 6 työntekijää ja toisena päivänä lisäksi yksi työntekijä toisesta kotipalvelun tiimistä. Pasmake-hankkeen jakama tieto ikääntyneiden päihdeongelmista ei ollut tavoittanut työntekijöitä eikä päihteiden käytöstä kysyminen juurtunut kotipalvelun työkäytännöksi. Työntekijät kokivat suurimmaksi puheeksiottamisen esteeksi ammattitaitonsa puutteellisuuden päihdetyössä. He pitivät päihteiden käytöstä kysymistä ja lyhytneuvontaa omaan työhönsä kuuluvana asiana ja toivoivat saavansa koulutusta aiheeseen. He kokivat tärkeäksi työn tekemisen edellytykseksi päihdehuollon ja kotipalvelun yhteistyön kehittämisen.

Nurmeksessa kotisairaanhoido on jaettu neljään alueeseen. Kotisairaanhoido toimii työryhmänä, mutta ei tee tiimityötä. Vastuuhoitajamalli toimii siten, että jokaisella työntekijällä on vastuu oman alueensa asiakkaista. Työntekijöinä on sairaanhoitajia ja perushoitajia. Työryhmässä ei ole yhtään vanhustyön tai päihdetyön opintoja suorittanutta työntekijää. Työryhmä tekee vähäisessä määrin yhteistyötä samaan Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymään kuuluvan Valtimon kotisairaanhoidon kanssa. Nurmeksen kaupungin kotipalvelun kanssa yhteistyö on säännöllistä. Päihdehuollon kanssa yhteistyötä ei ole. Pasmake-hankkeen jakama tieto ei ollut tavoittanut työntekijöitä. Työkäytäntöihin ei kuulu säännöllinen päihteiden käytöstä kysyminen. Työntekijät toivoivat säännöllistä yhteistyötä päihdehuollon kanssa.

Valtimon kunnan kotipalvelussa on yksi työryhmä, jonka työntekijät tekevät ryhmätyötä. Työryhmässä ollaan aloittamassa omahoitajamallia. Työntekijät ovat lähihoitajia ja kodinhoitajia. Yksi työntekijöistä on suorittanut päihdetyön ammattiopinnot. Työryhmässä on useita vanhustyön opintoja suorittaneita. Työntekijät eivät tee yhteistyötä päihdehuollon eivätkä muiden Pielisen Karjalan kotihoidon työntekijöiden kanssa. Yhteistyö kotisairaanhoidon kanssa on tiivistä. Yhteisiä palavereja pidetään viikoittain. Kotipalvelun työntekijät eivät ole osallistuneet Karpalon järjestämään päihdekoulutukseen. Pasmake-hankkeen jakama tieto ei ollut tavoittanut työntekijöitä eikä päihteiden käytöstä kysyminen juurtunut työkäytännöksi. Työntekijät kokivat tarvitsevansa päihdetyön erikoisosaajan tukea työhönsä, silloin kun oma osaaminen ei riitä. He eivät tieneet, onko kunnassa päihdehuoltoa, johon he voisivat olla yhteydessä.

Valtimolla kotisairaanhoido on jaettu kahteen alueeseen. Molemmilla alueilla on oma työntekijä, joka vastaa alueen asiakkaista. Kotisairaanhoido tekee aktiivista yhteistyötä kotipalvelun ja terveystieteiden osaston kanssa. Vakituiset työntekijät ovat koulutukseltaan sairaanhoitajia. Heillä ei ole päihdetyön eikä vanhustyön koulutusta. Työntekijät tekevät tarvittaessa yhteistyötä Nurmeksen kotisairaanhoidon kanssa. Työntekijät eivät tunteneet Pasmake-hanketta eikä päihteiden käytöstä kysyminen ollut säännöllistä. Työntekijät kokivat selkeän tiedon puutteen asiasta. He toivoivat yhtenäistä toimintamallia ja hoitopolkua ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamisen tueksi.

Niin sanotusti tämä Pasmake-hanke hävisi jonnekin. Semmonen oli meillä se tiimin kanta tähän. Että tuota huonosti on asiat.

6.1.2 Vastuuhoitajuuden ja tiimityön merkitys

Kaikissa kotihoidon työryhmissä on käytössä vastuuhoitaja-malli. Työryhmät käyttävät asiasta sekä omahoitaja- että vastuuhoitaja-käsitettä. Luvussa 6.1.1 kuvailin asiaa työryhmien käyttämällä nimillä, tässä kappaleessa käytän vastuuhoitaja-käsitettä. Tiimit kuuluvat työryhmä-käsitteen alle.

Haastateltavien mielestä kotihoidon työntekijät ovat tärkeässä asemassa ikääntyneiden ehkäisevää päihdetyötä tehtäessä. He kokevat olevansa työnkuvansa vuoksi lähellä ikääntyneitä asiakkaita ja näkevänsä usein ensimmäisenä myös asiakkaan päihteiden käyttöön liittyvät ongelmat. Haastateltavat arvioivat ehkäisevään päihdetyöhön liittyvien riskitekijöiden huomioimisen, päihteiden käytöstä kysymisen, päihteiden käytön puheeksiottamisen ja lyhytneuvonnan soveltuvan kotipalvelun työntekijöiden työmenetelmiksi. Kotipalvelun työntekijät kokivat asian luontevaksi osaksi omaa työtään. Kotisairaanhoidon työntekijöiden käynnit asiakkaiden luona tapahtuvat harvemmin ja ovat kestoltaan lyhyempiä kuin kotipalvelun käynnit. Kotisairaanhoidon työntekijöiden työnkuvaan liittyy alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista kertominen. Myös muuhun sairauden hoitoon liittyvä alkoholin käytöstä aiheutuvista riskitekijöistä kertominen tapahtuu luontevasti heidän työssään.

Minä niinkun koen, että tämä asia kuuluu mejän [kotipalvelu] työhön – kun seurataan sitä asiakkaan vointia ja elämäänsä niin siinä samallaan se tulee.

Kotipalvelu käypi päivittäin, myö [kotisairaanhoido] käyvvään vain keran tai kaksi kahtteen viikkoon eli huonommin se näkyy meille – – myö puhuttaa ruokavaliosta ja lääkkeistä, kerrottaan että alkoholikkii vaikuttaa.

Lieksan kotipalvelussa vastuuhoitajalla on omat asiakkaat. Hän käy pääsääntöisesti omien asiakkaidensa luona työvuorossa ollessaan. Nurmeksen ja Valtimon kotipalvelussa vastuuhoitajan työnkuva on vasta muodostumassa. Nurmeksen ja Valtimon kotisairaanhoidossa vastuuhoitaja vastaa oman alueensa asiakkaista. Haastateltavat kokevat vastuuhoitajuuden merkityksen ikääntyneiden ehkäisevässä päihdetyössä merkit-

täväksi. He kokevat, että päihteiden käyttö on arkaluontoinen asia, josta asiakkaan on helpompi keskustella tutun työntekijän kanssa. Tuttu työntekijä tuntee asiakkaan elämäntarinan ja osaa arvioida hänen elämäntilanteeseensa liittyvät päihteidenkäytön riskitilanteet. Asiakkaan tunteva työntekijä pystyy asiakkaan elämää seuratessaan näkemään myös kohtuullisen alkoholinkäytön normaalina osana hänen elämäänsä.

Helpompi ois ottaa se asia puhheeksi, kun asiakas tulloo tutuksi – – kun se on muutenkkiin niin arka aihe.

Kun asiakas on tuttu ja tiijettään hänen historia ja näin, niin heti huomaa että nyt ei oookaan kaikki kohallaan, niinku joku päihteiden käyttö.

Jollai mummolla saattaa se lääkekonjakkipullo olla siellä keittiön pöydällä ja myö mennäiki eikä tunneta ihmistä, niin herrajumala täällä on viinapullo pöydällä, vaikka se ottaa siitä sen korkillisen aamuin ja illoin.

Haastateltavien mielestä vastuuhoitajan rooliin kuuluu ottaa ensimmäisenä asiaan liittyvä huoli puheeksi asiakkaan kanssa. Vastuuhoitajan on mahdollista käsitellä asiakaidensa elämäntilanteita omassa työryhmässään ja saada siten vertaistukea työhönsä. Työryhmälle haastateltavat kokivat kuuluvan yhteisen vastuun kaikista asiakkaista. Työryhmissä vastuualueita on jaettu myös aihekohtaisesti. Joissakin työryhmissä oli nimetty mielenterveys- ja päihdetyöstä vastaavat työntekijät. Heille ei ollut vielä muodostettu selkeää työnkuvaa. Omiin työryhmiinsä haastateltavat toivoivat enemmän päihdetyön koulutusta ja työkokemusta omaavia työntekijöitä.

Ensisijanen vastuu on minulla kun minä menen sinne asiakkaan kottiin mutta minä en yksin sitä kannan vaan koko tiimi.

Onhan meillä tiimissä nimetty tämmönen mielenterveys- ja päihdetyön vastaava – – miten se sitten käytännössä näkyy ja toimii niin se on vähän toinen juttu, ei varmaan hirveesti keritty vielä siihen satsata.

Puheeksiottamisen vaikeudeksi työntekijät kokivat aiheen arkaluonteisuuden. Haastateltavien mielestä päihteiden käytöstä puhuminen vaatii työntekijältä hienotunteisuutta

ja neutraalia asennoitumista asiaan. Asiakkaan oma koti työympäristönä korostaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta asian käsittelyyn. Ammatillisuuden merkitys kasvaa, kun asiakkaana tai hänen omaisenaan on tuttu ihminen. Vastuuhoitajan vastuun ja työroolin tunnistaminen auttaa kysymään asiaa myös kiusallisissa tilanteissa. Asian kysyminen rutiiniluontoisesti kaikilta asiakkailta alentaa haastateltavien mielestä kysymisen kynnyksiä. Puheeksiottamisen vaikeutta lisää se, että työntekijät eivät koe omaavansa vielä tarpeeksi tietoa ja työkokemusta aiheesta. Erityispiirteeksi ikääntyneiden kanssa tehtävässä työssä haastateltavat nimesivät asiakkaiden muistivaikeudet. Tämä lisäsi heidän mielestään tarvetta ottaa asiaa puheeksi säännöllisesti arjentyön lomassa.

*Koti on kuitenkin paikka joka on hänen oma ja häntä pitää kunnioittaa
-- miten sen otat niin hienotunteisesti esille ettet loukkaa toista ihmistä.*

Oon aatellu että se on semmonen luonnollinen asia, samalla tavalla voi minun mielestä keskustella siitähii niinku muista sairauksistahi. Itestähän se paljo riippuu miten minä sen asian tuon ilmi.

*Kun on pieni paikkakunta ja kaikki tuntee toisesa ja jos se arvioitava henkilö tai omainen onkin liian tuttu, niin se on vähä kiusallinen tilanne.
-- mutta kyllä minä siitä huolimatta kysyn -- pitää vain työtakki päällä mennä töihin.*

Riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeä osa ikääntyneiden ehkäisevää päihdetyötä. Tutkimuksessa toistuva haastateltavien kokemus tiedon puutteesta heijastui epävarmuutena asiasta puhumisessa sekä toimi esteenä työn käytännön toteuttamisessa. Haastattelun kuluessa jokaisesta ryhmästä löytyi oleellinen tieto riskitekijöistä. Haastateltavat kertoivat tekevänsä ikääntyneiden ehkäisevää päihdetyötä pyrkimällä aktiivimaan asiakasta arjesta suoriutumiseen ja kodin ulkopuoliseen toimintaan. Kivunlievitys koettiin myös tärkeäksi. Yhteistyötä asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa pidettiin tärkeänä ikääntyneiden ehkäisevää päihdetyötä toteutettaessa. Seurakunnan ja järjestöjen järjestämä toiminta nähtiin tärkeänä osana asiakkaiden yksinäisyyden lievittämisessä. Työntekijät kertoivat, että juuri riskiryhmiin kuuluvia asiakkaita on vaikeaa aktivoida kodin ulkopuoliseen toimintaan. Työntekijällä pitäisi olla aikaa saattaa

heitä toimintaan ja hakea sieltä pois. Alussa asiakas kaipaa myös tutun työntekijän mukana oloa itse toiminnassa. Kotipalvelun työntekijöiden aika ei tutkimukseen osallistuvien mukaan riitä tällaiseen aktivoimiseen.

Pelkotilat ikäihmisillä on yksi, pelottaa yksinäisyys, pelottaa kun ilta tulloo, yö tulloo ja kiputilat, yksi sano että humalassa on helepompi kipuja kuunnella.

Ikääntyneellä ne lääkkeetkin ruppee vaikuttamaan ihan eri tavalla ja alkoholi vaikuttaa vielä enemmän.

Vuosia on menny ja eikä ennee riitä se yks ja kaks viinilasillista ja sano ettei ymmärtänykkään että se voi olla niin vaarallista.

6.1.3 Interventiot

Palvelutarpeen arviointiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmiin liittyvät käytännöt ovat tällä hetkellä erilaisia kaikissa tutkimukseen osallistuvissa kotihoidon työryhmissä. Työryhmät ovat mukana kirjaamisen kehittämisen KIRKE-hankkeessa. Sen tavoitteena on selkeyttää ja yhtenäistää työkäytäntöjä. Hankkeen aikana kotihoidon on tarkoituksena siirtyä käyttämään Mediatri potilastietojärjestelmää asiakastietojen kirjaamiseen. Järjestelmä sisältää asiakkaalle tehtävän hoito- ja palvelusuunnitelman. Mediatri otettiin käyttöön pilottihankkeena Lieksan kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa keväällä 2009. Haastateltavilla oli järjestelmän käyttöön liittyvänä odotuksena, että hoito- ja palvelusuunnitelma tehtäisiin jatkossa yhteistyönä kotipalvelun ja kotisairaanhoidon kesken. Odotuksena on myös, että päihteiden käytöstä kysyminen sisältyy Mediatriin hoito- ja palvelusuunnitelmaan.

Kaikkien tutkimukseen osallistuvien ryhmien mielestä päihteiden käytöstä kysymisen tulisi olla rutiininomaista. Sen tulisi sisältyä yhtenä osana palvelutarpeen arviointiin ja hoito- ja palvelusuunnitelman tekemiseen. Yhdenmukaisen menettelyn koettiin lisäävän tasa-arvoisuutta sekä asiakkaille että työntekijöille. Sen ansiosta kaikki asiakkaat saisivat tilaisuuden puhua asiasta ja kokea kysymisen kuuluvan luonnollisena terveyden hoitoonsa liittyvänä seikkana. Kysyminen ei olisi riippuvaista työntekijän kiin-

nostuksesta asiaa kohtaan, vaan tulisi osaksi jokaisen työpanosta. Lieksan kotipalvelussa päihteidenkäytöstä kysyminen on jo juurtunut osaksi palvelutarpeen arviointia. Käytäntö on otettu käyttöön Karpalon järjestämän päihdekoulutuksen innoittamana. Palvelutarpeen arviointi sisältää alustavan hoito- ja palvelusuunnitelman ja sen tekee kotihoidon vastaava työntekijä. Hänen kokemuksensa asiasta on myönteinen.

Mie teen semmosen alkukartoituksen ja tavallaan alustavan hoito- ja palvelusuunnitelman ja siinä minä jokkaiselta kysyn sitä alkoholin käyttöä – mulla on haastattelurunko jota minä nouwatan.

Sillon kun se on säännönmukasta niin se tulloo tehtyä – Hopsin yhteydessä se mennee luonnollisesti.

6.2 Moniammatillinen käytäntö

Kotihoidon työntekijät kokivat, että ikääntyneiden ehkäisevä päihdetyö kuuluu kotipalveluun, kotisairaanhoidon ja päihdehuoltoon. Heidän mielestään mikään tahoista ei voi yksin vastata asiasta, vaan työhön tarvitaan moniammatillista yhteistyötä. Haastateltavat kokivat ehkäisevän päihdetyön vastuun laajaksi useita hallintokuntia koskevaksi alueeksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi he nimesivät vastuutahoiksi teknisen- sekä kulttuuri- ja sivistystoimen. Päävastuu ikääntyneiden ehkäisevästä päihdetyöstä kuuluu haastateltavien mielestä päihdehuollolle. Kehitettäväksi alueiksi he nimesivät moniammatilliset yhteistyökäytännöt sekä asiakkaiden koteihin suuntautuvan jalkautuvan päihdetyön. Kehittämisen he toivoivat olevan vahvasti arkityöhön liittyvää ja tapahtuvan suorassa yhteydessä kotihoidon työntekijöiden kanssa.

Päihdehuolto on jäänyt haastateltaville etäiseksi kaikkien kuntien alueella. Kotihoidon työntekijät eivät olleet tehneet yhteistyötä päihdetyöntekijöiden kanssa tai kokivat yhteistyön jääneen yksipuoliseksi. Osa haastateltavista vastasi, että omassa kunnassa ei ole tällä hetkellä päihdetyöntekijöitä. He toivoivat informaatiota päihdehuollon työntekijöistä ja työnkuvasta.

Kyllähän sitten päivastuussa on joku päihdehuolto – se on hyvin epämääräinen käsite tällä hetkellä tämä koko päihdehomma.

Tutkimuksessa tuli selkeästi esille ehdotus moniammatillisesta yhteistyöstä. Yhteistyön avulla kotihoidon työntekijät halusivat selkeyttää työnjakoa sekä saada tukea ja ohjausta omaan työhönsä. Omaksi ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön osa-alueeksi he nimesivät asiakkaan kanssa tehtävän työn. Kun vastuuhoidajan omat tiedot ja taidot asiassa eivät riittä he kertoivat turvautuvansa oman työryhmänsä apuun. Seuraavaksi he pohtivat asiaa kotipalvelun ja kotisairaanhoidon yhteisissä palavereissa. Ongelmien muuttuessa haasteellisimmiksi työntekijät toivoivat saavansa konsultointiapua päihdetyöntekijältä ja kotihoidon lääkäriltä.

Kyllä se täällä ruohonjuuritasolla parhaiten onnistuukii – – varmmaan luonnollisinta meille, kun käyvvään ussein asiakkaan luona.

Kyllä minä ensin asiakkaan kanssa keskustelen, sitten tiimissä ja kysyn halluutko käykö päihdetyöntekijä – – Välillä kaipaa sitä ulkopuolista näkökulmaa.

Kotihoidossa vois toimii et oliskin semmonen erikoisosaaja, joka ois meidän yhteisessä käytössä. Meillä olis ne yhteystiijot ja kun tuntuis, että meidän omat evvääät ei riitä niin sitten vois pyytää sen asiantuntijan.

Sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon työntekijät arvostivat päihdetyön erikoisosaamista. He toivovat säännöllistä yhteistyötä päihdehuollon kanssa palaverien muodossa. Toivomuksena on, että päihdehuollon työntekijä voisi osallistua tarvittaessa asiakaspalaveriin tai olla mukana työryhmän palavereissa ohjaamassa työntekijöitä. Tutkimuksessa ehdotettiin päihdehoidon tarpeen arviointia moniammatillisesti silloin, kun ikääntyneen asiakkaan päihteiden käyttö alkaa muuttua riskikäytöstä päihdeongelmaksi. Toiseksi päihdetyön tekemisen muodoksi ehdotettiin jalkautuvaa päihdetyötä. Ikääntyneen asiakkaan toimintakyvyn alenemisen ja päihdeongelman arkaluontoisuuden vuoksi kotihoidon työntekijät pitivät asiakkaan kotiin suunnattua päihdetyötä tärkeänä. Tällainen työmuoto mahdollistaa heidän mielestään varhaisen puuttumisen ikääntyvän asiakkaan päihdeongelmaan.

Kun asiakkaan kotona pidetään palaveria kopan ja kotisairaanhoidon tarpeesta niin siihen samaan palaveriin tulis päihdetyöntekijä, jollon mietittäis koko porukalla että mites tässä nyt jatkoissa

6.3 Työvälineet

Ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön toteutuminen käytännössä vaatii haastateltavien mielestä lisää koulutusta työmenetelmien hallitsemiseksi. Yhdessäkään kotihoidon työryhmässä ei käytetty työmenetelmänä riskikäyttäjille tarkoitettua lyhytneuvontaa. Lieksan kotipalvelussa suurin osa työntekijöistä oli opiskellut työmenetelmän käyttöä. He eivät kuitenkaan olleet käyttäneet menetelmää asiakastyössä. Nurmeksessa ja Valtimolla tutkimukseen osallistuvat ryhmät eivät tunteneet menetelmää. Kaikissa haastateltavissa ryhmissä oli työntekijöitä, joille lyhytneuvonnan tukena käytettävä Otetaan selvää! – ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet – opas oli tuttu. Lieksalaisilla oli haastateltavista ryhmistä eniten koulutusta, tietoa ja käytännön kokemusta aiheesta. Nurmeksen ja Valtimon kotihoidossa työntekijät kokevat tarvitsevansa koulutusta ennen kuin he ovat valmiita aloittamaan ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön käytännössä. Tällä hetkellä he kertovat tekevänsä työtä maallikkopohjalta, maalaisjärkeen turvautuen. Tämän vuoksi käytäntö ei ole yhtenäinen. Haastateltavien mielestä kaikkien työntekijöiden on osallistuttava koulutukseen silloin, kun jostakin työmenetelmästä tulee pysyvä käytäntö. Koulutus tulisi järjestää niin useasti, että tieto saavuttaa kaikki.

Jos jostakkii tulee työväline, niin sen opin käy hakemassa kaikki ja se järjestettään riittävän monta kertaa että se mahdollistuu ja tieto saavuttaa kaikki.

Kun vaan koulutus saahaan että osataan tehdä oikein – – mikä se oli se hieno sana se mini?

Haastateltavat kotihoidon työntekijät eivät tunteneet ikääntyneiden päihdetyötä ohjaavia strategioita. Pielisen Karjalan ikäpoliittinen strategia vuoteen 2015 on valmistunut tutkimukseni tekemisen aikana. Siinä on linjattu yleinen ikääntyneen päihdetyön tekemisen malli, joka pohjautuu Lippajärvi-Jupperin päihdehoitotyön malliin (liite 1). Kaikkien kolmen kunnan uudet päihdestrategiat ovat parhaillaan valmisteilla. Tämän

hetkisissä strategioissa ei ole linjattu ikääntyneiden kanssa tehtävää päihdetyötä. Työn tekemistä käytännössä tukisi yhtenäisen hoitopolun luominen ikääntyneelle päihdeongelmalliselle asiakkaalle ja riittävät resurssit työn toteuttamiselle.

Puolikas päihdetyöntekijä kotipalvelussa ei riitä alkuunkaan, pitäis olla kokopäiväinen – – pitäis resurssoija paremmin, puolikas on liian vähän näillä meidän asiakasmäärillä.

Sen minä tiijän että päihdestrategijaa ovat kuulemma tekemässä tai oliko se yhdistetty mielenterveys- ja päihdestrategia, mutta myö ollaan vähän pihalla siitä.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Karpalo-hankkeen aloittaman ikääntyneiden päihdetyön kehittämisen ja Pielisen Karjalan ikäpoliittisen strategian tavoitteena olevan ikääntyneen päihdetyön mallin käyttöönottamisen prosessi etenee koko ajan. Opinnäytetyöni muodostui luontevaksi osaksi tätä kehittämistyötä. Valtimolla ja Nurmeksessa kotihoidon hyvän käytännön luomisprosessi oli haastatteluja tehdessäni vasta tunnistamisvaiheessa. Lieksan kotipalvelussa kehittämistyön osatavoitteena ollut päihteiden käytöstä kysyminen oli jo juurtunut käytäntöön, joten sitä pystyi arvioimaan. Opinnäytetyössäni pystyin tiivistämään hyvän käytännön kuvausmallin yhdistämällä ryhmähaastatteluista saamani käytännön tiedon sekä viitekehyksenä olevan teorian tiedon asiasta.

Opinnäytetyössäni arvioin Karpalo- ja Pasmake-hankkeiden aloittaman kehittämistyön juurtumista Pielisen Karjalan kotihoitoon. Karpalon järjestämän päihdekoulutuksen tarkoituksena oli herättää keskustelua kotihoidon tiimeissä ikääntyneiden alkoholiongelmissa ja toimia johdatuksena ikääntyneen alkoholiongelman havaitsemiseen. Koulutus sisälsi perustietoa alkoholin käytöstä, puheeksiottamisesta ja lyhytneuvonnasta. (Pielisen Karjalan Ikäihmisten kehittämissyksikkö Karpalon II-vaiheen loppuraportti 2009, 16–17.) Pasmake-hankkeen aikana alueen kotihoitoon toimitettiin tietopaketteja, joiden avulla päihteiden käytöstä kysyminen ja lyhytneuvonta olisi mahdollista toteuttaa. Päihteiden käytöstä kysyminen oli tarkoituksena ottaa käyttöön alueen kotihoitossa palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. (Päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mallintamis- ja kehittämishanke Pasmake 2007, 7-16.)

Arviointitulosten perusteella hankkeiden jakama tieto ei ollut tavoittanut toivotulla tavalla Pielisen Karjalan kotihoidon työntekijöitä. Tieto oli saavuttanut parhaiten Lieksan kotipalvelun työntekijät, joista suurin osa oli osallistunut Karpalon järjestämään koulutukseen. Koulutuksen innoittamana ikääntyneiden asiakkaiden päihteiden käytöstä kysyminen oli otettu käyttöön työryhmässä. Lieksan kotipalvelussa on päihde- ja vanhustyön ammattiopintoja suorittaneita työntekijöitä. Nurmeksien kotipalvelusta osa työntekijöistä osallistui Karpalon järjestämään koulutukseen, Valtimon kotipalvelun työntekijöistä ei kukaan. Molemmissa ryhmissä on vanhustyön ammattiosaamista, mutta ei yhtään päihdetyön ammattilaista. Kotisairaanhoidon työntekijät eivät ole suorittaneet vanhustyön tai päihdetyön opintoja. Nurmeksessa ja Valtimolla

kotihoidon työntekijät kysyivät asiakkailtaan päihteiden käytöstä satunnaisesti arjen työssä. Johtopäätökseni on, että riittävä koulutus sekä päihdetyön ammattilaisten rekrytoiminen kotihoidon työntekijöiksi edistää toimintamallin käyttöön ottamista ja ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön tekemistä kotihoidon työryhmissä.

Tunnistaminen on ensimmäinen vaihe hyvän käytännön muodostumisen prosessia. Nurmeksessa ja Valtimolla hankkeiden jakama tieto ei ollut tavoittanut työntekijöitä. Työryhmille ennen haastatteluja lähettämäni kirje ja lomakkeet olivat kuitenkin aktivoineet tiimejä ja työryhmiä aiheen pohtimiseen. Osa työryhmistä oli tehnyt aktiivisesti töitä asian selvittämiseksi. He pitivät tutkimukseen osallistumista tiedonhaku- ja koulutustilaisuutena ja kehittivät ryhmähaastattelussa keskustelemalla työtään. Haastateltavat pystyivät ennakkoon pohtimisen, itsereflektion ja ryhmäkeskustelun avulla sanallistamaan hiljaista tietoaan asiasta. Yksittäisten työntekijöiden hiljainen tieto jalostui ryhmähaastattelussa yhteiseksi näkemykseksi. Näkemykset tukivat Lieksan kotipalvelun työntekijöiden näkemyksiä asiasta.

Haastateltavien ryhmien näkemykset olivat yhteneväisiä, vaikka tieto ja kokemus sekä työn tekemisen mallit olivat erilaisia kaikkien kolmen kunnan alueella. Tutkimustulokset olivat suurimmaksi osaksi yhteneväisiä myös teorian kanssa. Tutkimustulokset eivät tukeneet teorian tietoon perustuvaa näyttöä siitä, että työntekijöiden asenteet ovat esteenä päihteiden käytön puheeksiottamiselle. Haastateltavien työntekijöiden kertomasta välittyi kunnioitus ja arvostus asiakkaita kohtaan sekä myönteinen ja ennakkoluuloton asenne ehkäisevään päihdetyöhön. Johtopäätökseni asiasta on, että kotihoidon työntekijöillä on vahvaa osaamista asiakkaan kohtaamisesta, rohkeutta päihteiden käytön puheeksiottamiseen sekä kiinnostusta oman työn kehittämiseen.

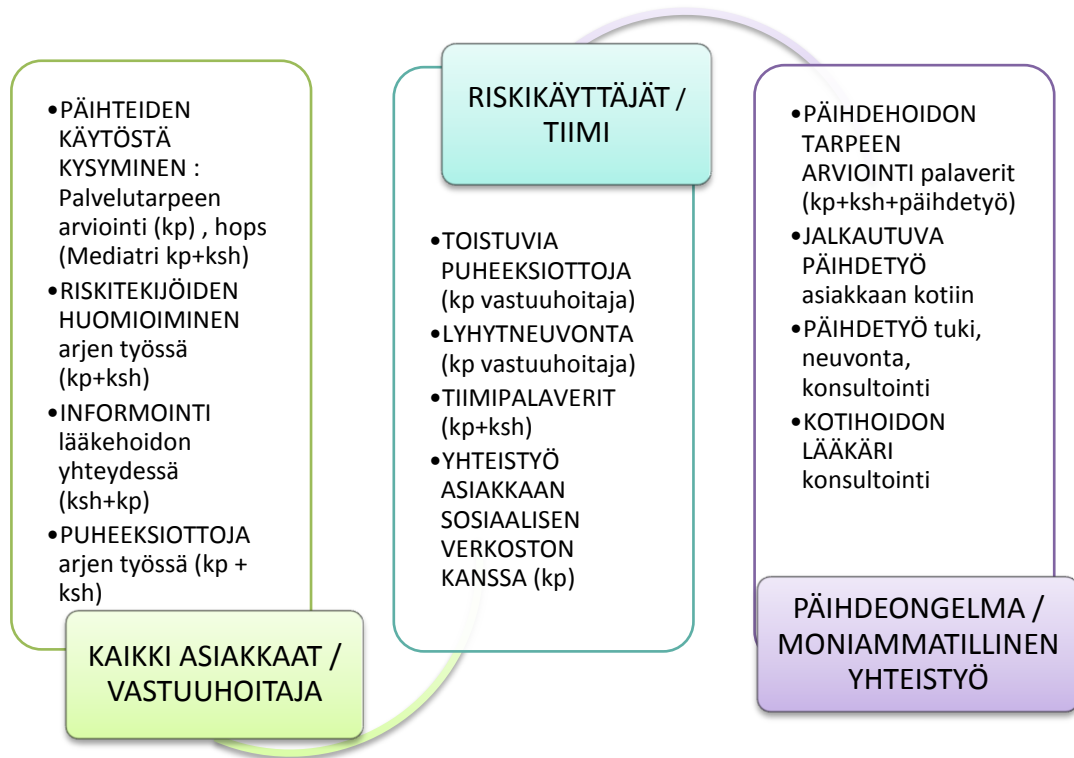
Tekemäni tutkimus tuki aiempaa tietoa siitä, että kotihoidossa moniammatillisten verkostojen toimivuus, yhteiset työkäytännöt sekä vastuualueet ikääntyneiden päihdetyössä ovat jääneet selkiytymättömiksi (ks. Laapio 2007, 48). Tutkimustulosten perusteella kotihoidon työntekijät toivoivat moniammatillista yhteistyötä päihdehuollon työntekijöiden kanssa. He nimesivät selkeästi työmuodolle asettamansa tavoitteet. Moniammatillisten yhteistyökäytäntöjen kehittäminen vaatii kaikkien osapuolten mukaantuloa kehittämistyöhön. Tässä tutkimuksessa ei ollut mukana päihdehuollon työntekijöitä. Hyvässä käytännössä oleva moniammatillisen työn malli perustuu taustateo-

riaan sekä kotihoidon työntekijöiden näkemykseen asiasta. Se on mielestäni hyvä keskustelun avaus työn kehittämiseksi. Pielisen Karjalan ikäpoliittisessa strategiassa on tavoitteena, että kotihoito toimii tulevaisuudessa yhteisissä tiloissa moniammatillisena tiiminä (Pielisen Karjalan ikäpoliittinen strategia vuoteen 2015 2009, 21). Vastuualueita ikääntyvien ehkäisevässä päihdetyössä tulee tarkastella silloin uudestaan.

Tutkimukseni taustateoriassa mainittu Lippajärvi-Jupperin kotihoidon päihdetyön malli on siirtynyt hyvän käytännön luomisen pohjaksi Espoosta Pielisen Karjalaan. Malli on riittävän yleinen uuteen toimintaympäristöön muokattavaksi. Se on kopioitu suoraan ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön toimintamalliksi pohjaksi Pielisen Karjalan ikäpoliittisen strategiaan. Pielisen Karjalan kotihoidon hyväksi käytännöksi malli muuttuu sen yhdistyessä paikallisiin kehittämistyön tuloksiin ja käytännön työhön. Prosessissa syntyy uutta, paikallisiin olosuhteisiin soveltuvaa tietoa. Opinnäytetyöni tuloksena tiivistynyt hyvän käytännön malli on osa tätä prosessia. Näin kaikki hyvän käytännön prosessin vaiheet ovat nähtävissä tässä opinnäytetyössä.

7.1 Hyvän käytännön malli

Tutkimustulosten perusteella esitän Pielisen Karjalan kotihoidon seudulliseksi ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyväksi käytännöksi seuraavanlaista mallia (kuvio 4):



kp = kotipalvelu ksh = kotisairaanhoito

KUVIO 4. Ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvä käytäntö Pielisen Karjalan kotihoidossa

Malli perustuu ajatukseen, että ikääntyneellä on sekä kotipalvelun että kotisairaanhoiton asiakkuus. Malli edellyttää kotihoidon työntekijöiden kouluttamista työmenetelmien asiantuntijoiksi. Lyhytneuvonnassa tukena käytetään Otetaan selvää! – opasta. Mallin mukainen moniammatillinen yhteistyö ja päihdetyön työkäytäntöjen kehittäminen mahdollistuu vain yhteisellä kehittämistyöllä. Malli vaatii toteutuakseen riittäviä resursseja sekä kotihoidossa että päihdehuollossa.

Kotihoidossa toimintamallin käyttöön ottamisen voi liittää luontevasti jo olemassa oleviin käytäntöihin liittämällä. Päihteiden käytöstä kysyminen liittyy ikääntyneille tehtäviin interventioihin, palvelutarpeen arviointiin ja hoito- ja palvelusuunnitelmaan, jotka ovat jo kotihoidon käytäntöjä. Yhteisen Mediatri-asiakastietojärjestelmän käyttöön ottamisen ja kehittämisen yhteydessä nämä käytännöt muuttuvat seudun kotihoidossa yhteneväisiksi. Riskitekijöiden huomioiminen, päihteidenkäytön puheeksiottaminen sekä päihteiden ja lääkkeiden yhteisvaikutuksista informoiminen tapahtuu arjen

työn tekemisen lomassa. Asian käsitteleminen omissa tiimeissä tai asiakkaan sosiaalisen verkoston kanssa ei vaadi uusia toimintamalleja.

Uusia resursseja vaativia osa-alueita ovat lyhytneuvontamenetelmän oppiminen, sen käytännön työssä toteuttaminen sekä moniammatillisen verkostotyön ja jalkautuvan päihdetyön kehittäminen. Ehkäisevään päihdetyöhön kuuluva asiakkaiden aktivoiminen kodin ulkopuoliseen toimintaan vaatii toteutuakseen lisää työntekijöiden työaika. Uuden työmenetelmän järjestelmällisen käyttöönottamisen edellytyksenä on kaikkien työntekijöiden osallistuminen menetelmäkoulutukseen. Asiakastyössä lyhytneuvontaan kuuluu tutkimusten mukaan aikaa noin 10–15 minuuttia. Se tehdään asiakkaalle silloin, kun oma vastuuhoitaja arvioi hänen päihteiden käyttöönsä lisääntyneen ja se sisältää riskin muuttua päihdeongelmaksi. Moniammatillisen yhteistyön ja jalkautuvan päihdetyön kehittämiseen täytyy varata riittävästi työntekijöiden työaika. Jalkautuva päihdetyö vaatii toteutuakseen tarpeeksi päihdetyötä tekevää henkilöstöä.

Ehdotukseni Pielisen Karjalan kotihoidon ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön kehittämisprosessin jatkamiseksi ovat:

- Hyvän käytännön mallia testataan seuraavaksi käytännössä.
- Kotihoidon työntekijöiden osaamista vahvistetaan ikääntyneiden päihdetyössä koulutuksella.
- Kotihoidon esimiehet seuraavat kehittämistyön etenemistä. He vastaavat siitä, että toimintamalli otetaan käyttöön kaikissa kotihoidon työryhmissä.
- Mediatri-potilastietojärjestelmän hoito- ja palvelusuunnitelmaan sisältyy päihteiden käytöstä kysyminen.
- Käytännön toimivuutta arvioidaan uudelleen käytännön kokeilemisen jälkeen tekemällä prosessista loppuarviointi.
- Ikääntyneen asiakkaan kanssa tehtävä päihdetyö määritellään ja kirjataan kaikkien kolmen kunnan valmisteilla oleviin päihdetyön strategioihin.
- Ikääntyneen päihdeongelmaisen asiakkaan hoitopolku luodaan moniammatillisena yhteistyönä jokaisessa kunnassa erikseen toisistaan eriävien palvelujen ja työkäytäntöjen vuoksi. Samalla määritellään moniammatillisen työn vastuuseen ja käytännön työn tekemiseen liittyvä työnjako.

- Jalkautuvan päihdetyömallin kehittämiseen ja toteuttamiseen varataan riittävästi resursseja.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Käytännön arviointiin liittyvän etiikan mukaisesti arvioitsijoiden on pyrittävä näkemään omien lähtökohtiensa asettamat rajat suhteessa arvioinnin tuloksiin. (Laitinen 2000, 31). Opinnäytetyöni aiheista, hyvistä käytännöistä ja ikääntyneiden ehkäisevästä päihdetyöstä, on vielä vähän tutkimustietoa. Perehdyin mielestäni laajasti ja huolellisesti aiheesta löytämäni taustateoriaan. Olen lisäksi suorittanut sosionomiopinnoissani sekä päihdetyön että vanhustyön syventävät opintokokonaisuudet sekä vapaavalintaisina opintoina mini-interventio, motivoivan päihdetyön perusteet. Kontekstin tuntemukseni rakentuu siitä, että asun Pielisen Karjalassa ja olen tehnyt useiden vuosien ajan sosiaalialan työtä alueen avohuollossa. Olen saanut työssäni käytännön työkokemusta päihteiden käytön puheeksiottamisesta sekä lyhytneuvonnasta. Opintojeni aikana suoritin projektiopintoja ikääntyneiden päihdeongelmaisten päiväkeskushankkeessa ja vanhustyössä sekä kotipalvelussa. Osallistuin työharjoittelun aikana tutkimuksessani mainittuun Karpalon järjestämään päihdekoulutukseen. Aiheeseen mahdollisimman laajasti perehtyminen lisäsi luotettavuutta tutkimus- ja haastattelukysymysten laatimisessa sekä haastattelun tekemisessä. Tekemäni prosessiarviointi on pienimuotoista arviointikokemukseni puuttumisen vuoksi.

Haastattelua tehtäessä käsitteiden, kielen ja kommunikoinnin tulee olla täsmällistä, mutta samalla käytännöllistä. Usein haastattelun eri osapuolet käyttävät erilaisia käsitteitä asian hahmottamiseen. Haastattelijan tulee huomioida näiden seikkojen erot ja huomata yhteisen kielen rajat. (Laitinen 2000, 31.) Haastatteluja tehdessäni huomasin, kuinka tärkeää oli alueen murteen ja toimintakulttuurin tunteminen. Pystyin muuttamaan kysymykset arkikielelle ja ymmärtämään murteella puhutut vastukset. Nurmeksen kaupunki ja Valtimon kunta ovat minulle tuttuja asuin- ja työympäristönä. Kielen, kulttuurin ja kontekstin tunteminen lisäsivät mielestäni tutkimuksen luotettavuutta. Pystyin mielestäni olemaan tasapuolinen opinnäytetyöstäni informoinnissa ja ryhmähaastattelujen tekemisessä vaikka Nurmeksen kaupungin kotipalvelu on minulle tutumpi työharjoitteluni kautta.

Hyvä tieteellinen käytäntö etiikan näkökulmasta edellyttää rehellisyyttä tutkimuksen suorittamisessa ja tutkimustulosten kirjaamisessa. Se ilmenee myös toisten tutkijoiden työn asianmukaisena kunnioittamisena ja plagioinnin täydellisenä välttämisenä. Tutkittavan kohteen kunnioittamiseen liittyy ihmisten itsemääräämisoikeus tutkimukseen osallistumisesta, riittävä informointi tutkimuksesta ja tutkittavien yksityisyyden suojeleminen. Organisaatioiden työtä ja työntekijöitä tutkittaessa tutkimuslupa haetaan organisaation johdolta ja tämän jälkeen itse tutkittavalta. (Kuula 2006, 34–61, 145.)

Sain tutkimusluvan Lieksan ja Nurmeksen kaupungilta, Valtimon kunnalta sekä Valtimon ja Nurmeksen terveydenhuollon kuntayhtymältä (liitteet 6-9). Informoin tutkittavia kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työryhmiä tutkimusluvista. Samalla informoin työryhmiä aineiston käsittelystä (liite 2). Kertasin aineiston käsittelyyn liittyvät tiedot ennen haastattelun aloittamista ja nauhoittamista. Työryhmät valitsivat keskuudestaan vapaaehtoiset tutkimukseen osallistujat. En kysynyt tutkimuksessani haastateltavien henkilötietoja eikä tutkimustuloksista voi saada selville vastaajan henkilöllisyyttä. Näin varmistui tutkittavien anonymiteetti. Haasteltavat olivat saaneet mahdollisuuden orientoitua aiheeseen ja pohtia aihetta omissa työryhmissään etukäteen postittamani aineiston perusteella. Tuhosin haastatteluista saadut äänitteet aineiston litteroinnin jälkeen. Aineiston analysoinnin jälkeen tuhosin myös litteroidut aineistot. Lähetän valmiin opinnäytetyöni kaikkien kolmen kunnan ja kuntayhtymän edustajille. Noudatin huolellisuutta lähdeviitteiden merkinnässä. Nämä seikat lisäsivät työni eettisyyttä.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa validius merkitsee tutkimuksen kulun kuvaamisen sekä siihen liitettyjen selitysten ja tulkintojen yhteensopivuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikkien vaiheiden toteuttamisesta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 227.) Validius tarkoittaa myös tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri tarkoitettua asiaa (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226). Arvioitavuus tarkoittaa sitä, että lukijalle tarjotaan mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä ja kritisoida sitä (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 43). Onnistuin mielestäni laatimaan tutkimuskysymykset siten, että sain riittävästi tietoa aiheesta. Kuvasin tutkimuksen kulun huolellisesti siten, että sitä seuraamalla pystyy esittämään kritiikkiä valinnoistani. Pyysin ohjausta opinnäytetyöni ohjaajilta, opponenteilta sekä ohjausryhmältäni säännöllisesti työn eri vaiheissa. Ohjausryhmääni kuului edustajat kaikista kolmesta kunnasta (liite 10).

Luotettavuutta heikentäviä seikkoja ovat kokemattomuuteni tutkijana, haastattelijana sekä arvioitsijana. Tein ensimmäistä kertaa tutkimushaastattelua ja arviointitutkimusta. Jouduin toimimaan useassa asiassa opiskelemani teorian tiedon perusteella ja opiskelemaan tutkimukseen liittyvät menetelmät tutkimuksen edetessä. Tutkimussuunnitelmani mukaisessa aikataulussa pysyminen edellytti minulta nopeita ratkaisuja ja työn raportin kirjoittamista väsyneenä. Väljempi aikataulu olisi mahdollistanut syvällisemmän pohdiskelun aiheesta sekä tiiviimmän yhteistyön ohjausryhmän kanssa. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikutti myös virheellinen tulkintani Lieksan kotihoidon organisoitumisesta. Virheeni vuoksi Lieksan kotisairaanhoidon työntekijät eivät päässeet osallistumaan tutkimukseen.

Tutkimustulokset olivat suurimmaksi osaksi yhteneväisiä taustateorian kanssa. Ryhmähaastattelussa kaikkien kolmen kunnan kotihoidon työntekijöiden näkemykset olivat myös hämmästyttävän yhteneväisiä. Jouduin käyttämään tulosten analysoimiseen paljon aikaa, koska halusin tutkia omaa osuuttani asiaan. Kuuntelin nauhoitetut haastattelut vielä litteroimisen jälkeen uudelleen ennen niiden tuhoamista. Mielestäni en johdatellut haastateltavia, vaan he tuottivat vastaukset ryhmäkeskusteluna kysymysten pohjalta.

8 POHDINTA

Kotihoidon työntekijöiden työnkuva on muuttunut nopeasti viimeisten vuosikymmenien aikana. Sosiaalihuoltolaissa ja -asetuksessa kotihoito määritellään asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan ja huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen ja totunnaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamiseksi tai niissä avustamiseksi. Päihdetyön tekemisen ei ole katsottu kuuluvan kotihoidon työtehtäviin muutoin kuin päihdeasiakkaille annettavan perushuolenpidon osalta. Kotihoidon roolia asiassa on alettu pohtia ikääntyneiden päihdeongelmien lisääntyessä.

Perinteisin päihdehuollon menetelmin on vaikeaa tavoittaa kotonaan asuvia ikääntyneitä ihmisiä. He tarvitsevat uudenlaisia matalakynnyksisiä ja kotiin tuotavia palveluja tuekseen. Samaan aikaan ikääntyneiden laitoshoidon vähennetään ja kotihoidon roolia ikäihmisten kotona selviytymisen tukemisessa lisätään. Tässä tilanteessa kotihoitoon on kohdistunut paineita työnkuvan laajentamiseen ja erilaisten ehkäisevien ja kuntouttavien työmenetelmien kehittämiseen. Kotihoidossa jo olemassa olevaa taitoa sekä tutkittua tietoa yhdistämällä halutaan luoda yhtenäisiä hyvän käytännön malleja. Mallien avulla turvataan asiakkaiden tasavertainen palvelu ja selkiytetään työntekijöiden työnkuvaa ja vastuuta asiasta.

Pielisen Karjalassa ikääntyneiden määrä väestöstä kasvaa nopeasti ja paineet kotihoidon kehittämiseksi ovat erityisen suuret. Se tarkoittaa, että ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvän käytännön malli, kuten muutkin kuntouttavat ja ehkäisevät työmenetelmät, tulisi ottaa käyttöön mahdollisimman pian. Mallin käyttöönoton edellytyksinä ovat työntekijöiden koulutukseen osallistuminen ja moniammatillisen yhteistyön kehittäminen vaativat aikaa ja määrärahoja toteutuakseen. Ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on kuitenkin tuoda asiakkaille hyvinvointia ja siten säästöjä kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin tulevaisuudessa.

Opinnäytetyössäni olevan prosessiarvioinnin tuloksista käy ilmi, että pelkkä jaettu tieto ei juurikaan käytäntöön. Mallin käyttöönoton ja sen muokkaaminen Pielisen Karjalan kotihoitoon sopivaksi edellyttääkin työntekijöiden aktiivista mukaan ottamista kehittämistyöhön. Mallin avulla ei myöskään voi määritellä moniammatillisen työn sisältöä ja toteutumista, vaan se muotoutuu kotihoidon ja päihdehuollon yhteistyönä.

Ikääntyneiden päihdetyön kehittäminen edellyttää selkeitä työnkuvien ja vastualueiden määrittelyä kotihoidon, kotisairaanhoidon ja päihdehuollon kesken.

Pielisen Karjalassa on tehty ansiokkaasti ikäihmisten palveluihin kohdistuvaa kehittämistyötä. Itse sain tilaisuuden osallistua tähän kehittämistyöhön opinnäytetyötäni tekemällä. Näkisin, että kehittämistyön tuloksista ja hyvän käytännön malleista olisi hyvä kertoa alueen sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa. Tämä voisi lisätä kiinnostusta sekä ikääntyneiden kanssa tehtävään että kotihoidon työhön. Myös opinnäytetöiden aiheita ja harjoittelupaikkoja tulisi jatkossakin aktiivisesti markkinoida alan opiskelijoille. He voisivat itseni lailla saada kokemusta kehittämistyöhön liittyvistä prosesseista. Oma kokemukseni on, että kotihoidon työntekijät ottivat opinnäytetyöni tekemisen osaksi kehittämistyötä. Kokemukseni perusteella suosittelen kehittämistyön jatkamista yhteistyössä alueen oppilaitosten kanssa. Pielisen Karjalan kuntien taloudellisen tilanteen huomioon ottaen se on myös edullinen tapa tukea kehittämistyötä.

Opinnäytetyöni taustafilosofian mukaisesti uskon, että kehittämistyön on mahdollista kulkea eteenpäin luonnollisesti käytännön työstä tulevien arkikokemusten voimalla. Näen tärkeänä, että näitä kokemuksia arvostetaan ja tiivistetään esimerkiksi hyvän käytännön-malleiksi. Tällaisilla interventioilla on mahdollista selkiyttää työntekijöiden omaa toimintaa ja lisätä arvostusta asiantuntijuudesta. Mallit itsessään eivät ole lopullisia totuuksia asiasta, vaan jatkavat kehittymistään uusien kokemusten pohjalta. Näin kehittämistyö jatkuu ratkaistaessa arjen työssä eteen nousevia ongelmia sitä mukaa kuin niitä ilmenee.

Opinnäytetyöprosessini kulki saman filosofian mukaisesti. Luonteeni mukaisesti innostun haasteellisista tehtävistä ja tämä opinnäytetyö oli sellainen. Tartuin rohkeasti haasteeseen, jossa onnistuminen ei ollut lainkaan varmaa. Etenin johdonmukaisesti pienin askelin ja opiskelin tutkimukseen liittyvät aiheet ja menetelmät vaihe kerrallaan. Kiinnostukseni ja uskoni asiaan sekä ryhmähaastattelussa tapaamani kotihoidon työntekijät antoivat minulle voimia prosessin loppuunsaattamiselle. Pystyin rinnastamaan oman prosessini tutkittavaan hyvän käytännön kehittämistyöhön. Kotihoidon työntekijöiden työssä jaettu teoretieto ei ollut juurtunut käytäntöön, koska sitä ei oltu kokeiltu käytännössä. Oma oppimiseni tapahtui samalla tavalla. Teoretieto kvalitatiiv-

visen tutkimuksen tekemisestä ja hyvän käytännön muodostumisen prosessista ankkuroitui minuun vasta työstäessäni aihetta käytännössä. Käytännön kokemuksesta nousi kysymyksiä, jotka saavat minut jatkamaan kehittämistyötä sosionomiksi valmistuttuani.

Ilahduin erityisesti siitä, että kotihoidon työntekijät osallistuivat aktiivisesti omaan osuuteeni kehittämistyöstä. Pystyin tavoittamaan heidät ja innostamaan asian pohtimiseen. Ennen tutkimuksen tekemistä minulla oli vankka luottamus kotihoidon työntekijöiden osaamiseen. He joutuvat kohtaamaan työssään päivittäin uusia tilanteita ja haasteita niistä selviämiseen. Uskoin heillä olevan työnkuvansa vuoksi työmenetelmien kehittämiseen soveltuvaa tietoa. Haastatteluja tehdessäni, niitä litteroidessani ja tutkimusaineistoa analysoidessani jouduin kuitenkin hämmästyämään tämän tiedon ja taidon syvyyttä. Toivon, että tutkimukseni lisää omalta osaltaan kotihoidon työntekijöiden työn arvostusta.

LÄHTEET

- Aalto, M., Seppänen, K & Seppä, K.-L. 2008. Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Seppä, K.-L. (toim.) Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon – teoriasta toimivaksi käytännöksi. Selvityksiä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 16–20.
- Arnkil, R. 2007. Hyvien käytäntöjen levittäminen EU:n kehittämissuunnitelmienä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskohtia. Vaa-jakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 55–72.
- Arnkil, R., Spangar, T. & Jokinen, E. 2007. Hyvä vertaisoppiminen kuntatyön arjessa. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Arviointi sosiaalipalveluissa. 2001. Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. Stakes, FinSoc Työpapereita 3/2001. Helsinki.
- Ehkäisy ja hoito – laadukkaan päihdetyön kokonaisuus. 2007. Helsinki: Stakes.
- Eloranta, T. & Punkanen, T. 2008. Vireään vanhuuteen. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Haapakorpi, A. & Haapola, I. 2008. Työn organisointi ja työhyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla – esimerkkinä vanhusten kotihoito. Julkaisuja 35/2008. Työ- ja elinkeinoministeriö: Edita Publishing.
- Haarni, I., Viljanen, M. & Alanko, A. 2007. Ikääntyminen ja alkoholinkäyttö – haaste vanhustenhuollolle, tilastontekijöille ja suvaitsevaisuudelle. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Trio-Offset, 7–9.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heinola, R. 2007. Johdanto – Kotihoito muutoksessa. Teoksessa Heinola, R. (toim.). Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 9–12.
- Heinänen, M., Anttila, O. & Penttinen, A. 2007. AUDIT-testi – alkoholin puheeksiotto sosiaaalialalla. Oppaita ja työkirjoja 2007:4. Helsinki: Sosiaalivirasto.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. uudistettu painos. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Holmberg, J., Levo, T. & Seppänen, S. 2008. Ikääntyneiden päihdehoito vaatii yhteistyötä. Dialogi 7/2008, 44–45.
- Ikäihmisten hoitoa ja palveluja koskeva laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen Kuntaliitto. Oppaita 2008:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Inkeroinen, T. & Partanen, A. 2006. Päihdepalvelujen tila 2005. Työpapereita 7/2006. Helsinki: Stakes.
- Isoherranen, K. 2008. Yhteistyön uusi haaste – moniammatillinen yhteistyö. Teoksessa Isoherranen, K. & Rekola, L. Enemmän yhdessä – moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 26–48.
- Karlsson, M. 2009. THL:stä tulee vahva sosiaali- ja terveysalan vaikuttaja. Tesso 1/2009, 16–17.

- Korhonen, S. & Julkunen, I. 2007. Vuorovaikutuksella vaikuttavuuteen. Sosiaalialan hyvät käytännöt työn kehittämisen ja ohjaamisen välineenä Hyvät käytännöt - ohjelman loppuraportti. Helsinki: Stakes.
- Korhonen, S., Julkunen, I., Karjalainen, P., Muuri, A. & Seppänen-Järvelä, R. 2007. Arviointi ja hyvät käytännöt sosiaalipalveluissa. Raportteja 16/2007. Helsinki: Stakes.
- Kuokkanen, M. & Korpilähde, A. 2008. Mini-interventio perusterveydenhuollon työvälineenä. Teoksessa Seppä, K.-L. (toim.). Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon – teoriasta toimivaksi käytännöksi. Selvityksiä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 21–22.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 1/1999, 3-11.
- Laapio, M.-L. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) *Ikääntyminen ja alkoholi*. Helsinki: Trio-Offset, 45–58.
- Laatutähteä tavoittelemassa – ehkäisevän päihdetyön laatukriteerit. 2006. Helsinki: Stakes.
- Laitalainen, E., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2008. Eläkeikäisen väestön terveystyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14 / 2008*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Laitinen, R. 2000. Itsearviointi: Arviointitekniikoista oppimiseen? Teoksessa Laitinen, R. (toim.) *Arvioinnin arkea ja peruskysymyksiä*. Helsinki: Hakapaino Oy, 22–38.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet - ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

- Levo, T., Viljanen, M., Heino, T., Koivula, R. & Aira, M. 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen – taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Matinlompolo, U. 2006. Ikäihmiset ja päihteet. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, U., Eloniemi-Sulkava, U & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Stakes, 176–180.
- Matinlompolo, U. & Vilenius, O.-P. Sosiaalitoimi. 2008. Teoksessa Seppä, K.-L. (toim.) Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon – teoriasta toimivaksi käytännöksi. *Selvityksiä 2008:10*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 45–47.
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. *Mieli 2009 – työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. *Selvityksiä 2009:3*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Mäkelä, M., Nieminen, J. & Törmä, S. 2005. Hoito- ja palvelujärjestelmän kynnykset päihdeongelmaisen kannalta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Otetaan selvää! – Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. *Esitteitä 2006:6*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Tammi.
- Ronkainen, R., Ahonen, S., Backman, K. & Paasivaara, L. 2006. Kotipalvelu kotihoiton kivijalkana. Teoksessa Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, U., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.) Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – Opas laatuun. Helsinki: Stakes, sivut.
- Schön, D. A. 1995. *The Reflective Practitioner. How professionals think in action*. Aldershot: Arena.

Seppä, K. 2006. Alkoholi ja perusterveydenhuolto – riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto. Suomen oloihin sovellettu käännös teoksesta Anderson, P., Gual, A. & Colom, J. Alcohol and Primary Health Care: Clinical Guidelines on Identification and Brief Interventions. Suomen Printman Oy.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa – Opas käytäntöihin. FinSoc 4/2004. Helsinki: Stakes

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2007. Prosessiarviointi – mahdollisuus lujittaa kehittämissuorituksia. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskohti. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 217–230.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuoritus KASTE 2008–2011. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino.

Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keino – tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaina ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikan moniste nro 48. Helsinki: A-klinikkasäätiö.

Tenkanen, R. 2003. Kotihoidon yhteistyömuotojen kehittäminen ja sen merkitys vanhusten elämänlaadun näkökulmasta. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino. Väitöskirja.

Tepponen, M. 2007. Yhteistyö. Teoksessa Heinola, R. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito – opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 61–68.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Painamattomat lähteet

Anttila, P. 2008. Onko opinnäytetyöstä kehittämistyöksi? Mistä löytyvät opinnäytetyön metodologiset ratkaisut? [Viitattu 9.9.2009]. Saatavissa:

<http://www.chydenius.fi/yksikot/pdf/anttilan-kalvot>

FinSocin hyvät käytännöt. 2007. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 6.2.2009].

Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/Page/8c513afc-32ea-46f3-86d5-91de636ad886.aspx> .

Hyvä käytäntö.fi. 2009. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 16.10.2009]. Saata-

vissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/hyvakaytanto/>

Hyvän käytännön prosessi. 2007. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 1.12.2008].

Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/prosessi/>.

Juhela, P. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi – puuttumattomuuden ongelma. Kansanterveys-lehti 3/2007. [Viitattu 26.4.2009]. Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/i_kaantyminen_ja_alkoholi_puuttumattomuuden_ongelma/.

Järvinen, M.-K. 2007. Ylä-Pirkanmaan seutupäihdetyö-hanke 2005–2007. Loppuraportti. Moniste.

Karpalo. 2008. Pielisen Karjalan Ikäihmisten kehittämissyksikkö. [Viitattu:

25.10.2008]. Saatavissa: <http://www.lieksa.fi/Resource.phx/sivut/sivut-lieksa-karpalohanke/index.htx>.

Kartoitus AUDIT-testillä. 2008. Päihdelinkki – alkoholineuvonnan opas. [Viitattu

9.2.2009]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>.

Kysymyssarja tunnistamiseen. 2008. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/prosessi/tunnistamistyokaluja/kysymykset/>.

Käytännön siirtäminen. 2008. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytannot/lahtokohtia/siirtaminen/>.

Käytännön tiivistäminen. 2008. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytannot/lahtokohtia/tiivistaminen/>.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Finlex 17.8.1992/785. [Viitattu 11.9.2009]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. Finlex 22.9.2000/812. [Viitattu 11.9.2009.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>

Lieksan kaupungin päihdestrategia. 2000. Moniste.

Lyhytneuvonta (mini-interventio). 2005. Käypähoitosuositukset. [Viitattu 8.2.2009]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>.

Martikainen, P. 2008. Kirjaamisen kehittäminen kotihoidossa -hanke 2007–2009. Henkilökoulutuksen aloitusseminaari. 23.9.2008 Joensuu. Luentomuistiinpanot.

Mini-intervention periaatteet ja sisältö. 2006. Työterveyslaitos. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavissa: <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tyoterveyshuolto/Tyokalut/Mini+intervention+periaatteet.htm>.

Miten tunnistan käytännön. 2009. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 24.4.2009]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyvakaytanto/prosessi/mitentunnistan/>.

Nurmeksen kaupungin päihdestrategia. 2003. Moniste.

Perustyön strategiat. 2008. Sosiaaliportti – Hyvä käytäntö. [Viitattu 6.2.2009]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/Page/0908bafa-66b6-4a66-b6fd-6680ee51665f.aspx>.

Pielisen Karjalan ikäihmisten kehittämissyksikkö Karpalon II-vaiheen loppuraportti. 2009. Moniste.

Pielisen Karjalan ikäpoliittinen strategia vuoteen 2015. 2009. Moniste.

Prosessiarviointi. 2008. Sosiaaliportti - Hyvä käytäntö. [Viitattu 21.11.2008]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/prosessi/prosessiarviointi/>.

Päihdehoitotyö kotihoidossa. 2009. Sairaanhoidajaliitto. [Viitattu 11.9.2009]. Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/@Bin/892797/Toimintamalli_p%C3%A4ihdehoitoty%C3%B6+kotihoidossa.pdf

Päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mallintamis- ja kehittämishanke Pasmake. 2007. Loppuraportti. Moniste.

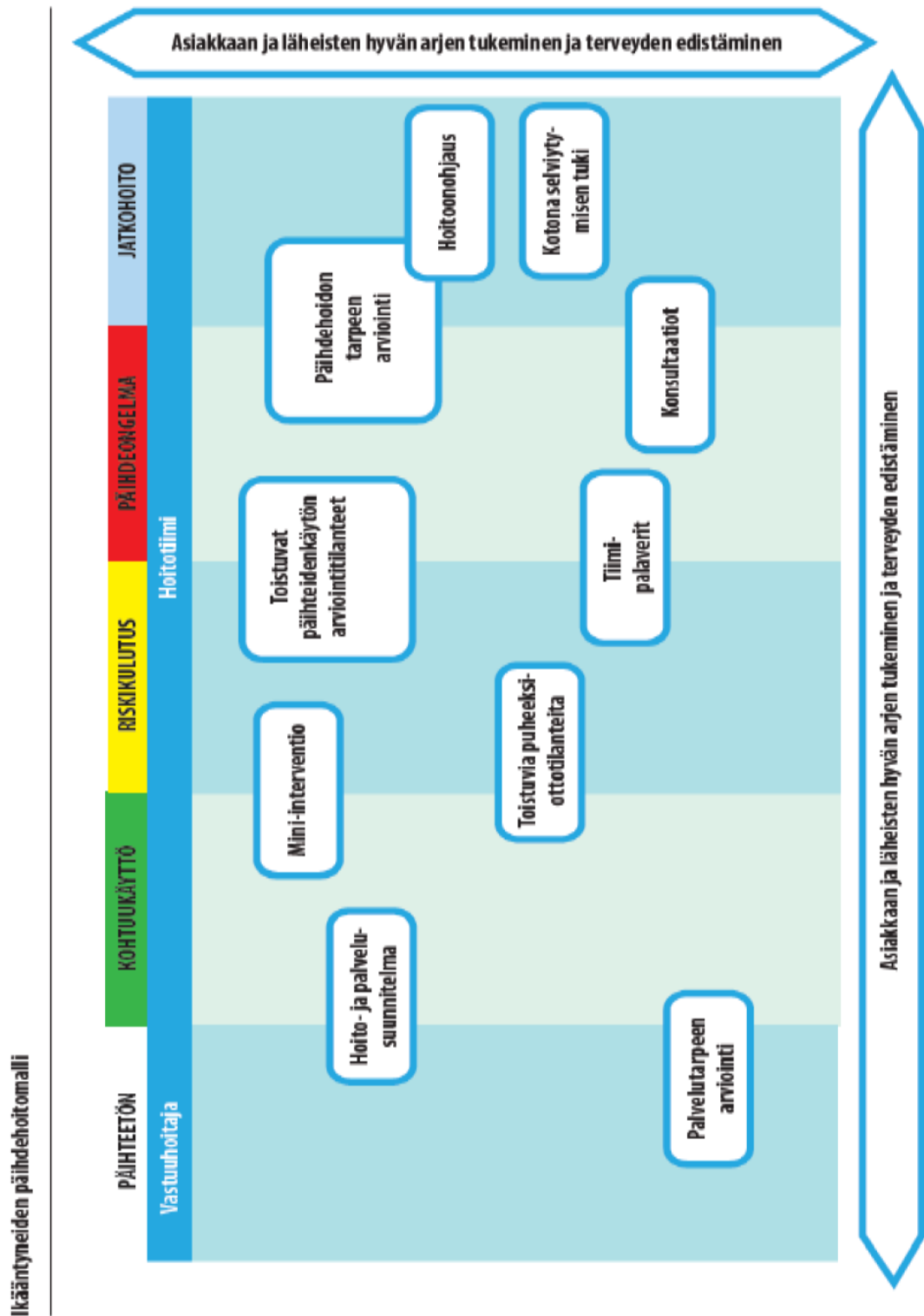
Päihdetyön lähtökohdat lainsäädännössä ja valtakunnallisissa ohjeissa. 2007. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. [Viitattu 9.2.2009]. Saatavissa: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/paihde/palvelut/lainsaad.htx>.

Riskiehkäisy ehkäisevän ja korjaavan työn rajapinnalla. 2008. [Viitattu 11.9.2009]. Saatavissa: <http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/ehkaisevatyo/riskiehkaisy.htm>

Stakesin hyvät käytännöt -toiminta. 2007. Sosiaaliportti – hyvä käytäntö. [Viitattu 1.12.2008]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/hyakaytanto/toiminta/>.

Suhonen, H. 2006. Ikääntyneiden päihteiden käyttö. [Viitattu 8.2.2009]. Saatavissa: <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/114-ikaantyneiden-paihteiden-kaytto>.

Valtimon kunnan päihdestrategia 2001. 2009. [Viitattu 11.9.2009]. Saatavissa: http://neuvoa-antavat.stakes.fi/tietokannat/strategiat/strat_kuvaus.asp?id=133



LIITE 1. Lippajärvi-Jupperin kotihoidon päihdetyön malli (Holmberg, Levo & Sepänen 2008)

Hei!

Lieksan ja Nurmeksen kaupungeissa sekä **Valtimon** kunnassa käynnistyi **ikäntyneiden ehkäisevän päihdetyön** kehittäminen hankkeiden muodossa. Kehittämistyössä mukana olevia hankkeita olivat Pielisen Karjalan ikäihmisten kehittämissyksikkö **Karpalo** ja päihdetyön ja avopalvelujen seudullinen mallintamis- ja kehittämishanke **Pasmake**. Kehittämistyön tavoitteisiin sisältyy **ikäntyneiden ehkäisevän päihdetyön menetelmien kehittäminen hyväksi käytännöksi alueen kotihoidossa**. Molemmat hankkeet ovat päättyneet ja kehittämistyö jatkuu kotihoidon osalta omissa kunnissa tehtävänä työnä sekä seudullisena yhteistyönä.

Olen mukana tukemassa kehittämistyötänne tekemällä opinnäytetyötä aiheesta. Työssäni **haastattelen** yhteistyökuntien kotihoidon henkilökunnan edustajia **ryhmähaastatteluna**. Tiimityötä tekevissä kotihoidon työryhmissä haastatteluun osallistuvat tiimivastaavat. Muulla tavalla organisoitunut kotihoito valitsee keskuudestaan haastatteluun osallistuvat työntekijät. Haastattelut ovat osa edellä mainitun kehittämistyön arviointia. **Arvioin työssäni** hankkeissa aloitetun **työn juurtumista alueen kotihoidon käytäntöihin**. Samalla **kerään tietoa** kotihoidon tiimien **ikäntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvistä käytännöistä** ja mahdollisista **työn esteistä**.

Pyytäisin teitä **keskustelemaan** aiheesta työryhmissänne ennen huhtikuun aikana tehtäviä haastatteluja. Siten kaikki työntekijät pääsevät osallistumaan hyvän käytännön luomiseen. Pyydän teitä myös **täyttämään** oheisen **ennakkokyselyn** työryhmänne perustiedoista. Haastatteluun osallistuva **palauttaa kyselylomakkeen** haastattelutilanteessa ja kertoo työryhmänsä näkemyksen **liitteenä olevista keskustelunaiheista**. Lomakkeeseen olen liittänyt keskustellunne tueksi poimintoja opinnäytetyöni taustateoriasta.

Olen yhteydessä työryhmiinne maaliskuun aikana ja **sovin haastattelujen aikataulusta**. Toivon, että Nurmeksessa ja Valtimolla sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon edustajat pääsevät osallistumaan yhteiseen ryhmähaastatteluun. Lieksassa toimiikin yhdistetty kotihoidon yksikkö.

Yhteistyöterveisin

Taina Säppi
sosionomiopiskelija
Savonia-ammattikorkeakoulu

Opinnäytetyön tekemiselle on myönnetty tutkimuslupa:

Lieksan kaupunki, sosiaali- ja terveyslautakunta	5.2.2009
Nurmeksien kaupunki, sosiaalijohtaja Ritva Tikka	9.2.2009
Nurmeksien ja Valtimon terveydenhuollon kuntayhtymä, Riitta-Liisa Peltola	13.1.2009
Valtimon kunta, perusturvalautakunta	18.3.2009

Opinnäytetyön ohjaajat:

Eila Soikkeli, vanhustyönjohtaja, Nurmeksien kaupunki

eila.soikkeli@nurmes.fi

Kristiina Kukkonen, lehtori, Savonia-amk

kristiina.kukkonen@savonia.fi

Yhteystietoni:

Taina Säppi 050 370 8436 taina.sappi@student.savonia.fi

En kysy haastattelussa ja kyselyssä tutkimukseen osallistuvien **henkilötietoja**. Haastatteluaineistot jaan kuntakohtaisesti. Niissä on edustettuina kaikki työryhmät, joten vastauksia ei voi yhdistää erikseen jonkun työryhmän vastauksiksi. Haastattelun purkamisen jälkeen **tuhoan äänitteet ja** tutkimuksen valmistuttua myös haastatteluista purkamani **kirjallisen aineiston**. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Kiitos yhteistyöstä! Tiimivastaavien / työryhmän edustajien kanssa tapamme haastattelussa!

PERUSTIEDOT TYÖRYHMÄSTÄNNE

Ota täytetty lomake mukaan haastatteluun.

1. Onko työpaikkanne? rastita oikea vaihtoehto

- Lieksan kaupungissa
- Nurmeksien kaupungissa
- Valtimon kunnassa

2. Kuuluuko työryhmänne? rastita oikea vaihtoehto

- Kotipalveluun
- Kotisairaanhoidon
- Kotihoitoon

3. Työryhmänne jäsenistä on?

_____ kpl sairaanhoitajia

_____ kpl lähihoitajia

_____ kpl perushoitajia

_____ kpl kodinhoitajia

_____ kpl (muu ammattinimike, mikä?) _____

4. Teettekö tiimityötä? rastita oikea vaihtoehto

- vain omassa yksikössä
- moniammatillisesti sosiaali- / terveyden- / päihdehuollon kanssa
- muun mallin mukaan. Minkä? _____
- emme tee tiimityötä

5. Onko työryhmässänne / tiimissä käyttöä omahoitaja / vastuuhoidaja-malli? rastita oikea vaihtoehto

- kyllä
- ei
- joku muu malli. Mikä? _____

6. Tekeekö työryhmänne yhteistyötä toisten Pielisen Karjalan kuntien kotihoidon työryhmien kanssa? Miten?

IKÄÄNTYNEIDEN EHKÄISEVÄ PÄIHDETYÖ**7. Työryhmässänne on päihdetyön opintoja** suorittaneita?

_____ kpl päihdetyön ammattiopinnot

_____ kpl Mini-interventio / lyhytneuvonta / puheeksiottokoulutus

_____ kpl muu päihdetyön koulutus

_____ kpl ei päihdetyön koulutusta

8. Työryhmässänne on vanhustyön opintoja suorittaneita?

_____ kpl työntekijää

Kiitos vastauksestanne!

**KYSYMYKSIÄ TYÖRYHMISSÄ KÄY-
VÄN KESKUSTELUN POHJAKSI**

1. Miten työntekijöiden **ikäntyneiden ehkäisevän päihdetyön** osaaminen ja tekeminen näkyvät työryhmässänne?
 - Kenen tehtävä? Kuka vastaa tällä hetkellä?
 - Käytättekö päihteiden käytön **puheeksiottamista** ja **lyhytneuvontaa eli** mini-interventiota työmenetelmänänne?
 - Milloin puheeksiotto on luontevinta tehdä?

Tilaa muistiinpanoille (ota mukaan haastatteluun):

Yksilötasolla ehkäisevää päihdetyötä voi olla esimerkiksi päihdetietouden lisääminen ja varhainen puuttuminen päihdeongelmiin.

(Päihdetyö-ryhmä 2006)

Mukana olevien kuntien kotihoidon toimitettiin Pasmake-hankkeen aikana tietopaketteja, joiden avulla voi toteuttaa päihteiden käytöstä kysymisen ja mini-intervention. Päihteiden käytöstä kysyminen on tarkoituksena ottaa käyttöön alueen kotihoidossa palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä.

(Pasmake 2007)

Ikäntyneille ei ole tällä hetkellä olemassa erityisiä päihdepalveluja. Peruspalvelujen, kuten kotihoidon, rooli korostuu ikäntyneiden kanssa tehtävässä päihdetyössä.

(Levo ym.2008)

Moniammatillisten verkostojen toimivuus ja yhteiset työkäytännöt sekä vastualueet ikäntyneen päihteidenkäyttäjän hoidon ja huolenpidon ohjauksessa ovat jääneet selkiytymättömiksi kotihoidossa. (Laapio, 2007)

Työntekijät pitävät usein potilaiden alkoholinkäytöstä kysymistä ja lyhytneuvontaa vaikeana asiana. (Seppä 2006)

KYSYMYKSIÄ TYÖRYHMISSÄ KÄYTTÄVÄN KESKUSTELUN POHJAKSI

1. Millaisia ovat ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön hyvät käytännöt (hyvät toimintatavat) Pielisen Karjalan kotihoidossa?

Työryhmänne:

- käytännöt
- oivallukset
- toiveet / parannusehdotukset
- työn esteet

Tilaa muistiinpanoille (ota mukaan haastatteluun):

Hyvän käytännön voi tunnistaa tilanteista, joissa työ on tuottanut hyvää mieltä tai muuten merkittävän kokemuksen asiakkaalle ja työntekijälle. Tällaisiin tilanteisiin liittyy usein työntekijän ja asiakkaan onnistunut kohtaaminen sekä työntekijän hyvä tilannetaju ja ammattitaito.

*(Perustyön strategiat 2008,
www.sosiaaliportti.fi)*

Hyvä käytäntö on työyhteisön toimintaympäristössään toimivaksi ja asiakkaalle hyvää tuottavaksi arvioima, eettisesti hyväksyttävä käytäntö.

Hyvässä käytännössä rakennetaan usein siltoja eri toimijoiden, organisaatioyksiköiden tai palvelujen välille.

*(Hyvä käytäntö 2007,
www.sosiaaliportti.fi)*

Hyvän käytännön tunnistaminen perustyössä tapahtuu siten, että työntekijä tarkastelee omaa työtään ja sen perusteita ottamalla siihen reflektiivisen asenteen ja sanallistamalla hiljaista tietoaan. Hän tekee sen yksin tai työtovereidensa kanssa.

*(Perustyön strategiat 2008,
www.sosiaaliportti.fi)*

Tiimivastaaville / työryhmän edustajille ryhmässä tehtävän teemahaastattelun runko:

1. Miten kotihoito on organisoitu Pielisen Karjalassa?

- Palautitte esitietolomakkeet. Liittyikö lomakkeen täyttämiseen ongelmia?
- Onko työryhmässänne käytössä tiimityö- / moniammatillinen yhteistyö- /omahoitaja-malli / muu malli?
- Kuka vastaa tällä hetkellä ikääntyneiden ehkäisevästä päihdetyöstä?
Kenen pitäisi vastata?
- Kuinka yhteistyötä voi organisoida mahdollisimman järkevästi ikääntyneiden ehkäisevää päihdetyötä tehtäessä?

2. Miten ikääntyneiden ehkäisevä päihdetyö näkyy alueen kotihoidossa?

Onko Pasmakkeen ja Karpalon aloittama työ juurtunut käytäntöön?

- Oletteko osallistuneet alueella järjestettyyn koulutukseen? Hyöty?
- Juurtuiko Pasmakkeen ja Karpalon aloittama työ käytäntöön (tiedon lisääminen /puheeksiottamisen käytäntö / lyhytneuvonta)?
- Onko teillä tarpeeksi tietoa ikääntyneiden päihdeongelmien tunnistamisesta, riskitekijöistä? Voitteko neuvoa ikääntynyttä tietonne pohjalta?
- Kysytäänkö työryhmässänne päihdeiden käytöstä kotihoidossa tehtävien interventioiden yhteydessä? Mitä interventioita tai luontevia puheeksiottotilanteita kotihoidon työssä on?
- Mitä esteitä työn tekemiselle on?
- Kuka vastaa ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön kehittämisestä?

3. Millainen toimintatapa sopii ikääntyneiden ehkäisevän päihdetyön toteuttamiseen Pielisen Karjalan kotihoidossa?

- Mitä hyviä käytäntöjä teidän työyksiköistänne löytyy? Kokemukset, oivallukset ja innovaatiot?
- Miten toimintaa tulisi kehittää alueen kotihoitoon sopivaksi?

LIEKSAN KAUPUNKI

OTE PÖYTÄKIRJASTA

Sosiaali- ja terveyslautakunta

§ 26

05.02.2009

TUTKIMUSLUPA-ASIA

SOSTERLA § 26

Savonia ammattikorkeakoulussa opiskeleva Taina Säppi, os. Asematie 2 a 11 Nurmes, pyytää lupaa saada tehdä opinnäytetyöhön liittyvä tutkimus ikääntyneiden päihdetyöstä. Aiheena on "Ikääntyvien päihdetyö, Ennaltaehkäisevän työn toimintatapa Pielisen Karjalan kotihoidossa". Tutkimukseen on innoittanut Pielisen Karjalan ikäihmisten kehittämiskeskus Karpalo, ohjaajana toimii Nurmeksen vanhustyönjohtaja Eila Soikkeli.

Taina Säppi anoo myös osallistumista tiettyihin kustannuksiin (kirjeiden lähettäminen, kilometrikorvauksia tms.). Varsinaisiin tutkimuskustannuksiin ei ole osallistuttu.

Sj. Hannu Ijäs:

Myönnetään anottu tutkimuslupa. Tutkimus tulee tehdä salassapitomääräykset huomioon ottaen. Yhteyshenkilö Lieksassa on vanhustyönjohtaja.

Sosiaali- ja terveyslautakunta pyytää saada käyttöönsä kappaleen tutkimuksesta sen valmistuttua.

Päätös:

Hyväksyttiin.

Jakelu

Taina Säppi
Vanhustyönjohtaja Seija Loppi, Partalanmäen vk.-päiväk.

Asianmukaisesti allekirjoitetusta ja tarkastetusta pöytäkirjasta kirjoitetun otteen oikeaksi todistaa

Lieksassa 10. helmikuuta 2009



Sari Pennanen
kirjaaja, kanslisti va.

Nurmeksen kaupunki
Sosiaalipalvelukeskus

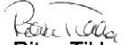
Päätös

Nro 13

Viranhaltija
Sosiaalijohtaja

Päiväys
09.02.2009

Tutkimuslupa / Säppi Taina

Asianosainen	Säppi Taina
Selostus asiasta	<p>Taina Säppi 28.12.2008 anoo tutkimuslupaa koskien sosionomiopintoihin liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyön aiheena ovat ikäihmisten päihdeongelmat ja työn tarkoituksena on laatia ehdotus seudullisesta ennaltaehkäisevästä päihdetyön toimintatavasta Pie-lisen Karjalan kotihoitoon. Opinnäytetyö on jatkotutkimus Karpalon sekä päihdetyön ja avopalvelujen seudullisen mallintamis- ja kehittämissankkeen Pasmakkeen tekemälle kehittämistyölle. Tutkimuksessa tehdään Lieksan ja Nurmeksen kaupungin sekä Valtimon kunnan kotihoidon tiimeille kevätlukukaudella 2008 kyselyt. Tutkimuksessa ei kysytä asiakkaiden eikä työntekijöiden tunnistustietoja.</p> <p>Sosiaalilautakunta on päätöksellään 2.3.1993 § 38 valtuuttanut sosiaalijohtajan päättämään tulosalueen päällikön esittelystä opinnäytetöiden tutkimusluvista. Valtuutus ei koske korkeakoulujen akateemisten loppututkimusten opinnäytteitä, muita laajoja tutkimuksia tai tutkimuksia, jotka kohdistuvat salassa pidettäviin asioihin, jolloin vaaditaan myös ao. ministeriön lupa.</p> <p>Vanhustyön johtaja Eila Soikkeli 20.1.2009 antamassaan kannanotossa Taina Säpin tutkimuslupa-anomuksesta, pitää opinnäytetyötä hyvänä mahdollisuutena saada apua päihdeasiakkaan hoito-mallin kehittämiseen Nurmeksen koti- ja laitoshoidossa.</p>
Päätös ja sen perustelut	Myönnän Taina Säpille tutkimusluvan hänen hakemuksensa mukaisesti.
Allekirjoitus	Sosiaalijohtaja  Ritva Tikka

VALTIMON KUNTA
OTE PÖYTÄKIRJASTA

Perusturvalautakunta § 12 18.03.2009

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN IKÄÄNTYNEIDEN PÄIHDETYÖTÄ KOSKEVAAN
OPINNÄYTETYÖHÖN

PETU § 12

Sosionomiopiskelija Taina Säppi hakee tutkimuslupaa ikääntyneiden päihdetyötä käsittelevään opinnäytetyöhön. Säppi opiskelee Savonia-ammattikorkeakoulussa Iisalmissa ja tekee opinnäytetutkimuksensa Pielisen-Karjalan alueella. Tutkimustehtävänä Säpillä on selvittää sitä, millainen toimintatapa sopii ikääntyneiden ennaltaehkäisevän päihdetyön toteuttamiseen Pielisen-Karjalan kotihoidossa. Tutkimusaineiston Säppi kerää haastattelemalla kotihoidon työntekijöitä.

Sosiaalijohtajan päätösehdotus:

Perusturvalautakunta päättää myöntää tutkimusluvan sosionomiopiskelija Taina Säpin opinnäytetutkimukseen "IKÄÄNTYNEIDEN PÄIHDETYÖ -Ennaltaehkäisevän työn toimintatapa Pielisen Karjalan kotihoidossa."

Päätös:

Päätösehdotus hyväksyttiin.

Pöytäkirjanotteen oikeaksi todistaa:

Valtimolla 19.3.2009
Pöytäkirjanpitäjä



Timo Hokkanen

Jakelu

Säppi Taina

Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon
kuntayhtymä

Taina Säppi
Asematie 2 a 11
75530 Nurmes

TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Sosionomiopiskelija Taina Säppi on hakenut lupaa suorittaa opinnäytetyöhön liittyvä kysely Nurmeksen ja Valtimon terveydenhuollon kotisairaanhoidon henkilökunnalle. Opinnäytetyön aiheena ovat ikäihmisten päihdeongelmat.

Myönnän tutkimusluvan samalla toivoen palautetta tutkimustuloksista.


Riitta-Liisa Peltola
johtava hoitaja

NURMES VALTIMO
TERVEYSKESKUS

OPINNÄYTETYÖNI OHJAUSRYHMÄN JÄSENET:

- Eila Soikkeli, Karpalo-hanke, projektipäällikkö /
Nurmeksen kaupungin vanhuspalvelut, vanhustyön johtaja /
opinnäytetyön ohjaaja
- Marja-Leena Hiltunen, Lieksan kaupungin vanhuspalvelut /
Karpalo-hanke / Pasmake-hanke
- Ritva Liiti-Östman, Lieksan kaupunki / päihdesairaanhoitaja
- Leila Kärki / Nurmeksen kaupungin päihdepalvelut
- Liisa Korhonen / Valtimon kunta, avopalvelun johtaja