

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Minna Piirainen

KOTIHOIDON HENKILÖSTÖN KOKEMUKSIA AL- KOHOLI MINI-INTERVENTION TOTEUTTAMISES- TA

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

Minna Piirainen

Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta, 53 sivua, 7 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveysala, ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Terveyden edistäminen

Opinnäytetyö 2010

Ohjaajat: yliopettaja Päivi Löfman Saimaan ammattikorkeakoulu, Ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattori Heli Hätönen Imatran kaupunki

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata Imatran kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa Imatran kaupungin kotihoidon pilottiryhmältä alkoholi mini-intervention toteuttamisesta sekä mini-interventiota tukevista ja estävistä asioista vuosi käyttöönoton jälkeen.

Tutkimus oli kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin ryhmähaastattelulla teemahaastattelurunkoa hyväksikäyttäen. Haastattelut toteutettiin lokakuussa 2009. Haastateltavia ryhmiä oli kolme, ja haastatteluun osallistui yhteensä kymmenen työntekijää. Tutkimukseen osallistuvat työntekijät nimesi kotihoidon ohjaaja. Aineisto analysoitiin induktiivisesti.

Tutkimustulosten mukaan kotihoidon henkilöstö koki, että alkoholin käytön puheeksiottaminen on edelleen kotihoidossa vähäistä, vaikka alkoholista puhuminen koettiinkin luonnolliseksi asiaksi. Alkoholin käytön tunnistaminen koettiin joskus hankalaksi. Motivointi ja hoitoon ohjaaminen oli etupäässä keskustelemista, tukemista ja hoitoon sitouttamista. Alkoholi mini-intervention toteuttamista tuki ammatillinen toiminta, omahoitajuuden toteutuminen ja toimintamallin toteuttaminen sekä asiakkaasta johtuvina tukevinä tekijöinä asiakkaan innokkuus ja avoimuus. Koulutuksesta ja asian ajankohtaisuudesta koettiin myös olleen apua.

Estäviksi tekijöiksi toteuttaa alkoholi mini-interventiota nousi tuen puute, oma asenne, ympäristönä koti ja asiakkaasta lähtöisin olevina estävinä tekijöinä asiakkaan kieltäytyminen ja toimintakyvyttömyys. Tutkimuksen mukaan koulutusta kaivattaisiin vielä lisää ohjaamiseen, neuvontaan ja hoitamiseen. Koulutukselta toivottiin selkeitä toimintatapoja ja kohtaamisohjeita.

Tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa seuraavia alkoholi mini-interventio koulutuksia, jotta toimintamallia saataisiin juurrutettua paremmin käytäntöön. Kotihoitoon pitäisi suunnitella prosessikuvausmalli, joka tukisi myös kotihoidon henkilöstön alkoholi mini-intervention toteuttamista ja päihdeasiakkaan kohtaamista.

Asiasanat: kotihoito, ikääntyminen, alkoholi, alkoholi mini-interventio

ABSTRACT

Home Care Staff Experiences with Implementation of Alcohol Mini-Interventions
53 pages, 7 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Master's Degree Programme in Health Promotion

Master's Thesis 2010

Instructors: Principal Lecturer Dr. Päivi Löfman, Preventive Mental Health and Substance Abuse Coordinator Heli Hätönen, City of Imatra

The purpose of this study was to describe the experiences of implementation of mini-interventions for alcohol abusers as used by the staff providing home health care services. As the mini-intervention programme has been in use in the City of Imatra for home health care for about one year, it was time to explore factors that promote or prevent the success of the programme.

The study was qualitative and the data were collected by using theme based group interviews. The interviews were conducted in October of 2009. The interviewees were in three groups with a total of 10 participating employees. The data were analysed inductively.

According to the results, speaking about alcohol use is not common during home health care visits, although talking about alcohol was considered to be a natural thing. Alcohol consumption levels were considered difficult to recognise. Motivating and guiding aspects of treatment for alcohol abuse were primarily discussion, support, and commitment to treatment. Mini-interventions supported the implementation of professional therapy and encouraged customer enthusiasm and openness. A need for more training and for evaluating proper timing of the mini-interventions was identified.

The factors preventing the use of mini-interventions included lack of administrative support, employee attitudes, home environments, and negative or uncooperative attitudes on the part of the clients. Further training is needed for guiding, counselling and treatment.

Results from this study might be used in planning the next alcoholic mini-intervention training to follow a model better anchored in practice. A process description model that would support home care personnel in approaching clients with substance abuse problems as well as implementing the mini-interventions is needed in home health care.

Keywords: Alcoholic Mini-Intervention, Home Health Care, Substance Abuse

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	3
2	ALKOHOLI MINI-INTERVENTIO KOTIHOIDOSSA	5
	2.1 Kotihoito.....	6
	2.2 Ikääntyminen ja alkoholi.....	8
	2.3 Alkoholi mini-interventio	10
	2.4 Alkoholi mini-intervention toteuttaminen.....	12
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS	15
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
	4.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	16
	4.2 Aineiston keruu	17
	4.2.1 Ryhmähaastattelu.....	17
	4.2.2 Teemahaastattelu	19
	4.3 Aineiston analysointi	20
	4.4 Tutkimuksen luotettavuus	23
	4.5 Tutkimuksen eettisyys	24
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	26
	5.1 Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa.....	26
	5.2 Alkoholi mini-interventiota tukevat tekijät.....	30
	5.3 Alkoholi mini-interventiota estävät tekijät	35
6	POHDINTA	40
	6.1 Keskeisimmät tutkimustulokset	40
	6.2 Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta.....	43
	6.3 Jatkotutkimushaasteet	46
	KUVIOT	49
	TAULUKOT	49
	LÄHTEET.....	50

LIITTEET

- Liite 1 Otetaan selvää! - Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet - kysely
- Liite 2 Aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet
- Liite 3 Taustakysymykset
- Liite 4 Teemahaastattelurunko
- Liite 5 Saatekirje
- Liite 6 Kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta
- Liite 7 Analyysin eteneminen

1 JOHDANTO

Ikääntyneiden alkoholin kulutuksesta on tullut julkinen keskustelun aihe viime vuosina, vaikka heidän alkoholin käyttönsä on yleistynyt jo 1980-luvulta alkaen. Alkoholin liika- sekä kohtuukäyttö on lisääntynyt käsi kädessä. Raittiiden eläkeläisten osuus on vähentynyt 1990-luvulta lähtien. Vuonna 2005 eläkeläismiehistä 78 prosenttia ja -naisista 53 prosenttia kertoi käyttäneensä alkoholia edellisen vuoden aikana. Miehet joivat yleisemmin olutta ja naiset viiniä. Alkoholia käyttivät useammin ylempään kuin alempaan koulutusryhmään kuuluvat. Alkoholia käyttävien eläkeiässä olevien miesten osuus lisääntyi 68 prosentista 77 prosenttiin vuodesta 1993 vuoteen 2007 mennessä. Naisilla vastaavat osuudet olivat 37 ja 54 prosenttia. Eläkeikäisten väestön terveyskäyttäytymistutkimuksen (EVTK) mukaan vuoden 2004 alkoholipoliittiset muutokset vaikuttivat myös eläkeläisten alkoholinkulutukseen. Sen käyttö arkipäiväistyi ikääntyneiden kohdalla, ja nautitut alkoholimäärät myös kasvoivat. (KTL 1/2006, 9; STM 2006a, 17; Karlsson 2009, 22.)

Varhainen puuttuminen alkoholin suurkulutukseen, mini-interventio, on tieteellisesti osoitettu kustannustehokkaaksi keinoksi vähentää alkoholihaittojen ilmentymistä terveydenhuollon toimintaympäristössä. Mini-intervention kaikkia mahdollisuuksia ei ole osattu maassamme hyödyntää riittävästi. Tähän ovat vaikuttaneet asenteet, kiireinen työrytmi ja mini-intervention tekemiseen tarvittavien riittävien tietojen ja taitojen puute. Sosiaali- ja terveysministeriössä nähtiin, että mini-interventiota kehittämällä voitaisiin vähentää alkoholin kulutuksen kasvua, alkoholihaittoja ja tätä kautta terveydenhuollon kustannuksia. Tämän vuoksi käynnistettiin kaksi valtakunnallistakin hanketta Valtakunnallinen mini-interventio-hanke (VAMP) ja työterveyslaitokseen Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön - hanke. (STM 2008, 9, 56.)

Yksi merkittävimmistä hankkeista, joka on suunnattu nimenomaan ikääntyneiden alkoholin käytön tunnistamiseen, on Sininauhaliiton ”Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi ”- hanke (LOL). Sitä toteutettiin ensimmäisen kerran

vuosina 2005–2008 ja hanketta jatketaan vielä vuoteen 2011 jatkohankkeella. Ensimmäisen hankkeen tavoitteena oli nostaa yhteiskunnalliseen keskusteluun ikääntyvän väestön alkoholin käytön erityispiirteet. Jatkohankkeen kohdalla tullaan enemmän keskittymään työntekijöiden kouluttamiseen, tukemiseen ja konsultoimiseen. Tavoitteena on edelleen työmuotojen juurruttaminen käytäntöön. (Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi.)

Imatran kaupunki on kuulunut vuodesta 2003 Suomen Terveyttä Edistävät Sairaalat verkostoon (STES), joka on osa WHO:n Health Promoting Hospitals verkostoa. Tähän kuuluvat organisaatiot ovat sitoutuneet sisällyttämään terveyden edistämisen osaksi päivittäistä toimintaa. Terveyden Edistämisen Standardityöryhmän jäsenenä on ollut edustajia terveys-, vanhus- ja mielenterveyspalveluista. Työryhmän tavoitteena oli suunnitella WHO:n standardien käyttöön ottoa mukana olevissa yksiköissä. Valmiita menetelmiä alkoholin käytön tunnistamiseksi ja siihen puuttumiseksi oli jo olemassa, mutta niiden käytännön toteuttamisessa oli kuitenkin ollut puutteita. Terveyden Edistämisen työryhmä sopi yhteiset käytännöt alkoholin käytön selvittämiseen ja kirjaamiseen. Henkilöstölle järjestettiin myös mini-interventio-koulutuksia. Koulutukset aloitettiin syksyllä 2008 kotihoidon henkilökunnasta.

Olen kiinnostunut selvittämään, miten Imatran kaupungin kotihoidon henkilöstö on kokenut alkoholi mini-intervention toteuttamisen työssään sekä mitkä ovat olleet alkoholi mini-interventiota tehdessä tukevia ja estäviä tekijöitä. Kotihoidon henkilöstö on ollut pilottiryhmä systemaattisen koulutuksen ja toimintamallin viemisessä käytäntöön. Tutkimustietoa voidaan hyödyntää suunniteltaessa uusia alkoholi mini-interventio-koulutuksia, jotta alkoholi mini-interventio toimintana saataisiin juurrutettua paremmin jokapäiväiseksi toiminnaksi.

2 ALKOHOLI MINI-INTERVENTIO KOTIHOIDOSSA

Imatran kaupungin vanhuspalveluiden kotihoitoon on kehitetty toimintamallia, jonka avulla pyritään selvittämään ikääntyneiden alkoholin käyttöä ja tukemaan heitä kohtuulliseen alkoholin käyttöön. Toimintamalli tarjoaa henkilöstölle systemaattisen työvälineen, jonka avulla alkoholin käyttöä selvitetään kaikilta vanhuspalveluiden kotihoidon asiakkailta. Toimintamallia on kehitetty Imatran kaupungin vanhuspalveluiden kotihoidon henkilöstön ja esimiesten kanssa, sekä asiantuntijana tässä on toiminut ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattori.

Toimintamallin kehittämisen tarve nousi ensisijaisesti esiin vanhuspalveluiden kotihoidon työntekijöiltä. Työntekijät olivat toivoneet saavansa työvälineitä ikääntyvien alkoholin käytön varhaiseen tunnistamiseen ja asiakkaiden kohtuullisen alkoholin käytön tukemiseen. Taustalla oli henkilökunnan omat havainnot ikäihmisten alkoholin käytön lisääntymisestä. Lisäksi valtakunnallisesti havaittu muutos ikääntyvien alkoholin käytön lisääntymisestä ja STM:n alkoholiohjelma 2004 – 2007 tuottama materiaali toivat esiin tarpeen toimintamallin kehittämiseen. Toimintamalli perustuu Suomen sosiaali- ja terveysministeriön tuottamaan ”Otetaan selvää! - ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet ” ikäihmisille suunnattuun alkoholin käytön arvioinnin ja mini-intervention malliin. (STM 2006b). Käytössä oleva kysymyslomake sisältää alkoholin käytöstä kahdeksan kysymystä, jotka auttavat arvioimaan, onko alkoholin käyttö haitallista (Liite 1).

Toimintamallin käytäntöön viemiseksi henkilöstö koulutettiin syksyllä 2008 pienryhmissä. Koulutuksen tavoitteena oli henkilöstön perehdyttäminen alkoholi mini-intervention tekemiseen. Koulutus toteutettiin käymällä toimintamalli keskustellen läpi. Keskeisenä osana koulutusta oli myös henkilöstön omien alkoholiasenteiden merkityksien tunnistaminen. Työntekijät saivat koulutuksen yhteydessä interventiotyökirjan.

2.1 Kotihoito

Suomessa valtaosa yli 75-vuotiaista asuu omassa kodissaan. Kotona asumisen onnistumiseen vaikuttavat terveys ja toimintakyky, kotihoidon tarjoama apu ja sosiaaliset suhteet. Kotihoito on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukokonaisuus, jota ohjaa mm. sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön ikäihmisten hoiva ja palvelu- ja koskeva laatusuositus. (Ikonen & Julkunen 2007, 10, 12.) Vaikka väestön toimintakyky on yleisesti parantunut, niin fyysisen toimintakyvyn aleneminen ja erilaiset sairaudet aiheuttavat kotihoidon tarvetta. Tulevaisuuden haasteena kotihoidossa nähdään dementiaoireiden, psyykkisten ongelmien ja lisääntyneen alkoholinkäytön aiheuttamat tuen tarpeet. Kotihoito nähdään ikäihmisten palvelurakenteen keskeisimpänä ja mittavimpana palveluna. (Heinola 2007, 9 – 10.)

Kotihoidon perusta alkoi muovautua jo 1800-luvulta alkaen. Tätä ennen ihmiset olivat asuneet perheen, suvun tai kyläyhteisön puitteissa. Laki terveystieteistä tuli voimaan vasta 1944. Sosiaalihuollon kodinhoitajakoulutus syntyi sotien jälkeen, ja Väestöliitto aloitti kodinhoitajakoulutuksen 1951. Aluksi kodinhoitajien työtä oli kaikki perheen, kodin- ja karjanhoitoon liittyvät työt. Vasta uusi laki kunnallisesta kodinhoitoavusta vuonna 1966 turvasi sen, että vanhusväestökin sai apua. Avun saannin perusteena ei enää ollut vähävaraisuus vaan avun tarve. Tässä vaiheessa kotiavusta tuli maksullista, ja sitä alettiin kehittämään kunnissa. (Ikonen & Julkunen 2007, 32 – 36.)

Vuonna 1972 voimaan astunut kansanterveyslaki toi mukanaan kotisairaanhoidon. Laki vahvisti myös sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä. Avohuollon käsite alkoi näkyä ammattikielessä. Kotipalvelutyötä kehitettiin sosiaalihuoltolain nimissä. Yhteistyö terveydenhuollon ja kotisairaanhoidon kanssa hoitui erillisissä organisaatioissa. Toimintakulttuurit olivat erilaiset ja päällekkäisiä töitä tehtiin paljon. Vanhusten laitospaikkoja alettiin purkaa 1990-luvun alussa, ja samanaikaisesti myös lama heikensi kotipalvelutyötä. Tämä merkitsi uusia haasteita avohuollolle. Alkoi avohuollon kehittäminen kotihoidoksi. Palveluhenkisyttä lisättiin, ja vanhuspalveluita monipuolistettiin. Kunnissa alettiin suunnitella palveluita kuntalaisten tarpeiden mukaan. Valtionosuusuudistus ja vuonna 1995 tehty

kuntalain uudistus antoivat myös kunnille lisää itsenäistä päätösvaltaa rakentaa mieleinen palvelujärjestelmä. (Ilkonen & Julkunen 2007, 36 – 38.)

Merkittävä uudistus oli laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista vuonna 2000. Sen perusteella säännöllistä palvelua tarvitsevalle asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Vuonna 2001 tuli ikäihmisten hoitoa ja palvelua koskeva laatusuositus, jonka pohjalta kuntia kannustettiin laatimaan vanhuspoliittinen strategia. (Ilkonen & Julkunen 2007, 38 - 39.)

Imatralla vanhuspalvelujen strategisina linjauksina painotetaan mm. ennakoivaa terveyttä ja hyvinvointia edistävää toimintatapaa, jolla mahdollistetaan itsenäinen tai tuettu kotona asuminen. Toimintaa ohjaa myös itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, osallisuus, yksilöllisyys ja turvallisuuden periaatteet. (Imatran kaupunki a, 10 – 11.)

Imatran kaupungin sosiaali- ja terveystoimessa kotihoidolla tarkoitetaan sosiaalihuoltolain (710/1982) mukaisia kotipalveluja ja kansanterveislain (1972/66) mukaista kotisairaanhoidon. Kotihoidon moniammatillinen henkilökunta avustaa ikääntyviä kotiaskareissa sekä antaa hoiva- ja perus- sekä sairaanhoidon palveluja samalla tukien asiakkaan itsenäistä selviytymistä. Kotihoidossa toimitaan sairaanhoitajan koordinoimassa aluetiimissä omahoitajuuden periaatteella. Tarvittaessa lääkäri tekee kotikäynnin ja antaa ohjeet hoidon toteuttamisesta. Tarvittaessa asiakkaille järjestetään tukipalveluina päivätoiminta, ateria- sekä kylvetyspalvelu. (Imatran kaupunki b.)

Kotihoidon ja tukipalveluiden tarpeen arviointi tehdään viimeistään viikon sisällä yhteyden otosta. Välitöntä apua tarvitsevat asiakkaat saavat palveluita jo samana päivänä. Yhteydenoton jälkeen kotisairaanhoidtaja ja omahoitaja tekevät kotikäynnin, jolloin arvioidaan palvelujen tarve ja mittarit (RaVa, MMSE ja ADL). Mittarit mahdollistavat tasa-arvoisen ja oikeudenmukaisen palveluiden kohdentumisen. Arviointi tehdään yhdessä asiakkaan, hänen läheistensä sekä muiden kotihoitoon osallistuvien kanssa. Asiakkaan kanssa tehdään hoito- ja palveluso-

pimus, jossa kartoitetaan asiakkaan voimavarat ja arvioidaan hänen elämäntilanteeseensa monipuolisesti sekä sovitaan työnjako asiakkaan ja hänen hoitoonsa osallistuvien kesken. Sopimus arvioidaan säännöllisesti vähintään kerran kuukaudessa sekä kotihoidon tarpeen muuttuessa. Se toimii myös asiakasmaksuperusteena. (Imatran kaupunki b.)

Valtakunnallisesti tarkastellen yli 65-vuotiaiden osuuden koko väestöstä arvioidaan nousevan nykyisestä 16 prosentista 26 prosenttiin vuoteen 2030 mennessä. Imatralla vanhuspalveluiden piirissä on viimeisten vuosien aikana ollut 27 – 32 % yli 75-vuotiaista. Vanhuspalveluihin kuuluu kotihoito tukipalveluineen, palveluasuminen ja pitkäaikaishoito sekä ikääntyneiden sosiaalipalvelut. Säännöllisen kotihoidon asiakkaana heistä on 14 prosenttia. Vuosien 2010 ja 2015 välillä yli 75-vuotiaiden määrä kasvaa 500 henkilöllä. Vuonna 2015 arvioidaan Imatrala olevan 3400 yli 75-vuotiaista. Tutkimustiedon mukaan heistä 1 - 2 prosenttia tarvitsisi laitoshoidon palveluja päihdeiden käytöstä johtuvien haittojen hoitoon. Avohoidon tukitoimia tarvitsisi myös 1 - 2 prosenttia. (Imatran kaupunki a, 6, 8,19, 24.)

2.2 Ikääntyminen ja alkoholi

Ikääntyneiden päihdeongelmassa puhutaan yleensä alkoholiongelmasta. Heidän ongelmansa on monimuotoinen ja vaikeasti määriteltävissä, sillä puhumme hyvin erilaisista ja eri-ikäisistä ihmisistä 55-vuotiaista yli 80- vuotiaisiin asti. Heidän elämänsähistoriansa on kokemuksineen yleensä hyvin moninaista. Tämä kaikki eletty elämä ja kokemus voi vaikuttaa siihen, että jossain vaiheessa alkoholin käyttö lisääntyy. Mitään yksittäistä syytä tähän on vaikea löytää. Ikääntyneiden alkoholiongelmaa ei ole välttämättä helppo havaita. Meillä on tiettyjä käsityksiä siitä, miltä päihdeongelmainen näyttää, ja ikääntynyt pystyy peittämään oireet siinä missä nuorempikin. Sen lisäksi monet ikääntymisen tuomat sairaudet, vaivat, lääkitys ja yleinen huonokuntoisuus voi peittää alkoholiongelman alleen. Aina ikääntynytkään ei itse tiedosta ongelmaansa. (Viljanen 2008, 194 - 195.) Alkoholin aiheuttamia haittoja voidaan pitää esimerkiksi masennuksena tai muistiongelmana. Yksinasuminen sekä vähentyneet sosiaaliset suhteet saatta-

vat viivästyttää alkoholin käyttöön liittyvän toimintakyvyn heikentymisen havaitsemista. (Aalto & Holopainen 2008, 1949.)

Alkoholi vaikuttaa ikääntyneeseen eri lailla kuin nuorempaan ihmiseen. Vanhemmiten elimistö kuivuu vesipitoisuuden vähennyttyä, jolloin pienemmästä nautitusta alkoholimäärästä tulee nopeammin humalaan kuin nuorempana. Aineenvaihdunnan myös hidastuessa lääkkeet saattavat vaikuttaa elimistössä pidempään. Tämän vuoksi ikääntyneillä on olemassa suurempi riski alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutukseen, vaikkei niitä yhtä aikaa nautittaisikaan. Alkoholi voi myös lisätä tai vähentää lääkkeiden pitoisuuksia elimistössä, voimistaa sivuvaikutuksia tai pahentaa itse sairautta. Krapula ja vieroitusoireet myös pahenevat, sekä pahoissa vieroitusoireissa krampit ja sekavuustilat ovat yleisempiä. (Aira 2007, 9 -10; Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 252; Saari 2007, 208; Viljanen 2008, 195.)

Alkoholi myös vahvistaa monia muita ongelmia, joita ikääntyminen jo itsessään on voinut tuoda tullessaan, kuten huimausta, uniongelmia, verenpaineen- ja sokerin vaihteluja sekä ruuansulatuskanavan ongelmien lisääntymistä. Kaatumisien ja erilaisten tapaturmien riski kasvaa ikääntyessä ja varsinkin alkoholin vaikutuksen alaisena, kun tarkkaavaisuus, reaktiokyky ja tasapainon hallinta heikkenevät. Pitkäaikainen alkoholin käyttö heikentää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. (Aira 2007, 9 - 10; Lappalainen - Lehto ym. 2007, 252; Saari 2007, 208; Viljanen 2008, 195.) Tutkimusten mukaan yli 65-vuotiaiden lonkkamurtumien taustalta löytyi humalatila 17 prosentilla miehistä ja 3 prosentilla naisista (Juhela 2007).

lääkkäille suunnatuissa alkoholin käytön suositusrajoissa on otettu huomioon lääkkeiden käyttö ja kroonisten sairauksien lisääntyminen iän myötä. Näiden tekijöiden yhteisvaikutus tekee alkoholin käyttöön liittyvän käyttösuosituksen määrittelyn entistäkin vaikeammaksi. Suositusten tulisi pohjautua yksilöllisiin arvoihin, etenkin jos terveys on jo heikentynyt. Tällä hetkellä Suomessa on käytössä suositus, joka tulee Yhdysvalloista geriatrian yhdistykseltä, yli 65-vuotiaille asetettu riskiraja sisältää enintään seitsemän annosta viikossa ja korkeintaan

kaksi annosta kerrallaan. (Aalto & Holopainen 2008,1493.)

2.3 Alkoholi mini-interventio

Mini-interventio on terveydenhuollon käyttöön kehitetty alkoholin puheeksiotto menetelmä. Alun perin se kehiteltiin lääkäreiden työvälineeksi perusterveydenhuoltoon, mutta sitä soveltavat myös muut ammattiryhmät. Mini-intervention peruselementteinä on alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen, alkoholihaittojen sekä itsehallinnan tiedostaminen motivoivalla keskustelulla. Mini-interventiosta tehtyjen tutkimusten mukaan se on oikeisiin potilaisiin kohdennettuna yhtä tehokas kuin syvemmälle luotaava ja pitkäkestoisempi hoito. Sen vaikuttavuudella on myös vahva tutkimuksellinen näyttö. Mini-intervention tekeminen tulisi mieltää peruslähestymistavaksi, jonka avulla tunnistetaan, arvioidaan ja neuvotaan alkoholia riskiryhmässä käyttäviä potilaita. (Havio & Inkinen & Partanen 2008, 120.) Käypähoito-suositusten mukaan mini-interventio on kustannustehokas hoitomuoto, josta miehet ja naiset hyötyvät yhtä paljon, ja sen on osoitettu myös vähentävän ikääntyneiden suurkulutusta. Jotta toiminta olisi kansanterveydellisesti merkittävää ja vaikuttavaa, tulisi sen käyttö olla kattavaa. (Käypä hoito.)

Mini-intervention tekeminen sisältää alkoholin käytöstä kysymisen ja siihen liittyvän palautteen lisäksi neuvonnan, suunnittelun ja seurannan. Vaikuttava mini-interventio motivoi asiakkaan muutokseen, käynnistää pohdinnan, auttaa tekemään päätöksen alkoholin vähentämisestä tai kokonaan lopettamisesta. Motivaatiota edeltää aina oikeanlaisen tiedon ja tuen saaminen. (Havio ym. 2008, 121.)

Riskikäytön tunnistamisen lähtökohtana on päihteiden käytöstä kysyminen. On monia hyviä tapoja selvittää asiakkaan alkoholinkäytön määrää ja siitä mahdollisesti aiheutuvia haittoja. Joidenkin alkoholin käyttö on hyvinkin säännöllistä, joten kysymysten: kuinka paljon ja kuinka usein juo, kautta päästään jo hyvään tarkkuuteen alkoholin käytön määrästä ja tiheydestä. Tarkkuutta voidaan vielä lisätä kysymällä juomalajit erikseen (miedot alkoholijuomat, viinit ja väkevät). Jos asiakas ei pysty vastaamaan määrä-tiheyskyselyyn, on hyvä kysyä alkoho-

lin käyttö viimeisten kahden kuukauden ajalta, milloin on juonut ja kuinka paljon. Viikonlopun juomisesta on hyvä kysyä vielä erikseen. Alkoholin viikoittainen kulutus selvitetään alle 65-vuotiailta WHO:n AUDIT (Alcohol Disorders Identification Test) lomakkeen avulla ja yli 65-vuotiailta ”Otetaan selvää! ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet” – lomakkeella. (Aalto & Holopainen 2008, 1494 -1495, Havio ym. 2008, 122.)

Kysymysten lisäksi pitää havainnoida asiakasta ja yhdistellä eri lähteistä saatuja tietoja. Alkoholin suurkulutukseen liittyy usein erilaisia oireita ja sairauksia. Tunnusmerkkejä voivat olla erilaiset psyykkiset oireet, kuten masennus, ahdistus, unettomuus ja vatsavaivat, sydämen rytmihäiriöt (nopea pulssi, epäsäännöllinen rytmi, eteisvärinä), koholla oleva verenpaine, levottomuus ja hikoilu, tapaturmat, ihon tai hampaiden huono kunto, palovammat ja luunmurtumat ja turpeat korvan sylkirauhaset. Alkoholin suurkulutus saattaa näkyä laboratorioarvoissa kohonneina seerumin glutamyyli transferaasina (GT), punasolujen keskitilavuutena (MCV), seerumin niukkahiilihydraattisena tranferiininä (CDT) Näistä testeistä vain CDT on ainoa indikaatioalue alkoholinkulutuksesta. Jos yksi näistä ylittää normaalin viitevälin ylärajat, tunnistetaan noin 70 % suurkuluttajista. (Havio ym. 2008, 122.) Millään yksittäisellä verikokeella ei kuitenkaan voida tunnistaa alkoholin riskikulutusta. (Aira 2008, 273.) Kyselytestit näyttäisivät olevan laboratoriotestejä herkempiä tunnistamaan alkoholin suurkuluttajan varhaisessa vaiheessa. (Käypä hoito.)

Mini-intervention käyttöönoton pulmana on, ettei keskeisintä kohderyhmää ole vielä mielletty oikein. Eniten siitä hyötyy riskikuluttajien ryhmä, jonka päihteiden käytön lisääntymistä ei voida tunnistaa ulkoisista tekijöistä. Tässä ryhmässä riskikäyttö saadaan esille vain kysymällä, eikä vastaajilla ole välttämättä vielä alkoholiriippuvuutta tai alkoholin aiheuttamia elinvaurioita. Toisena merkittävänä pulmana pidetään sitä, ettei mini-interventiota osata vielä mieltää terveysneuvonnaksi eikä terveyden edistämiseksi. Lisäksi työntekijöiden asenteet päihteidenkäyttöä kohtaan sekä perustutkinnossa omaksutut käsitykset ovat myös vaikuttamassa päihdetyön tekemiseen. (Havio ym. 2008, 121.)

Työntekijä saattaa myös pitää asiakkaan alkoholinkäyttöä henkilökohtaisena ja arkaluontoisena asiana, johon on vaikea puuttua. Myös yleinen mutta aiheeton päihdeongelmiin liittyvä alkoholipessimismi voi estää avun pyytämistä ja tarjoamista. (Aalto & Holopainen 2008, 1949.) Puheeksiottoa voi myös hankaloittaa se, että ikääntyneet ovat eläneet raittiusliikkeen sekä alkoholin kieltoain aikaan. Heidän nuoruudessaan alkoholia sinänsä pidettiin paheksuttavana ja moraalisesti tuomittavana asiana. Tämän vuoksi alkoholi voi olla heille puheenaiheena arka. (Aira 2008, 273.)

Mini-interventio sopii alkoholia haitallisesti käyttävien ensisijaiseksi hoidoksi, mutta alkoholiriippuvaisille se ei ole riittävä hoitomuoto yksistään. Kuitenkin jos alkoholiriippuvainen ei ole halukas pidempiin hoitoihin, voidaan neuvontaa tarjota mini-intervention muodossa. Se voi lyhyimmillään sisältää vain yhden käynnin ja yhden kysymyksen. Neuvonnan ei tarvitse kestää viittä minuuttia pidempään. Tavallisin interventiokäyntien määrä on kolme, ja käynnit kestävät 15 - 20 minuuttia. Suositeltavaa on myös järjestää seurantakäynti, jossa tarkastellaan tavoitteisiin pääsyä. Puheeksiotto ei ole irrallinen hoito vaan osa potilaan muuta saamaa hoitoa. (Seppä 2003, 65 - 66; Aalto & Holopainen 2008, 1495.)

2.4. Alkoholi mini-intervention toteuttaminen

Alkoholin suurkulutuksen ehkäisyyn kohdentuvalla tutkimus- ja kehittämistyöllä on maassamme pitkät perinteet. Tieteellisestä näytöstä huolimatta toiminta on juurtunut terveydenhuoltoon toivottua hitaammin (Liite 2). Kun alkoholin kulutuksen kasvu lisääntyi, käynnistettiin STM:n rahoituksella vuonna 2004 kaksi valtakunnallista juurruttamishanketta; valtakunnallinen perusterveydenhuollon mini-interventiohanke VAMP ja työterveyshuoltoon Alkoholin suurkuluttajien mini-interventio työterveyshuollon jokapäiväiseen käyttöön-hanke. Hankkeiden aikana asenteet ovat muuttuneet myönteisemmiksi ja toiminnalla on ollut johdon vankkumaton tuki. Terveydenhuollon henkilöstö on hankkeen aikana lisännyt mini-intervention tekemistä. Osalla terveyskeskuksen henkilökunnasta on edelleen vaikeuksia mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa, riskirajojen muistamisessa ja alkoholin kulutuksen laskemisessa. Vielä tarvitaan lisää moti-

vointia mini- intervention tekemiseen sekä asenteiden muuttamista myönteisemmäksi alkoholin käytön puuttumisessa ja mini-intervention toteuttamisessa. (STM 2008, 3, 55, 56.)

Sininauhaliiton ”Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi ”-hanke (LOL) toteutettiin ensimmäisen kerran vuosina 2005–2008. Hankkeen kokonaistavoitteena oli nostaa yhteiskunnalliseen keskusteluun ikääntyvän väestön alkoholin käytön erityispiirteet, sekä vailla hoitoa olevat ikääntyneet päihdeongelmaiset tuli saada oikea-aikaisen ja sopivan palvelun piiriin. Hankkeessa selvitettiin aihepiiriä monin tavoin mm. olemassa olevien tilastollisten aineistojen avulla, laadullisia tutkimuksia tekemällä ja kansainvälistä tutkimustietoa keräämällä. (Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi.)

LOL- hankkeen jatkohanketta toteutetaan vuosina 2009 – 2011. Kohderyhmänä tulee olemaan edelleen yli 60–vuotiaat, mutta hankkeessa tullaan keskittymään enemmän kouluttautumiseen, tukemiseen ja työssään ikääntyneitä alkoholin käyttäjiä kohtaavien työntekijöiden konsultoimiseen. Edellisen hankkeen pohjalta syntyneitä työmuotoja juurrutetaan kahdella paikallistasolla osahankkeissa ja hankepaikkakunnilla sekä valtakunnallisella tasolla. Tavoitteena on tuotetun materiaalin jatkotyöstäminen ja vaikuttamistyö. Käytännössä työmuotojen juurruttaminen on tapahtunut mm. kouluttamalla Espoossa yksi kotihoidon tiimi kohtaamaan, auttamaan ja tukemaan päihdeongelmaisia asiakkaita. Kaikki kouluttaminen on ollut osaamisen lisäämistä. (Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi.)

Behmin (2005) tekemän pro gradu –tutkielman mukaan terveydenhuoltohenkilöstö tunnisti alkoholin suurkuluttajat sanallisen vuorovaikutuksen, havainnoinnin, arvioinnin ja yhteistyön avulla. Tämän jälkeen henkilöstö otti alkoholin suurkulutuksen puheeksi, lisäsi tietoisuutta, suunnitteli muutosta ja järjesti jatkohoidon. Hoitajat kokivat oman merkityksensä vaikeaksi. Varhaisvaiheen päihdehoitotyötä edistävät tekijät liittyivät asiakkaaseen, hoitotoimintaan ja ympäristöön. Estävät tekijät puolestaan liittyivät itse kohtaamistilanteeseen, asiakkaaseen, perheeseen, palvelujärjestelmään ja yhteiskuntaan. Myös Kangastalon ja Raili-

on (2007) tekemän tutkimuksen mukaan diakoniatyöntekijöiden kokemukset iäkkäiden päihteiden käyttäjien kohtaamisesta olivat negatiivisia. Heistä 90 % kohtasi työssään ikääntyneen päihteiden käyttäjän. Tuntemukset eivät kuitenkaan kohdistuneet itse asiakkaaseen vaan tilanteeseen. Oman roolinsa he kokivat motivoimisessa ja muun keskusteluavun tarjoamisessa.

Vanhalan (2003) tekemän opinnäytetyötutkielman mukaan terveydenhuoltohenkilöstö ei kysynyt ikääntyvien alkoholin käytöstä säännöllisesti, vaikka kysymykset koettiin myönteisinä. Ikääntyneet itse kokivat oman alkoholin käytönsä kohtuulliseksi, ja sen käyttöön suhtauduttiin myönteisesti. Tampereen yliopistollisessa sairaalassa tehdyssä kyselytutkimuksessa hoitajista ja lääkäreistä kolmannes oli sitä mieltä, että päihteiden käyttö on potilaiden yksityisasia. Eettisesti tuleekin kysyä, onko työntekijöillä oikeus olla ottamatta puheeksi potilaan terveyttä ja hyvinvointia mahdollisesti uhkaava asia. Potilaan voi itse olla vaikea ottaa asia puheeksi, vaikka odottaisikin hoitajilta ja lääkäriltä apua ja tukea ongelmaansa. Päihteiden käytön puheeksi ottaminen on ammattitaitoista välittämistä. (Lappalainen–Lehto ym. 2007, 151.)

Perusterveydenhuoltoon tarvitaan edelleen lisää osaamista sekä yhteisiä näkemyksiä varhaisvaiheen päihdehoitotyön toimintamallien tukemiseen. Hoitohenkilöstö koki tarvitsevansa tukea ikääntyneiden päihdeasiakkaiden kohtaamiseen. Henkilöstölle oli epäselvää, miten tilanteissa toimitaan, miten asia otetaan puheeksi iäkkään asiakkaan tai hänen omaistensa kanssa. Ongelmana nähtiin ikääntyneiden päihdeongelmaisten kohtaamisessa se, että kohtaamiskäytännöt olivat vielä vakiintumattomia. Koulutustarvetta ilmeni perusasioista katkaisuhoitopotilaiden ongelmiin. Työntekijöille toivottiin yhtenäistä selkeää toimintamallia heidän kohdatessaan työssään päihdeongelmainen asiakas. (Behm 2005; Suhonen 2005; Hokka-Kräk & Mikkonen, 2007.)

Myös Halosen & Paasivaaran (2008) tutkimuksessa kävi ilmi, että päihdepalveluiden kehittämishaasteina nähtiin varhainen puuttuminen, informaation antaminen sekä päihdepalvelutarjonnan ja palveluiden jatkuvuuden kehittäminen. Tutkimuksessa ilmeni, että asiakkaat olivat kokeneet palveluihin pääsemisen ja al-

koholiongelman puheeksi ottamisen vaikeana.

Valtakunnallisilla päihdepäivillä vuonna 2005 vanhustyön asiantuntijan Tuula Kankaisen (Laapio 2007, 47 - 48) mukaan kotihoidossa ikääntyneiden päihdeongelmaan on totuttu, mutta häpeä on estänyt puuttumasta asiaan. Moniammatillisten verkostojen toimivuus ja yhteiskäytännöt iäkkäiden päihteiden käyttäjien hoidon ja huolenpidon kohdalla ovat jääneet epäselviksi. Kun kotihoidon konsultaatiopyyntöön on suhtauduttu terveydenhuollossa nuivasti, on ammatillista apua pyytävä kotihoidontyöntekijä tuntenut leimautuvansa päihdehoitoasiakkaansa mukana. Työ ikääntyneiden päihdeasiakkaiden keskuudessa on koettu vaikeaksi ja turhauttavaksi, koska päihteiden käytöstä on ollut vaikea puhua. Kun asiakkaan nähdään itsensä häpeävän ja salaavan juomistaan, niin työntekijä saattaa jakaa häpeän tunteen asiakkaan kanssa ja vaieta alkoholiongelmasta.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa Imatran kaupungin kotihoidon pilottiryhmältä alkoholi mini-intervention toteuttamisesta sekä mini-interventiota tukevista ja estävistä asioista vuosi käyttöönoton jälkeen.

Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1 Minkälaisia kokemuksia kotihoidon henkilöstöllä on alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa?
- 2 Mitkä asiat ovat tukeneet mini-intervention käyttöä?
- 3 Mitkä asiat ovat estäneet mini-intervention käyttöä?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Laadullisen tutkimuksen yleisimmät aineistonkeruu menetelmät ovat haastattelut, kyselyt ja havainnoinnit (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Tutkimus toteutettiin ryhmähaastatteluina ja näin päästiin lähelle tutkittavaa kohdetta. Tavoitteena oli kuvata kotihoidon henkilöstön kokemuksia tutkittavasta ilmiöstä ja yksi keskeisimpiä merkityksiä laadullisessa tutkimuksessa on myös mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkittavasta asiasta. (Kiviniemi 2007, 70; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57.)

4.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksessa ei ollut tarkoituksena saada tilastollisia yleistyksiä, vaan kuvata Imatran kaupungin kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa. Aineisto kerättiin kotihoidon henkilöstöltä, koska heillä oli paras mahdollinen kokemus asiasta. Se oli ensimmäinen ryhmä, joka koulutettiin tekemään alkoholi mini-interventiota. Tutkimuksen tekohetkellä henkilöstön koulutuksesta oli kulunut vuosi, ja se oli tehnyt tänä aikana alkoholi mini-interventioita kotihoidon asiakkaille. Näin ollen tiedonantajien valinta ei ollut sattumanvaraista, vaan tarkoin harkittua (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86).

Imatran kaupungin kotihoito jakautuu kolmeen kotihoidon alueeseen, pohjoiseen, eteläiseen ja Karhumäen alueeseen. Kaupungin jakaa alueiksi valtatie 6. Pohjoisen ja eteläisen kotihoidon alueilla kummassakin on kaksi hoitajatiimiä, jotka toimivat sairaanhoitajan koordinoimana, sekä pohjoisessa kolmantena tiiminä 1.9.2008 aloitti Karhumäen vanhustentalojen alueen tiimi. Karhumäen toiminta on perinteisen kotihoidon ja ryhmäkodin toiminnan välimuoto. (Imatran kaupunki c, 10 - 11.)

Imatran kaupungin kotihoidossa työskentelee tällä hetkellä 85 työntekijää. Moniammatilliseen henkilökuntaan kuuluu 11 sairaanhoitajaa, 51 lähihoitajaa, 3 perushoitajaa, 6 kodinhoitajaa, kotiavustaja, 2 kuntahoitajaa, sosiaaliohjaaja, fysioterapeutti, dementia-neuvoja, virikeohjaaja, omaishoidon tukitiimin vetäjä, si-

joittajasairaanhoitaja, 2 toimistonhoitajaa, 2 kotihoidonohjaajaa ja kotihoidonjohtaja. (Kautonen 2009.) Tutkimukseen osallistui lähihoitajia ja kodinhoitajia, yhteensä 10 kotihoidon työntekijää.

4.2 Aineiston keruu

Kaikki haastattelut oli tarkoitus tehdä Imatran kaupungin mielenterveysyksikön kokoustilassa, mutta siellä tehtiin ainoastaan testihaastattelu ja yksi haastattelu. Kaksi muuta haastattelua tehtiin työntekijöiden omilla työpaikoilla heidän toivomuksestaan. Tutkimukseen osallistuvien työntekijöiden taustatiedot kerättiin ennen haastattelua taustatietolomaketta käyttäen (Liite 3). Lomakkeisiin koodattiin haastattelun numerot juoksevana numerointina, mistä pystyttäisiin jälkikäteen erottamaan, mistä haastattelusta on kyse, jos haastateltava haluaisi vetäytyä pois tutkimuksesta myöhemmässä vaiheessa. Aineisto kerättiin ryhmähaastattelussa teemahaastattelurunkoa hyväksikäyttäen (Liite 4). Kaikki haastattelut nauhoitettiin haastateltavien luvalla. Aineistoa kertyi puhtaaksi kirjoitettuna rivivälillä 1, yhteensä 35 sivua.

4.2.1 Ryhmähaastattelu

Ryhmähaastattelussa tavoitteena on ryhmäkeskustelu tutkijan haluamasta aiheesta tai teemoista. Ryhmähaastattelulla voidaan saada tietoa tavallista enemmän, koska se mahdollistaa haastateltavien yhteisen mahdollisuuden muistella asioita ja he pystyvät innostamaan toisiaan puhumaan aiheesta enemmän. Yhdessä haastateltaessa unohtaminen ja väärin ymmärtäminen ovat vähäisempää kuin yksilöhaastattelussa, mutta riskinä on, että haastateltava voi kertoa asiasta toisin kuin kahden kesken ollessa haastattelijan kanssa. (Eskola & Suoranta 1998, 95 – 97.) Ryhmähaastatteluissa näkyi hyvin ryhmän vuorovaikutuksellisuus. Yhdessä muisteltiin ja käytiin läpi yhteisiä kokemuksia. Ryhmä auttoi toinen toistaan muistamaan erilaisia asioita. Ryhmähaastattelu (Focus group) sopii nimenomaan tutkittaessa ihmisten uskomuksia, asenteita, tunteita ja kokemuksia. Ryhmähaastattelulla saatu tieto on usein informatiivisempaa kuin muilla menetelmillä kerätty tieto. (Carey 1994, 225 - 226.)

Ryhmähaastattelu sijoittuu havainnoinnin ja strukturoidun yksilöhaastattelun välimaastoon. Se soveltuu hyvin tutkimuksiin, joissa tietoa halutaan saada asiantuntijoilta itseltään ja samalla he voivat oppia toistensa kokemuksista. Ryhmän vuorovaikutus voi auttaa myös saamaan esiin tietoa mitä muuten ei kenties saataisi. Ryhmähaastattelussa saadaan esille ryhmän oma vuorovaikutus, sekä se antaa ryhmän jäsenten todelliset mielipiteet ja asenteet paremmin esille kuin yksilöhaastattelu. Ryhmässä keskustellessa voidaan spontaanisti ilmaista tunteuksia ja kokemuksia. Ryhmän jäsenet voivat myös jatkaa keskustelua siitä, mihin toinen ryhmän jäsen jäi ja tätä kautta stimuloida toisia jäseniä tuomaan esiin yhteneviä ja eriäviä mielipiteitä. (Sipiä & Kankkunen & Suominen & Holma 2007, 306 - 307.)

Alustavasti haastateltavia ryhmiä oli suunniteltu kolme ja ryhmäkooksi kolme henkilöä, mutta yhteen haastatteluryhmään osallistui neljäs haastateltava. Haastatteluun osallistuvat työntekijät nimesi kunkin alueen oma tiiminvetäjä, kenelle työntekijät olivat voineet ilmoittaa vapaaehtoisuutensa osallistua tutkimukseen. Näin voitiin etukäteen myös sopia, ketkä haastatteluun osallistuvat, valita kohdejoukoksi ne henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai asiasta eniten (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74, 85). Koska tutkimuksessa oltiin nimenomaan kiinnostuneita siitä, mitä tutkittavat ajattelevat, heille oli varattava riittävästi aikaa. Ryhmän koko ei voinut olla liian suuri suhteessa haastatteluun varattuun aikaan nähden. Ryhmän koon pienuutta puolsi myös tutkittavien asiantuntijuus asiasta ja se, että tutkimuksella haluttiin kuulla yksityiskohtaisia asioita. (Morgan 1998, 73.)

Careyn (1994, 229) mukaan pienessä ryhmässä on neljästä kuuteen osallistujaa, myös Morganin (1998, 73) mukaan puhutaan pienestä ryhmästä, jos siinä on kuusi tai vähemmän osallistujia. Pienen ryhmän etuja on korkea osallistumisen taso tutkimukseen. Yhdelle tutkittavalle jää enemmän aikaa kertoa sanottavansa asiasta sekä kertoa paljon yksityiskohtaisemmin tutkittavasta ilmiöstä. Kun tutkittavilla on paljon tietoa ja kokemusta asiasta, voi ison ryhmän haastattelu olla turhauttavaa, koska isossa ryhmässä yhdelle haastateltavalle jää vain vähän aikaa sanoa kaikki sanottavansa. Pienessä ryhmässä myös tutkittavat

oppivat enemmän toistensa kokemuksista ja esimerkeistä. Pienessä ryhmässä ryhmän dynamiikkaa, prosessia ja saatua tutkimustietoa on helpompi hallita. (Carey 1994, 229.)

Haastattelun etuna oli sen mukanaan tuoma joustavuus. Haastatteluissa pystyttiin toistamaan kysymyksiä, oikaisemaan väärinkäsityksiä, selventämään sanamuotoja ja käymään keskustelua tiedonantajien kanssa. Joustavuutta oli myös se, että kysymykset voitiin esittää siinä järjestyksessä, kuin ne katsottiin aiheelliseksi. Tärkeintä oli saada mahdollisimman paljon tietoa tutkittavasta kohteesta. Haastattelun etuna voitiin nähdä myös haastateltavien pieni kato, koska haastattelusta oli voitu sopia etukäteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73 - 74.) Haastattelun etuna oli myös se, että siinä saatiin nopeasti tietoa samanaikaisesti usealta vastaajalta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63).

Heikkoutena puolestaan oli se, että se oli aikaa vievää ja taloudellisestikin kallista (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74). Myös ryhmädynamiikalla ja valtahierarkialla on voinut olla vaikutusta siihen kuka puhui ryhmässä ja miten. Haasteellista oli myös saadun aineiston purkaminen ja analysoiminen. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 63.)

4.2.2 Teemahaastattelu

Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, joka pohjautuu Mertonin, Fiskin ja Kendallin fokuoituun haastatteluun (the focused interview). Teemahaastattelu eroaa siinä, ettei se edellytä kokeellisesti aikaansaattua yhteistä kokemusta, vaan lähtee olettamuksesta, että kaikkia yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Se on lähempänä strukturoimatonta kuin strukturoitua haastattelua. Puolistrukturoidun siitä tekee se, että siinä on yksi haastattelun aihepiiri, teema-alueet, jotka ovat kaikille haastateltaville samat. Siinä ei ole kysymysten tarkkaa järjestystä tai muotoa, muttei ole niin vapaa kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 47 - 48.)

Teemahaastattelulla pystytään tutkimaan erilaisia ilmiöitä ja hakemaan vastauksia erilaisiin ongelmiin. Siinä edetään tiettyjen keskeisten etukäteen valittujen teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten varassa. Metodologisesti teemahaastattelu korostaa ihmisten tulkintoja asiasta ja heidän asioille antamia merkityksiä. (Vilkkä 2005, 101 – 102; Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Teemahaastattelussa ei kysytty mitä tahansa, vaan pyrittiin löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. Kysymysten teemat perustuivat jo tutkimuksesta tiedettyyn ilmiöön ja tavoitteena oli, että kaikista teema-alueista vastaaja voi antaa oman kuvauksensa.

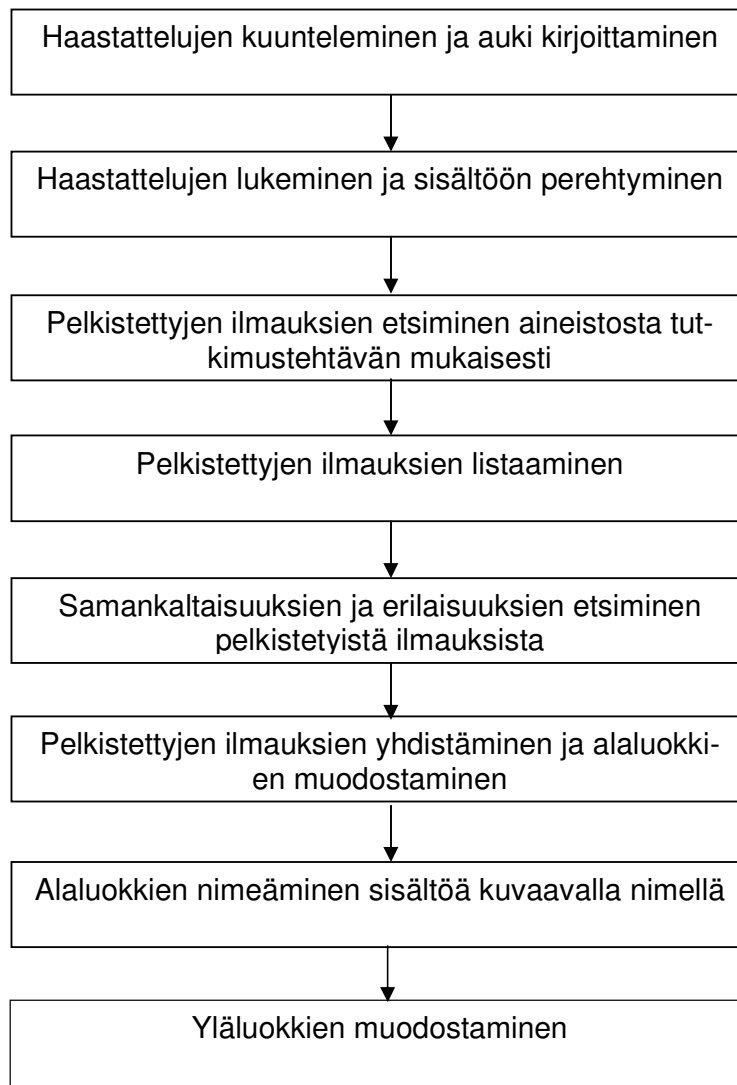
Tutkimusmenetelmänä teemahaastattelu ei sido haastattelua joko kvalitatiiviseen tai kvantitatiiviseen tutkimukseen, eikä se ota kantaa haastattelujen määrään tai siihen, miten syvälle käsiteltävään asiaan päästään. Olennaisinta on, että yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen mukaan. Keskeisintä ovat haastateltavien tulkinnat asioista ja heidän antamat merkitykset, jotka ovat syntyneet vuorovaikutuksessa. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 48.) Haastatteluja tulee suorittaa niin monelle ryhmälle, että teoreettinen saturaatio täyttyy tutkimuksessa. Eli uudet ryhmät eivät enää tuota uutta oleellista tietoa tämän tutkimuksen kannalta, vaan haastateltavat tuottavat vähemmän merkittävää aineistoa. Lisäaineistossa informaatio alkaisi toistaa itseään. Teoreettinen saturaatio eli kylläntyminen on käsite, jonka ensimmäisenä ottivat Glaser ja Strauss käyttöön sosiaalitieteissä. (Morgan 1998, 78; Eskola & Suoranta 2008, 62.)

4.3 Aineiston analysointi

Laadullisen aineistolähtöisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällönanalyysia, joka on menetelmä, jossa voidaan analysoida kirjoitettua ja suullista kommunikaatiota ja tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä. Veikko Pietilä on määritellyt sisällön erittelyn joukoksi menettelytapoja, joita käyttäen dokumenttien sisällöstä voidaan tehdä havaintoja ja kerätä tietoja tieteellisiä pelisääntöjä noudattaen. Se on kerätyn aineiston tiivistämistä, jossa tehdään havaintoja dokumenteista ja analysoidaan ne systemaattisesti. Siinä erotetaan tu-

kimusaineistosta samankaltaisuudet ja erilaisuudet ja kuvataan, sekä selitetään ne sellaisenaan. (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2003, 21 - 23.)

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin aineistoa aineistolähtöisesti eli induktiivisesti (Kuvio 1). Sisällön analyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Haastattelun jälkeen aineisto kuunneltiin useaan otteeseen läpi ja kirjoitettiin auki sana sanalta. Tämän jälkeen haastattelut luettiin ja perehdyttiin sisältöön. Tutkimusaineistosta etsittiin tutkimustehtävän mukaisesti sanoja, lauseita tai lauseen osia, jotka kuvasivat kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta ja sitä tukevista ja estävistä asioista. Nämä yliviivattiin tekstistä ja kirjoitettiin erilliselle paperille pelkistettyinä ilmauksina. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin samankaltaisuuksien ja eroavaisuuksien mukaan. Ryhmitellyt ilmaukset nimettiin mahdollisimman hyvin sisältöä kuvaavilla nimillä, joista syntyivät alaluokat. Ryhmittelyllä luotiin pohja kohteena olevan tutkimuksen perusrakenteelle sekä saatiin alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Alaluokat ryhmiteltiin sisällön mukaan ja nimettiin sisältöä kuvaavilla nimillä joista syntyivät tämän tutkimuksen yläluokat ja tutkimuksen tulokset. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 136 – 137; Tuomi & Sarajärvi 2009, 109 - 112.)



Kuvio 1 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

Sisällönanalyysia voidaan pitää paitsi yksittäisenä metodina myös väljänä teoreettisena kehyksenä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysi sopii hyvin väliin haastatteluihin. Tällä menetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiiviissä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysissä saadaan kerätty aineisto ainoastaan järjestykseen johtopäätösten tekoa varten. Tässä piilee vaara, että tutkimus jää ainoastaan tulosten ilmaisuksi, eikä tutkittava osaa tehdä mielekkäitä johtopäätöksiä analyysin pohjalta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91,103.)

4.4 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja tutkijaan. Aineiston keruusta saatu tieto on riippuvainen siitä, miten tutkittava ilmiö on tavoitettu. Aineiston analysoinnissa luotettavuuteen vaikuttaa tutkijan taidot, arvostukset ja oivalluskyky. Luotettavuus-kysymyksen lisäksi sisällönanalyysin haasteena on se, miten pystyttiin pelkistämään aineistoa niin, että se kuvasi mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin jokaisen valinnan kohdalla ja pyrittiin kuvaamaan ja perustelemaan valinnat mahdollisimman hyvin. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2003, 36; Vilka 2005, 159.)

Testihaastattelu suoritettiin kolmelle työntekijälle syyskuussa 2009, mikä antoi hyvän mahdollisuuden testata teemahaastattelurungon loogisuutta ja kattavuutta. Teemahaastattelussa myös haastatteluteemoilla on merkitystä työn luotettavuutta arvioitaessa. Tutkimuksen luotettavuutta voi vähentää liian suppeaksi jääneet kysymykset tai teemat. Tällöin vaarana on tutkijan oman käsityksen nouseminen esille ja tutkittavan näkemyksen jääminen sivuun. Liian väljät haastatteluteemat puolestaan voivat tuottaa tutkimusaineistoa niin paljon, että tutkija joutuu jättämään siitä paljon raportin ulkopuolelle. (Nieminen 2006, 217.) Testihaastattelun pohjalta ei enää muokattu teemahaastattelurunkoa. Testihaastattelussa olleet haastateltavat olivat myös vapaaehtoisia ja täyttivät samat suostumukset kuin itse tutkimushaastattelussakin. Haastateltavat valittiin sen perusteella, että heidän tiedettiin tehneen alkoholi mini-interventioita työssään. Testihaastattelua ei otettu mukaan lopulliseen tutkimukseen, koska tutkimuksen aineisto oli kattava saturaation täytyttyä tutkimushaastatteluissa.

Tutkimuksessa laadukkuutta tavoiteltiin etukäteen tekemällä myös mahdollisimman hyvä haastattelurunko. Aineiston hankintavaiheessa ja itse haastattelutilanteessa huolehdittiin, että tekninen välineistö on kunnossa. Tällä varmistettiin laadukkaan materiaalin kerääminen, mikä ei anna virhetulkinnoille mahdollisuutta aineistoa purkaessa. Aineiston luotettavuutta paransi myös sen varhainen purkaminen ja litterointi. Näin asiat olivat vielä tuoreessa muistissa. (Hirsjärvi &

Hurme 2008, 184 - 185.) Haastattelut suoritettiin lokakuussa 2009 kolmena peräkkäisenä päivänä, ja jokaisen haastattelun jälkeen haastattelunauhat purettiin välittömästi. Aineistoon perehdyttiin hyvin ja valittiin tarkoin analyysiyksikkö, jonka mukaan alettiin hakemaan tutkimukseen vastauksia. Analyysiyksiköksi valittiin laajempi kokonaisuus kuin yksi sana, jotta aineistosta ei tulisi liian pirstaleista tai suppeaa. Litteroinnit aloitettiin heti, kun kaikki haastattelunauhat oli purettu ja kuunneltu useaan otteeseen ensin läpi. Luotettavuutta lisäävät myös suorat lainaukset, joista pystytään seuraamaan miten tutkimustuloksiin on päädytty.

4.5 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuslupa haettiin Imatran kaupungin vanhustyön johtaja Eija Riepolta keväällä 2009. Työyhteisön edustajana toimi Ennaltaehkäisevän mielenterveys- ja päihdetyön koordinaattori, TtT Heli Hätönen, joka myös allekirjoitti Imatran kaupungin kanssa tehtävän yhteistyösopimuksen. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen, kesäkuussa 2009 otettiin yhteyttä molempien alueiden kotihoidon ohjajiin sekä Karhumäen vanhustentalon sairaanhoitajaan. Heille kerrottiin puhelimessa alustavasti tutkimuksesta ja samalla sovittiin tapaamisista kotihoitokeskuksissa ja Karhumäen vanhustentalolla. Elokuussa 2009 käytiin puhumassa kotihoidon työntekijöille tutkimuksesta. Heille kerrottiin tutkimusaiheesta ja tavoitteista sekä käytännöstä, miten tutkimus suoritetaan. Itse tutkimuksen sisällystä ei kerrottu tarkemmin, ettei se vain mitenkään vääristäisi tulevia tutkimustuloksia.

Ihmistieteissä joudutaan aina eettisten kysymysten eteen tutkimuksen joka vaiheessa. Haastattelussa ollaan tutkittavien kanssa suorassa kontaktissa, jolloin eettiset ongelmat ovat erityisen monitahoisia. Haastattelussa yhdeksi eettiseksi ongelmaksi nousee se, miten paljon haastateltaville tulisi kertoa itse tutkimuksesta, sen tavoitteista ja yksityiskohtaisista menettelytavoista. Haastateltavat tekevät päätöksensä osallistua tutkimukseen tutkijan antaman tiedon pohjalta. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 20.) Tutkimukseen osallistuville annettiin ennen haastattelua saatekirje (Liite 5), jossa kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuksen

toteuttaminen. Lisäksi he saivat tutkimukseen osallistumisesta kirjallisen suostumuslomakkeen (Liite 6), jossa heille selvitettiin tutkimuksen vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus.

Vapaaehtoisuudesta, luottamuksellisuudesta ja henkilöllisyyden suojaamisesta kerrottiin tutkittaville etukäteen sekä vielä itse tutkimuksen alussa. Heille kerrottiin, että heillä on oikeus perua osallistumisensa ihan missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Tutkimushaastattelut nauhoitettiin heidän luvallaan. Suoria lainauksia käytettäessä henkilöllisyyden suojaamisesta huolehdittiin niin, ettei niistä pystytä tunnistamaan henkilöllisyyttä. Tutkimuksen jälkeen nauhoitetut tutkimusmateriaalit hävitettiin asiallisesti. Oma roolini tutkittaviin nähden oli tutkijan rooli. Oma suhtautumiseni ikääntyneiden alkoholin käytön kysymiseen oli positiivinen. Pyrin olemaan hyvin neutraali asiaa kohtaan ja olemaan ilmaisematta omia mielipiteitäni asiasta. (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2003, 39.)

Hirsjärven & Saravuon (2008, 20) mukaan aineiston analysoimisessa eettisyys nousee esille myös siinä, miten tunnollisesti kirjallinen litterointi noudattaa haastateltavien suullisia ilmaisuja, miten syvällisesti ja kriittisesti haastattelut voidaan analysoida ja voivatko haastateltavat sanoa, miten heidän lauseitaan on tulkittu. Tutkijan eettisenä velvollisuutena on esittää saadut tulokset juuri sellaisina kuin ne ovat. Sisällönanalyysin tulosten luotettavuuden kannalta myös oleellista on se, että pystyttiin osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. (Latvala & Vanhanen - Nuutinen 2003, 37). Tutkimuksessa aineisto analysoitiin huolellisesti ja perehdyttiin hyvin sen sisältöön. Suorien lainauksien avulla pystyttiin myös osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä.

5 TUTKIMUSTULOKSET

Haastatteluun osallistui lähihoitajia ja kodinhoitajia. Yhdeksän kymmenestä haastateltavasta oli ollut Imatran kaupungin kotihoidossa yli kymmenen vuotta ja yksi työntekijä alle viisi vuotta töissä. Vastanneista kahdeksan oli käynyt kaupungin järjestämän alkoholi mini-interventio-koulutuksen ja aikaisempaa koulutusta päihdetyöstä oli kolmella työntekijällä. Keski-ikä haastateltavilla oli 45,5 vuotta.

Tutkimustuloksissa kuvataan kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa sekä asioita jotka ovat tukeneet ja estäneet mini-intervention käyttöä. Tulokset esitetään tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä.

5.1 Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa

Tutkimusaineistosta nousi esille seuraavat yläluokat, jotka kuvaavat kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta (Taulukko1). Tutkimuksen mukaan alkoholi mini-interventio sisälsi alkoholin käytön puheeksi ottamisen, alkoholin käytön tunnistamisen, puheeksi oton vaikutukset, motivoimisen ja hoitoon ohjaamisen.

Taulukko 1 Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteutamisesta kotihoidossa

Alaluokka	Yläluokka
Puhuminen vähäistä Keskusteltu, kun nähty ongelma Alkoholin käytöstä puhuminen luonnollista Keskusteleminen mielenkiintoista	Alkoholin käytön puheeksi- ottaminen
Asiakkaalla ei ongelmaa Näkyä päällepäin toimintakyvyttömyytenä Tuoksu Alkoholin käytön tunnistaminen hankalaa	Alkoholin käytön tunnistaminen
Puheeksiotto rauhoitti tilannetta Puheeksiotolla ei vaikutusta	Puheeksioton vaikutukset
Keskusteleminen Tukeminen ja hoitoon ohjaaminen Hoitoon ohjaamista odotetaan	Motivointi ja hoitoon ohjaaminen

Alkoholin käytön puheeksiottaminen

Kotihoidon henkilöstö koki, ettei alkoholista ole vielä totuttu puhumaan. Juttelemisen oli vähäistä ja puheeksiottoa myös karsittiin. Yleensä asia otettiin puheeksi niiden kanssa, joilla tiedettiin jo olevan alkoholin käytön kanssa ongelmia. Puheeksiottoa tapahtui myös silloin, kun asiakas pyysi alkoholia tai hänellä oli pullo näkyvissä. Myös asiakas oli itse saattanut ottaa asian puheeksi.

*Loppujen lopuksi aika vähäistä tuo jutteleminen tuosta aiheesta.
Jos se on jollain lailla niin kuin ongelma.*

Vaikka alkoholin käytöstä keskusteleminen olikin vähäistä, niin siitä puhuminen koettiin helpoksi ja luonnolliseksi asiaksi, jos asiakas oli kohtuukäyttäjä eli käytti vain lääkkeeksi. Keskustelut heidän kanssaan koettiin mielenkiintoisiksi ja mukaviksi tapahtumiksi. Alkoholin käytöstä keskusteleminen haluttiin samanlaiseksi asiaksi kuin kaikki muutkin asiat ovat.

Mielenkiintoista oli tietää mitä heidän mielessään liikkui tuosta asiasta. Kyl se ihan luonnollista oli se keskustelu siitä aiheesta, jos oli kohtuukäyttäjä eli käytti vain lääkkeeksi.

Alkoholin käytön tunnistaminen

Kotihoidon henkilöstö koki, että suurin osa heidän asiakkaistaan ei käytä paljoa alkoholia. Nähtiin, ettei kaikilla ole ongelmaa alkoholin käytön suhteen. Alkoholin liiallinen käyttö huomattiin, kun asiakkaan toimintakyky aleni ja hänelle saattoi sattua vahinko. Toimintakyvyn aleneminen näkyi puheen sammaltamisena ja liikuntakyvyttömyytenä. Joskus asiakkaat kertoivat myös avoimesti olevansa humalassa.

Yleensä sattuu joku vahinko.

Kotihoidon henkilöstö koki, että asiakkaat pystyivät salaamaan omaa alkoholin käyttöönsä niin halutessaan, jos heidän luonaan käytiin vain kerran päivässä. Osa asiakkaista peitti alkoholin käyttönsä niin hyvin, etteivät he osanneet ollenkaan epäillä, että asiakkaalla voisi olla alkoholin käytön kanssa ongelmia. Joskus alkoholin liikakäyttöä oli myös ongelmallista havaita, ja sen ilmituleminen jonkun hoitotoimenpiteen yhteydessä oli tullut henkilökunnalle täytenä yllätyksenä.

Jos käy kerran päivässä niin sen pysty peittelemään. Kukaan ei hoksannutkaan et oli alkoholin kans minkäänlaista ongelmaa.

Puheeksioton vaikutukset

Kotihoidon henkilöstö koki, että asiakkaat kuuntelivat heitä. Vaikkei keskusteleminen juuri sillä hetkellä johtanut mihinkään, niin heidän mielestään oli hyvä, että asia oli edes otettu puheeksi. Joidenkin kohdalla alkoholin määrä oli vähentynyt, ja tilanne rauhoittunut puheeksi ottamisen myötä.

Kyl hyö meitäkin kuuntelee ja sanoo ettei ota sitten lääkkeitä.

Toisten asiakkaiden kohdalla taas keskustelemisen ei koettu johtavan mihin-

kään. He kokivat, etteivät varsinkaan ne asiakkaat kuunnelleet, jotka käyttivät alkoholia reilummin. Puheeksioton yhteydessä myös he olivat vastustaneet alkoholin käytöstä kysymistä eniten, joita asia olisi koskettanut.

*Ei ne kuuntele, ne jotka haluaa juoda.
No se oli ihan sama mitä sano.*

Osa kotihoidon henkilöstöstä koki, ettei alkoholin käytön puheeksiottamisella ollut minkäänlaista vaikutusta asiakkaan alkoholin käyttöön.

Vaikea sanoa onko tästä kyselystä ollut hyötyä.

Motivointi ja hoitoon ohjaaminen

Kotihoidon henkilöstö koki motivoimisen ja hoitoon ohjaamisen olevan etupäässä asiasta keskustelemista, tukemista ja hoitoon sitouttamista sekä hoitoon ohjaamista. Keskustelu sisälsi ehdotuksia alkoholin käytön vähentämisestä sekä terveysvalistusta. Keskustelussa oli käyty läpi alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia. Asiakkaat olivat hyvin valveutuneita sen suhteen, että jos he joivat, he eivät ottaneet yhtä aikaa lääkkeitä. Tämän vuoksi joskus asiakkailla saattoi olla jotkut lääkkeet ottamatta.

*Ehdotuksia et vois vähemmän juua.
Terveysvalistusta, nostattaa sokereita.*

Hoitoon sitouttamista ja tukemista tehtiin. Yhdessä mietittiin, miten voitaisiin asiakkaita auttaa. Koettiin, että hoitoon sitouttamista ja tukemista on aina tehty varsinkin suurkuluttajille, mutta aikaisemmin sitä ei ole tehty papereilla.

Tukihan sitä.

Hoitoon ohjaamisen tiedettiin tapahtuvan lääkärin kautta, mutta sitä odotettiin yleensä kauan. Näin annettiin asiakkaalle mahdollisuus tehdä käyttäytymisensä parannus. Hoitoon ohjaamisen katsottiin olevan asiakkaan puolta pitämistä, ja yleensäkin asiakkaan hoitoon saaminen oli pitkän puhumisen ja tuskan

takana.

*Pitkän puhumisen ja asiakkaan puolta pitämällä.
Hoitoon saaminen on työn ja tuskan takana.*

5.2. Alkoholiksi mini-interventiota tukevat tekijät

Alkoholi mini-interventiota tukevana tekijöinä aineistosta nousi yläluokiksi ammatillinen toiminta, omahoitajuuden toteutuminen, toimintamallin toteuttaminen, asiakkaasta johtuvat tukevat tekijät, ajankohtainen aihe ja koulutus. (Taulukko 2).

Taulukko 2 Alkoholiksi mini-interventiota tukevat tekijät

Alaluokka	Yläluokka
Suoraan puhuminen Asiaan johdattelu Työyhteisössä puhuminen Omien voimavarojen tunnistaminen	Ammatillinen toiminta
Omahoitajuus Puhuminen kahden kesken Omaiset myönteisiä	Omahoitajuuden toteutuminen
Kyselylomake Yhteinen käytäntö Toimintamallin hyväksyminen	Toimintamallin toteuttaminen
Asiakkaan innokkuus Asiakkaan avoimuus	Asiakkaasta johtuvat tukevat tekijät
Asian ajankohtaisuus	Ajankohtainen aihe
Koulutuksesta hyötyä Perustiedon omaaminen Koulutusta hoitoon ohjaamiseen ja kohtaamiseen	Koulutus

Ammatillinen toiminta

Ammatillinen toiminta koostui avoimuudesta keskustella asiasta suoraan, vaikka keskustelua monesti edelsikin jonkinasteinen johdattelu asiaan. Keskustelussa pidettiin tärkeänä oikeiden sanojen valitsemista, äänensävyä ja huumoria sekä sitä, ettei alkoholin käytöstä kysyminen tapahtunut uteliaasti. Koettiin myös, ettei keskustelua saanut käydä kiireellä. Keskustelut olivat tapahtuneet yleensä muiden töiden lomassa esimerkiksi asiakkaan syödessä.

Sanomaan niin kuin suoraan.

Pitää osata valita ne sanat oikein.

Rauhallinen tilanne ei missään sivumennen tai kiireellä.

Ammatillisuutena nousi myös työyhteisössä puhuminen sekä omien voimavarojen tunnistaminen. Tukevana tekijänä nähtiin se, että työyhteisössä pystyi avoimesti keskustelemaan asioista ja kertomaan omia mielipiteitään avoimesti. Keskustelemiset tapahtuivat joko työparin kanssa tai oman tiimin kesken, myös sairaanhoitajan tuki koettiin tärkeäksi.

Me voidaan silleen porukalla sanoa mielipiteitä.

Me turvataan meidän sairaanhoitajaan.

Omat voimavarat tunnistettiin etenkin alkoholia liikaa käyttävien asiakkaiden hoitamisessa, tukemisessa ja hoitoon ohjaamisessa. Työyhteisössä vaihdettiin työntekijä, jos työntekijä koki, ettei jaksanut mennä vähään aikaan asiakkaan luo. Koettiin, että parempi mennä toinen työntekijä, joka vielä jaksaa. Omien voimavarojen ollessa vähissä myös omat keinot auttaa asiakasta olivat vähissä.

Meidän keinot ovat ne, et pysty sanomaan et minä en vähään aikaan halua mennä sinne.

Omahoitajuuden toteutuminen

Omahoitajuuden toteutuminen piti sisällään omahoitajuuden, kahdenkeskisyyden ja omaiset. Yleensä alkoholin käytöstä kysyi omahoitaja ja tämän koettiin

olevan selkein toimintatapa. Joskus alkoholin käytöstä oli kysynyt myös joku toinen kuin omahoitaja. Alkoholin käytöstä kysyttiin yleensä silloin, kun oltiin kahdestaan asiakkaan kanssa. Joskus puheeksioton yhteydessä läsnä oli ollut myös omainen, mitä ei koettu häiritsevänä tekijänä. Yleensä kahdenkeskisyttä pidettiin kuitenkin tärkeänä asiana, koska alkoholin käyttöä pidettiin henkilökohtaisena ja arkana asiana.

Parempi jotenkin kahdestaan.

Omahoitajana kotihoidon henkilöstö koki, että heillä on erilainen rooli asiakkaaseen kuin omaisilla. Omahoitajuuden myötä asiakas alkoi luottamaan työntekijään, ja he kokivat, ettei asiakkailla ollut enää mitään peiteltävää asian suhteen. Kotihoidon henkilöstö koki, että omahoitajuuden tuoman tuttuuden kautta asiakkaat pystyivät puhumaan heille hyvinkin avoimesti. Joskus jopa avoimemmin kuin omaisille, joilta asiakkaat yleensä peittelivät alkoholin käyttönsä.

Omahoitajalle hänellä ei ollut oikeastaan enää mitään peiteltävää. Meille ne saatto kertoo, mut omaisilta peitteli.

Yleensäkin omaiset olivat suhtautuneet hyvin myönteisesti ja avoimesti alkoholin käytöstä kysymiseen heidän omaiseltaan. Myös asiakkaan alkoholin käytöstä oli keskusteltu omaisten kanssa avoimesti, jos siinä ilmeni asiakkaalla ongelmia. Omaiset olivat myös pyytäneet keskusteluapua alkoholin käytön rajoittamiseksi, vaikka omaiset olivatkin useimmiten niitä ihmisiä, jotka toivat asiakkaalle alkoholia. Joskus omaiset olivat yllättyneitä omaisensa alkoholin käytöstä.

Omaisten kanssa pystyy kyllä ihan hyvin keskustelemaan. Pakkohan meidän on keskustella jos alkaa ongelmia ilmenemään.

Toimintamallin toteuttaminen

Toimintamallin toteuttaminen koostui kyselylomakkeesta, yhteisestä käytännöstä ja toimintamallin hyväksymisestä. Käytössä olevan toimintamallin koettiin tukevan alkoholin käytöstä kysymistä. Kotihoidon henkilöstö koki, että yhteinen

käytäntö antoi heille tukea asian kysymiseen. He kokivat tärkeänä, että asiakkaat tiesivät sen kuuluvan tähän toimintamalliin, että kaikilta kysytään ja kaikille pitää tehdä. Alkoholin käytöstä kysyttiin saatavilla olevan kyselylomakkeen avulla.

Sanottiin vain et kaikilta pitää ottaa tällöinen kysely.

Minä koin jotenkin tärkeäksi, että minun piti saada sanoa, et tää kysely tehdään kaikille.

Yritettiin saada niin kuin taustaa selän taakse, tukea ja turvaa.

Alkuun uuden toimintamallin tuleminen aiheutti negatiivisia tunteita. Koettiin, että aina jotain uutta tulee lisää. Toimintamallin käytön jälkeen kuitenkin koettiin, ettei se enää ollutkaan niin negatiivinen asia. Toimintamallin hyväksymistä edesauttoi se, että se vie vain vähän aikaa. Koettiin ettei sen tekeminen kerran vuodessa olisi hankalaa ja sen ottaminen pysyväksi käytännöksi olisi hyvä asia. Näin asiakkaan alkoholin käyttöön voisi palata aina uudelleen tarvittaessa.

On ihan hyvä jos otetaan käytännöksi.

Ei paha rasti tehdä kerran vuodessa.

Asiakkaasta johtuvat tukevat tekijät

Asiakkaasta johtuvina tukevana tekijöinä nähtiin asiakkaan innokkuus ja avoimuus osallistua keskusteluun. Osa asiakkaista koki alkoholin käytöstä kysymisen niin tärkeänä, että he osallistuivat keskusteluun mielellään.

Joku oli onnellinen kun kyseltiin.

Tunne et hän on niin tärkeä et kysellään.

Asiakkaiden avoimuus myös nähtiin tukevana tekijänä alkoholin käytön puheeksioton yhteydessä. Osa asiakkaista ei peitellyt juomistaan ollenkaan, ja he tunnustivat alkoholin käyttönsä avoimesti. Kotihoidon henkilöstö koki, että asiakkaat kertoivat heille avoimemmin alkoholin käytöstään kuin omaisille.

Asian ajankohtaisuus

Alkoholin käytön puheeksiottamista tuki myös asian ajankohtaisuus. Jos keskustelun aiheet sivusivat jotenkin muuten alkoholin käyttöä, niin koettiin, että aiheesta oli helppo silloin alkaa keskustelemaan. Asiakkaan päiväkahvin yhteydessä ottama konjakki saattoi olla hyvä keino alkaa keskustelemaan hänen alkoholin käytöstään. Myös asiakkaan luona näkyvät pullot helpottivat keskustelun aloittamista

Asiakkaat jotka luki lehtiä tai mitä tahansa heidän kanssa oli helppo alkaa keskustelemaan.

Koulutus

Järjestettyyn alkoholi mini-interventio-koulutukseen osallistuneet työntekijät kokivat, että siitä oli ollut suuri hyöty alkoholi mini-intervention toteuttamisessa. Koulutuksen myötä kotihoidon henkilöstö koki ymmärtävänsä paremmin, mikä merkitys alkoholin käytön kysymisellä on. Henkilöstö koki myös, että asiakkaan alkoholin käytöstä on nyt helpompi kysyä.

Jos olis tuotu pelkät lomakkeet ja sanottu et ala kyselemään, minusta tuntuu et olishan ne kysymykset esittänyt, mutta nyt ymmärsi sen taustan. Kun sitä käytiin siellä koulutuksessa niin tuntu helpommalta kysyä.

Osa kotihoidon työntekijöistä koki, että heillä on riittävästi perustietoa asiasta, he tietävät haitat ja seuraukset, mutta osa toivoi lisää koulutusta ihan perusasioihin. Enemmän koulutusta kuitenkin kaivattiin hoitoon ohjaamiseen ja kohtaamiseen. Toiveena oli ihan konkreettisia käytännön ohjeita, miten kohdata ja minne ohjata.

Joka asiassa pitäisi olla käytännön ohjeita. Kohtaamisohjeita ja koulutuksia.

5.3 Alkoholi mini-interventiota estävät tekijät

Alkoholi mini-interventiota estävinä tekijöinä aineistosta nousi yläluokiksi tuen puute, oma asenne, ympäristönä koti ja asiakkaasta itsestä johtuvat estävät tekijät (Taulukko 3).

Taulukko 3 Alkoholi mini-interventiota estävät tekijät

Alaluokka	Yläluokka
Yksin jääminen Riittämättömyys ja voimattomuus	Tuen puute
Välinpitämättömyys Epävarmuus ja pelko Hoitaminen turhauttavaa Kysymisen vaikeus	Oma asenne
Oma koti Itsemääräämisoikeus Yksityisyys	Ympäristönä koti
Asiakkaan toimintakyvyttömyys Asiakkaan kieltäytyminen Asiakkaan oma mielipide Asian salaaminen	Asiakkaasta johtuvat estävät tekijät

Tuen puute

Tuen puute koostui työntekijöiden yksin jäämisen, riittämättömyyden sekä voimattomuuden tunteesta. Kotihoidon henkilöstö koki, ettei se saaneet ulkopuolista tukea alkoholia liikaa käyttävien asiakkaiden hoitamiseen. Työntekijät kokivat jäävänsä yksin kentälle sekä sen, etteivät he voineet kieltäytyä hoitamasta asiakasta. He olisivat kaivanneet lisää päihdepuolen seurantaa tai jonkun yhteyshenkilön, kehen he olisivat voineet ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ja saada tätä kautta tukea itselleen.

Kun et saa mistään mitään.

Tuntuu et jää ihan yksin sen kanssa sinne taistelemaan.

Riittämättömyyden ja voimattomuuden tunnetta koettiin, kun ei enää osattu auttaa asiakasta. Koettiin, että asialle ei enää mahdettu mitään kaikesta yrittämisestä huolimatta. Lisäksi koettiin, että asiakas on heidän vastuullaan. Haluja auttaa olisi monesti ollut, mutta ei enää keinoja. Erityiskoulutuksen puutteen koettiin myös vaikuttavan riittämättömyyden ja voimattomuuden tunteen syntymiseen.

*En osaa auttaa tätä ihmistä.
Ei ole erityiskoulutusta.*

Oma asenne

Alkoholi mini-interventiota estävänä tekijänä omissa asenteissa tuli esille välittämättömyys, epävarmuus ja pelko sekä turhautumisen tunne hoidettaessa ja kysymisen vaikeus. Alkoholin käytöstä saatettiin kysyä vähättelevästi ja ajateltiin, että kysyminen on turha kotihoidon asiakkaille. Esille nousi myös ajatus, että olisiko asiakkaan alkoholin käyttöön puututtu ollenkaan, jos ei asiakkaalle olisi ilmaantunut liiallisen alkoholinkäytön seurauksena kaatuilua tai itsensä saattamisia. Koettiin, ettei heidän tarvitse enempää tietää ja ajateltiin, ettei asiakkaan alkoholin käyttö kuulunut heille.

*Mitä tämä minulle kuuluu.
Vähätellen kysyttiin.*

Epävarmuutta alkoholin käytön puheeksi ottamisessa aiheutti pelko asiakkaan loukkaamisesta. Ajateltiin, että asiakas loukkaantuu, kun häneltä kysytään alkoholin käytöstä. Kotihoidon henkilöstö koki, että he itse tekivät itselleen asiasta jonkinlaisen peikon, koska yleensä asiakkaat eivät olleet loukkaantuneet alkoholin käytöstä kysyttäessä.

*Pahoittaa mielen, kun tällöisiä kysellään.
Ehkä sitä ite tekee jonkinlaisen peikon.*

Myös omaa oikeutta mennä kysymään asiakkaan alkoholin käytöstä mietittiin, koska alkoholin käyttöä pidettiin edelleen jokaisen henkilökohtaisena asiana.

Onko meillä oikeutta.

Missä kulkee se raja mikä on heidän omaa asiaa ja mitkä kuuluu meille ?

Kotihoidon henkilöstö koki alkoholia liikaa käyttävien asiakkaiden hoitamisen hyvin turhauttavana asiana. Negatiiviseksi hoitaa heitä teki sen, että kotihoidon henkilöstö koki tekevänsä kaikkensa heidän puolesta, mutta asiakas ei itse sitoutunut mihinkään. Kiusalliseksi koettiin myös jatkuva riitely säännöistä.

Kaiken teet puolesta mut ite ei välitä itestään yhtään.

Ärsyttää suunnattomasti hoitaa näitä.

Heidän hoitoon ohjaamisessa koettiin voimattomuutta ja hoitoon ohjaamista yleensäkin odotettiin kauan. Kotihoidon henkilöstö koki, että omat keinot hoitoon ohjaamisessa oliat aika vähissä. Vaikka hoitoon ohjaamisen tiedettiin tapahtuvan lääkärin kautta, he kokivat, ettei täällä ole tarpeeksi hoitopaikkoja vanhuksille, joilla on alkoholin kanssa ongelmia.

Jos pitäis saada hoitoon niin miten sen ihmisen sitten sais?

Alkoholin käytöstä kysyminen koettiin vaikeaksi, jos tiedettiin, ettei asiakas ollut kohtuukäyttäjää. Kysyminen koettiin noloksi ja kiusalliseksi varsinkin, jos koettiin, ettei asiakkaalla ollut alkoholin käytössä ongelmaa tai asiakkaan olemus viestitti asian olevan hänelle hyvin häveliäs asia. Myös asiakkaan tavat, tottumukset ja historia saattoivat estää asian puheeksi ottamista muun muassa asiakkaan uskonnollisuus tai perheessä ollut alkoholiongelma.

Se oli vähän silleen ilkee juttu.

Minusta tuntu vaikealta kysyä.

Asian tabumaisuus oli myös yksi kysymistä estävä tekijä. Kysymistä ei koskaan tehty ensimmäisellä kerralla, vaikka olisikin huomattu asiakkaalla alkoholin liika-käyttöä.

*Se on todella monelle vielä sellainen tabu.
Ei ensimmäisellä kerralla vaikka huomaisikin väärinkäyttöä.*

Ympäristönä koti

Alkoholi mini-interventiota estävänä tekijänä koettiin ympäristönä koti, missä katsottiin asiakkaan itsemääräämisoikeuden sekä yksityisyyden rajoittavan heidän mahdollisuuttaan kysyä alkoholin käytöstä tai puuttua alkoholin liikkäytöön. Kodin koettiin olevan yksityisasunto, jossa saa tehdä lähes mitä haluaa. Koettiin, että kotona alkoholin käytöstä keskusteleminen on erilaista kuin sairaalassa, vaikka molemmissa kyseessä on ammatillinen suhde.

*Ei me voida mennä sehän on heidän asia mitä hyö siellä tekee.
Itsemääräämisoikeus on niin voimakas.
Me mennään kotiin tällaisesta aiheesta, et vaikka se on ammatillinen suhde niin se tunne siitä rajasta.*

Asiakkaasta johtuvat estävät tekijät

Asiakkaasta johtuvina estävinä tekijöinä oli asiakkaan toimintakyvyttömyys, asiakkaan kieltäytyminen, asiakkaan oma mielipide asiaan ja asian salaaminen. Alkoholi mini-interventiota estävänä tekijänä alkoholin käytöstä kysyttäessä oli asiakkaan huono kuulo ja muistamattomuus, myös afasian katsottiin rajoittavan alkoholi mini-intervention toteuttamista.

*Ei meinannut tulla mitään, kun hän ei kuullut.
Ongelmana tää muistamattomuus.*

Joissakin tapauksissa asiakkaat olivat kieltäytyneet keskustelemasta alkoholin käytöstään. Tämän koettiin tapahtuvan varsinkin silloin, kun asia kosketti asiakasta, eli tämä käytti alkoholia yli suositusten.

*Pitkin hampain sellainen joita asia kosketti.
Kieltäytyi vastaamasta.*

Myös asiakkaan oma suhtautuminen alkoholin käytöstä kysymiseen koettiin estävänä tekijänä. Jos asiakkaalla oli mielipide, että alkoholin käytöstä kysyminen on utelua tai aihe on niin arka, että se suututtaa. Kotihoidon henkilöstö koki, että varsinkin naiset olivat häveliäitä ja jopa noloja, kun heiltä kysyi heidän alkoholin käytöstään.

He tietävät ettei naisille ole sopivaa ottaa enempää kuin yksi paukku, siinä on jotain häveliäisyyttä.

Alkoholin käytön puheeksiottamista esti myös, jos asiakas salasi totuuden tai syyllisti kotihoidon henkilöstöä asiasta kysymisen jälkeen. Koettiin, että aina ei asiakkaat vastanneet totuuden mukaan ja, että asiakkaat kaunistelivat itsekin totuutta itselleen. Jotkut asiakkaat kokivat, että heitä syytetään ja että heidän luo tullaan vain syynäilemään ja kiusaamaan heitä.

*Ärsyyntyy hirveesti kun kysyy.
Vihastuttaa se aihe.*

6 POHDINTA

Tutkimustietoa alkoholi mini-intervention toteuttamisesta on runsaasti saatavilla, mutta tutkimustietoa siitä, miten sen tekeminen on koettu, on vain vähän. Alkoholi mini-intervention juurruttaminen käytäntöön on ollut valtakunnallisestikin hyvin hidasta. Imatran kaupunki kuuluu terveyttä edistäviin sairaaloihin ja tätä kautta on perustettu Terveysten edistämisen työryhmä, jonka yhtenä tavoitteena on ollut saada alkoholi mini-intervention tekeminen jokapäiväiseksi käytännöksi. Koko Imatran kaupungin terveyden- ja sosiaalipuolen työyksiköt hammashuoltoa ja päivystystä lukuun ottamatta ovat sitoutuneet tekemään alkoholi mini-interventioita työyksiköissään. Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin kotihoito, koska se oli ensimmäinen koulutettava ryhmä ja näin ollen tehnyt tutkimuksen tekohetkellä jo vuoden alkoholi mini-interventioita ikääntyneille asiakkaille kotihoidossa. Aihe on ajankohtainen monien hankkeiden ja tutkimusten pohjalta. Ikääntyneiden alkoholin käyttö on lisääntynyt, ja se on yhä enemmän keskustelun aiheenakin.

6.1 Keskeisimmät tutkimustulokset

Tutkimuksen perusteella kotihoidon henkilöstö koki alkoholin käytöstä puhumisen asiakkaiden kanssa luonnollisena asiana. Siitä huolimatta puhuminen oli vähäistä, vaikka käytäntöön otetun toimintamallin myötä lähes kaikille asiakkaille oli alkoholi mini-interventiona tehty ”Otetaan selvää! - kysely”. Puheeksiottoa tapahtui yleensä vasta sitten, kun asiakkaalla nähtiin ongelma tai tiedettiin en-tuudestaan, että hän käyttää runsaasti alkoholia. Alkoholin käytöstä kysyminen koettiin hyvin henkilökohtaiseksi ja araksi aiheeksi, minkä takia sitä ei heti otettu puheeksi, vaikka ongelma olisi huomattukin jo ensimmäisellä käyntikerralla. Työntekijät kokivat, että oli erittäin tärkeätä tutustua asiakkaaseen ensin kunnolla ja vasta tämän jälkeen alkaa keskustella asiasta. Kun asiakas oli oppinut luotamaan heihin, he kokivat olevansa niin tuttuja ja läheisiä, että pystyivät juttelemaan aiheesta kuin aiheesta. Myös asiakkaat olivat huomattavasti avoimempia ja rehellisempiä heille omahoitajuuden tuoman tuttuuden kautta. Monesti asiakkaat peittelivät alkoholin käyttöönsä omaisilta, mutta eivät omahoitajalta.

Myös toimintamallin käyttöönotto tuki kotihoidon henkilöstöä alkoholi mini-intervention toteuttamisessa. Työntekijät pitivät erittäin tärkeänä, että asiakkaat tiesivät alkoholin käytöstä kysymisen kuuluvan käytössä olevaan toimintamalliin ja, että se tehtäisiin kaikille. He kokivat tätä kautta saavansa tukea puheeksiot-tamiselle niin, etteivät leimaantuneet hoitajana asiasta kysyttäessä. Puheeksiot-to tapahtui olemassa olevan lomakkeen avulla yleensä muiden töiden lomassa. Toimintamalli oli alkuun aiheuttanut negatiivisia tunteita, koska koettiin, että aina tulee jotain uutta ja ylimääräistä työtä. Toimintamalliin suhtautuminen oli kuitenkin muuttunut positiivisemmaksi käytön jälkeen. Alkoholin käytön puheek-siottamisen myötä, he kokivat nyt tietävänsä, paljonko asiakas käyttää alkoho-lia. Aiheeseen on helpompi palata myöhemminkin, kun sen kerran on ottanut puheeksi. Pienimäen (2004, 45) mukaan alkoholin käytöstä kysymisen vaikeus voi johtua myös siitä, ettei siihen ole olemassa vakiintuneita käytäntöjä. Hänen mukaansa kenellekään ei tulisi mieleen kyseenalaistaa alkoholin käytön kysy-mistä, jos se olisi rutiinitoimenpide terveydenhuollossa.

Asiakkaan alkoholin käyttöä ei aina tunnustettu ja sen ilmituleminen jonkun hoi-totoimenpiteen yhteydessä oli saattanut tulla yllättäen. Kotihoidon henkilöstö koki, että asiakkaat pystyivät peittelemään omaa alkoholin käyttöönsä heiltä, jos he niin halusivat. Varsinkin, jos asiakkaan luona ei käyty kuin kerran päivässä, niin asiakas saattoi alkaa nauttimaan alkoholia vasta kotihoidon käynnin jäl-keen.

Alkoholin käytön puheeksiotolla koettiin olleen vaikutusta joidenkin asiakkaiden kohdalla alkoholimäärän vähenemisenä. Koettiin, että ketä asia olisi eniten kos-kettanut, joivat joka tapauksessa. Puheeksioton yhteydessä asiakasta yritettiin motivoida vähentämään omaa alkoholin käyttöönsä keskustelemalla asiasta se-kä antamalla terveystietoa. Myös hoitoon sitouttamista ja tukemista tehtiin. Hoitoon ohjaamista tehtiin lääkärin kautta, mutta harvoin. Työntekijät kokivat, että sitä odotettiin kauan, koska näin annettiin asiakkaalle mahdollisuus tehdä muutos käytökseensä. Ikääntyneille päihteidenkäyttäjille suunnattuja hoitopaik-koja koettiin olevan liian vähän.

Pienimäen (2004, 40 - 41) mukaan meillä jokaisella on henkilökohtainen suhtautuminen alkoholin käyttöön, mikä voi näkyä alkoholin käytön puheeksi ottamisessakin. Se voi estää ammatillisen suhtautumisen alkoholin käytön kysymiseen. Ammattihenkilöstö voi viestittää omalla käytöksellään myös epäsuorasti, etteivät alkoholiin liittyvät ongelmat ole suotavia eikä niistä sovi puhua. Tässä tutkimuksessa kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholin käytön puheeksiottamisessa esti nimenomaan omissa asenteissa välinpitämättömyys, epävarmuus ja pelko sekä kysymisen vaikeus.

Ikääntyneiden päihdeasiakkaiden hoitaminen koettiin turhauttavana, jos asiakkaat eivät itse sitoutuneet omaan hoitoonsa tai ettei heitä saanut tarvittaessa asianmukaiseen hoitoon. Päihdeasiakkaiden hoitaminen kotona koettiin negatiiviseksi asiaksi, koska ympäristönä koti oli niin henkilökohtainen ja yksityinen paikka, jossa asiakkaan alkoholin käytön rajoittaminen oli hankalaa. Kotihoidon henkilöstö koki jäävänsä yksin ikääntyneen päihteiden käyttäjän ja hänen alkoholiongelmansa kanssa. Työntekijät kokivat, etteivät he saaneet tarvittaessa apua tai tukea itselleen muilta hoitavilta tahoilta. He olisivat kaivanneet ikääntyneiden päihdeasiakkaiden kohdalla mm. päihdepuolen seurantaa tai jotain yhteishenkilöä, kehen he olisivat voineet ottaa yhteyttä ongelmatilanteessa.

Valtakunnallisilla vanhusten päivillä (2005) puhuneen Kankaisen (Laapio 2007, 47 – 48) näkemykset tukivat tutkimuksen tuloksia. Hänen mukaansa kotihoidossa on totuttu ikääntyneiden päihdeongelmaan. Monien ammatillisten verkostojen toimivuus ja yhteiset käytännöt ovat olleet epäselviä päihteiden käyttäjien hoidon ja huolenpidon kohdalla. Kun kotihoidon työntekijän avunpyyntöön on suhtauduttu kielteisesti, on työ ikääntyneiden päihdeasiakkaiden keskuudessa koettu turhauttavaksi. Tässä tutkimuksessa kävi myös ilmi, että tämä tuen puute oli yksi merkittävimmistä yksinjäämisen ja riittämättömyyden tunteen aiheuttajista.

Koulutuksen katsottiin tuoneen lisää varmuutta ja ammattitaitoa ottaa kotihoidon asiakkailta heidän alkoholin käyttönsä puheeksi. Myös toimintamallin tarkoitus oli selkeytynyt koulutuksen myötä. Koulutusta kaivattiin vielä lisää ohjaamiseen,

neuvontaan ja hoitamiseen. Koulutukselta toivottiin nimenomaan selkeitä toimintatapoja ja kohtaamisohjeita esimerkiksi päihdeongelmaisen ja mielenterveyspotilaan hoitamisessa. Aikaisempien tutkimusten perusteella ongelmana on nähty se, että ikääntyneiden päihdeongelmaisten kohtaamisessa kohtaamiskäytännöt ovat olleet vakiintumattomia. Koulutustarvetta on ilmennyt perusasioista katkaisuhoidopotilaan ongelmiin. Työntekijöille on toivottu yhtenäisiä selkeitä toimintamalleja heidän kohtaamiseen työssään päihdeongelmainen asiakas. (Behm 2005; Suhonen 2005; Hokka-Kräk & Mikkonen, 2007.) Myös Pienimäen (2004, 45) mukaan koulutus on avainasemassa uusien käytäntöjen ja toimintamallien viemisessä käytäntöön.

6.2. Luotettavuuden ja eettisyyden pohdinta

Tutkittaessa kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta ja sitä tukevista ja estävistä tekijöistä ryhmähaastattelu oli hyvä tapa lähestyä tutkittavaa kohdetta. Ryhmähaastattelut olivat käytäntönä haasteellisia toteuttaa, mutta niistä saatu informaatio oli hyvinkin kattavaa. Haasteelliseksi ryhmähaastattelun teki yhteisen ajan ja paikan sopiminen. Lopuksi vain yksi haastattelu tehtiin alun perin sovituksessa haastattelupaikassa, muut tehtiin työntekijöiden omalla työpaikalla heidän pyynnöstään.

Tutkittavien valikoituminen tutkimukseen tapahtui kotihoidon ohjaajan kautta. Hän nimesi tutkimukseen osallistuvat työntekijät, jotka olivat siihen vapaaehtoisesti lupautuneet. Näin saatiin tutkimukseen ne, joilla tiedettiin olevan kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Haastateltavien valitseminen noudatti siis tarkoituksenmukaisuuden periaatetta. (Nieminen 2006, 216).

Teemahaastattelurunko esiteltiin, minkä jälkeen siihen ei enää tehty muutoksia. Testihaastattelun aikana saatiin hyvä mahdollisuus testata haastattelussa käytettävää teknistä laitteistoa, jotta sen käyttö itse varsinaisessa haastattelussa olisi luotettavaa. Testihaastattelu antoi myös hyvän mahdollisuuden harjoitella varsinaisen haastattelun pitämistä.

Ryhmähaastattelujen ryhmäkooksi oli suunniteltu kolme työntekijää, mutta yh-

teen haastatteluun osallistui neljäs työntekijä. Hän toi ryhmään hyvin uutta tietoa omasta kokemuksestaan. Ryhmät olivat tarpeeksi pieniä oman mielipiteen ilmaisemiselle, mutta tarpeeksi suuria, jotta keskustelua pääsi syntymään. Jokainen sai vastausaikaa riittävästi. Välillä olleet hiljaiset hetket eivät olleet kiullaisia tai tutkimusta heikentäviä. Haastattelulla saatiin rikasta ja monipuolista tietoa tutkittavasta asiasta, koska haastateltavat auttoivat toisiaan eri asioiden muistamisessa ja kokemusten jakamisessa. Ryhmässä tapahtui myös uuden asian oppimista ja uuden toimintatavan suunnittelemista.

Mäkisen (2006, 96) mukaan ongelmana haastattelussa voi olla se miten vapaasti haastateltavien antaa kertoa tutkittavasta ilmiöstä, koska yleensä haastattelun tulisi olla rakenteellinen jo aineiston litteroinnin ja analysoimisen vuoksi. Haastatteluissa käytettiin tämän vuoksi teemahaastattelurunkoa ja tarvittaessa aihetta tarkennettiin lisäkysymysten avulla. Ryhmien koko oli sopiva, koska haastatteluissa pystyttiin hallitsemaan ryhmän keskustelua ja pitämään huolta siitä, että haastattelun aikana pystyttiin tutkittavassa aiheessa.

Haastattelut suoritettiin kolmena peräkkäisenä päivänä. Haastattelut purettiin aina välittömästi haastattelun loputtua, kun asiat olivat vielä tuoreessa muistissa. Viimeisen haastattelun kohdalla huomattiin, miten se alkoi tuottaa samaa tietoa kuin edelliset haastattelut tuottivat. Näin saturaatio täyttyi tämän tutkimuksen osalta hyvin. Haasteellista ryhmähaastattelussa oli nauhoitetun aineiston purkaminen, kun haastateltavat innostuivat puhumaan yhtä aikaa yhteisestä kokemuksesta. Nauhojen uudelleen kuunteleminen auttoi asiaan.

Tutkimusaineistoa analysoitaessa aineistoa ei ole pakotettu mihinkään ryhmään, vaan luokitukset ovat nousseet aineiston sisältä (Nieminen 2006, 219). Analysoiminen on kuvattu avoimesti, ja aineiston analyysin eteneminen on laitettu liitteeksi (Liite 7), josta pystyy seuraamaan, miten eri kategoriat ovat muodostuneet ja miten tätä kautta on päästy tutkimustuloksiin. Myös suoria lainauksia on käytetty elävöittämään tekstiä, mutta myös lisäämään tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuus Kankkusen ja Vehviläinen - Julkusen (2009, 166) mukaan kohdentuu muun muassa tutkimuksen tarkoitukseen, otoksen va-

lintaan, analyysiin, tulkintaan ja eettisiin näkökulmiin. Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa taas Cuban ja Lincolnin (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009,160) mukaan kriteereinä voidaan pitää tutkimuksen uskottavuutta. Se edellyttää tulosten kuvaamista niin, että lukija pystyy selkeästi ymmärtämään miten analysointi on tehty.

Tutkimuksen eettisyys lähtee jo aiheenvalinnasta. On pohdittava mikä on aiheen yhteiskunnallinen merkitys ja mikä vaikutus sillä on tutkittaviin. Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen oikeutuksen lähtökohtana on myös itse tutkimuksen hyödyllisyys. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 176 - 177.) Leino- Kilven (1990) mukaan tutkimuksessa on pyritty luomaan myös käsitteitä, joita voidaan hyödyntää käytännössä (Nieminen 2006, 219 - 220).

Tutkimukseen osallistumisen ehdoton vapaaehtoisuus tarkoittaa sitä, että jokainen tutkittava on tavalla tai toisella motivoitunut tutkimukseen. Kotihoidon henkilöstölle kerrottiin edeltävästi tutkimuksen tavoitteista, tarkoituksesta, luottamuksellisuudesta ja tietojen käyttötarkoituksesta. Heille kerrottiin myös haastattelujen tapahtuvan työaikana. Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista, ja tutkittaville oli kerrottu, että heillä on oikeus perua osallistumisensa ihan missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Haastateltavat saivat kirjallista informaatiota tutkimuksesta sekä tutkimuksen tekijän yhteystiedot. (Kuula 2006, 102, 104 - 107, 155; Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 178.)

Tutkimusta tehdessä on myös huomioitu, ettei tutkimus vahingoita mitenkään haastateltavia. Haastatteluun osallistujien anonymisyys on säilytetty läpi koko tutkimuksen ajan. Taustatiedoissa kysyttiin vain tutkimuksen kannalta oleellisia tietoja ja vastaukset ilmoitettiin niin, ettei niistä pystytä tunnistamaan tutkimukseen osallistujia. (Kuula 2006, 218.) Koska aineisto oli pieni, osallistujien anonymiteettiä turvattiin myös kuvaamalla taustatiedot keskiarvoina (Kankkunen & Vehviläinen–Julkunen 2009, 179). Tämän vuoksi taustatiedoissa henkilökunnan ammatti on ilmoitettu vain ammattinimikkeenä, ei lukumääränä, kuinka monta henkilöä mistäkin ammattiryhmästä osallistui haastatteluun. Myös vastaajien ikä on ilmoitettu keskiarvona.

6.3. Jatkotutkimushaasteet

Saatujen tutkimustulosten mukaan kotihoidon henkilöstö koki tarvitsevansa lisää koulutusta nimenomaan ikääntyneiden päihdeasiakkaiden kohtaamiseen ja hoitoon ohjaamiseen. Kotihoitoon pitäisikin suunnata jatkokoulutusta niistä asioista, joista he itse kokivat tarvitsevansa tietoa ja taitoa. Myös hoitoon ohjaamista tukisi yhtenäinen käytäntö ja selkeä hoitoon ohjaamisen prosessikuvaus. Asiantuntijasairaanhoidajan panos tuen antajana olisi hyvä asia tukemaan toimintamallin pysymistä yhtenäisenä käytäntönä.

Opinnäytetyöstä saatujen tulosten mukaan kotihoidon henkilökunnan esille tuomat kokemukset, tukevat ja estävät tekijät alkoholi mini-intervention toteuttamisessa voisivat toimia lähtökohtana, kun suunnitellaan uusia koulutuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta. Koulutuksen tulisi olla myös osallistuvaa, vuorovaikutteista ja kohdistua nimenomaan hoitotyöntekijöiden tietoihin, taitoihin ja käyttäytymisen muutokseen sekä omien voimavarojen tunnistamiseen (Häggman – Laitila 2009, 254).

Prosessikuvaus ikääntyneiden päihdehoitopolun suunnittelusta voisi edetä tutkitun tiedon kautta suositusten tai hoito-ohjelmien laadintaan ja niiden käyttöön ottoon. Suositusten tulisi noudattaa asiakkaiden hoitopolkuja ja niihin sisällytettäisiin interventioita ja tarkat kirjalliset ohjeet henkilökunnan käyttöön. Uusien toimintamallien käyttöön ottoa tukisi, jos suositukset olisivat tarkkoja, aihealueeseen kohdistuvia, selkeitä sekä ymmärrettäviä. (Häggman - Laitila 2009, 250 - 252, 254.)

Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistäviä tekijöitä on myös henkilöstön osallistaminen kehittämistyöhön. Tärkeätä olisi yhteisen ymmärryksen luominen prosessista, työyhteisön valmius muutokseen, avoin ja myönteinen ilmapiiri sekä moniammatillinen yhteistyö tiimien ja kollegoiden kesken. Johdon tuella on myös positiivista merkitystä tutkitun tiedon hyödyntämisessä. (Häggman - Laitila 2009, 253 - 254.)

Tutkimuksien perusteella näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä ovat hyötäneet hoitotyöntekijät, potilaat/asiakkaat sekä organisaatio. Sen toiminnalla on nähty olevan vaikutusta hoitotyöntekijöihin, potilashoitoon ja itse organisaatioihin. Hoitotyöntekijöiden asenteet, ammattitaito, ammattietiikka, aktiivisuus ja kehittämiskohteiden tunnistaminen ovat lisääntyneet implementoinnin jälkeen. Implementoinnilla tarkoitetaan menetelmän suunnittelua, käyttöönottoa ja seuranta. Sen katsotaan myös edistävän potilaiden hoidon tarpeen arviointia ja tehostavan hoitoa sekä sen laatua. (Häggman - Laitila 2009, 243 - 258.) Valtakunnallisissa mini-interventiohankkeissa on jo luotu valmiita työvälineitä, verkostoja ja toimintatapoja, joita hyödyntäen mini-interventiota voitaisiin laajasti toteuttaa. Valtionneuvoston hyväksymän KASTE – kehittämissuunnitelman mukaan alkoholi mini-interventio toiminta ja muut tehokkaat terveysriskeihin puuttuvat toimintamuodot ovat keskeisimpiä ohjelman toimenpiteitä, joilla pyritään ennalta ehkäisemään ongelmia nostamalla varhainen puuttuminen osaksi koko kunnan päätöksentekoa. (STM 2008:10,10.)

Jatkotutkimusaiheina kotihoitoon voisi tehdä kirjallisen hoitotyön prosessikuvausten ikääntyneen päihdeasiakkaan hoitopolusta sekä järjestää ajankohtaista ja tutkimuksesta ilmitulleiden tietojen ja taitojen puutteisiin kohdentuvaa koulutusta. Nämä tukisivat jo olemassa olevan toimintamallin käyttämistä ja juurruttamista käytäntöön pysyväksi malliksi. Tämä kaikki vaatii suurta panostusta ja tukea esimiehiltä sekä henkilökunnan sitouttamista jo olemassa olevaan käytäntöön. Kotihoidon henkilöstön kokeman tuen puutteeseen voitaisiin panostaa nimeämällä heille yhteys/tukihenkilö, joka pystyisi antamaan tukea ja ohjausta kotihoidon henkilöstön tarvitsemassa tilanteessa. Myös yhteistyön kehittäminen muiden organisaatioiden kanssa tukisi kotihoidon henkilöstön voimavaroja selviytyä ikääntyneiden päihdeasiakkaiden hoitamisesta kotona. Organisaation tulisi tunnustaa alkoholi mini-interventio pysyväksi toimintatavaksi nimeämällä se toimintasuunnitelmiin ja laittamalla yhdeksi mittariksi muiden mittareiden rinnalle. Imatran kaupungin vanhuspoliittisen ohjelman 2009 - 2015 mukaan on arvioitu, että vuonna 2015 Imatralla on 3400 yli 75-vuotista ja heistä noin 34 - 68 tarvitsisi laitoshoidon palveluja päihdeiden käytöstä johtuviin ongelmiin ja samaverran ikääntyneitä, jotka tarvitsisivat myös avohoidon tukitoimia kotona selviy-

tyäkseen. (Imatran kaupunki c.)

KUVIOT

Kuvio 1 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen, s. 22

TAULUKOT

Taulukko 1 Kotihoidon henkilöstön kokemuksia alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa, s. 27

Taulukko 2 Alkoholi mini-interventiota tukevat tekijät, s. 30

Taulukko 3 Alkoholi mini-interventiota estävät tekijät, s. 35

LÄHTEET

Aalto, M. & Holopainen, A. 2008. Ikääntyneiden alkoholin suurkulutuksen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 124, 1492 - 1498.

Aira, M. 2008. Iäkkäät ja alkoholi. Teoksessa. Hartikainen, S. & Lönnroos, E. (toim.) *Geriatría. Arvioinnista kuntoutukseen*. Helsinki: Edita Prima, 267 - 275.

Aira, M. 2007. Onko iäkkäissäkin lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttäjiä? *Vanhustyö* 2, 9-10.

Behm, M-M. 2005. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa. Pro-gradu-tutkielma. Kuopion Yliopisto.

Carey, M.A. 1994. The Group effect in focus groups: planning, Implementing, and interpreting focus group research. Toksessa Morse, J.M. (toim.) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Thousand Oaks Lontoo: Sage Publications, 225 – 243.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Halonen, M. & Paasivaara, L. 2008. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. *Hoitotiede* 2008, 20(5), 267 - 277.

Havio, M. & Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. PAINOS 5. Helsinki: Tammi.

Heinola, R. 2007. (toim.) Asiakaslähtöinen kotihoito. Opas ikääntyneiden kotihoidon laatuun. *Stakes*. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy, 9 – 12.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hokka-Kräkin, M & Mikkonen, T. 2007. Ikäihmisten alkoholiongelma - haaste vanhuspalvelulle? Heinäveden päihdepolkumalli. Mikkelin ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Häggman - Laitila, A. 2009. Näyttöön perustuva hoitotyö: systemaattinen katsaus implementointiin. *Hoitotiede* 2009, 21 (4), 243 - 258.

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

Imatran kaupunki a, Vanhuspoliittinen ohjelma 2009 -2015.

Imatran kaupunki b, Vanhusten kotihoidon tukipalveluiden kriteerit. www.imatra.fi (Luettu 5.6.2009)

Imatran kaupunki c, Vanhuspalveluiden toimintakertomus 2998. www.imatra.fi
(Luettu 5.6.2009)

Juhela, P. 2007. Ikääntyminen ja alkoholi-puuttumattomuuden ongelma. Kansanterveyslehti 3/2007.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2007/nro_3_2007/ikaantyminen_ja_alkoholi__puuttumattomuuden_ongelma/
(Luettu 10.5.2009)

Kankkunen, P. & Vehviläinen- Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kangastalo, H. & Railio, T. 2007. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia iäkkäiden päihteidenkäyttäjien kohtaamisesta - kyselytutkimus Helsingin seurakuntien diakoniatyöntekijöille. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Karlsson, T. (toim.) 2009. Suomen alkoholiolot 2000 - luvun alussa, kulutus, haitat ja politiikka. Raportti 2009:15. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kautonen, Tiina. Imatran kaupunki. 05.06.2009. Sähköposti

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Juva: WS Bookwell Oy, 70- 85.

KTL 1/2006. Sulander, T. & Helakorpi, S. & Nissinen, A. & Uutela, A. Eläkeikäisten väestön terveystiläytyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993 – 2005. Kansanterveyslaitos. Helsinki: Edita Prima Oy, 9.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Käypä hoito. Alkoholi-ongelmaisen hoito. www.kaypahoito.fi (Luettu 27.6.2009)

Laapio, M-L. 2007. Kotihoidon ja alkoholia käyttävien ikääntyvien asiakkaiden kohtaamisia. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 47 -58.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Werner Söderström Oy, 21–43.

Lappalainen - Lehto. R. & Romu. M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi: www.tippavaara.info (Luettu 20.3.2009)

Morgan, D.L. 1998. Planning Focus Groups. Focus Group Kit 2. Thousand

Oaks Lontoo: sage Publications.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan abc. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nieminen, H. 2006. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen - Julkunen, K. (toim.). Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy, 215 – 221.

Pienimäki, A. 2004. Miten saada päihdetyö tavaksi terveydenhuollossa. Teoksessa Rimpelä, M. & Ollila, E. (toim.). Näkökulmia 2000-luvun terveysoliittikaan. Stakesin asiantuntijoiden puheenvuoroja. Helsinki: Stakesin monistamo, 38 – 46.

Saari, P. 2007. Kaatumiset ja kaatumistapaturmat. Teoksessa Lyyra, T-M & Pikkarainen, A. & Tiikkainen, P. (toim.) Vanheneminen ja terveys. Helsinki: Edita, 202 – 214.

Sipiä, T. & Kankkunen, P. & Suominen, T. & Holma, T. 2007. Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE- itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. Hoitotiede 2007,19 (6), 303 – 313.

Seppä, K. 2003. Mini-Interventio. Teoksessa Salaspuro, M. & Kianmaa, K. & Seppä, K. (toim.) Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 64–68.

STM 2006a. Alkoholiolet EU- Suomessa, kulutus, haitat ja politiikan kehitys 1990 -2005. Selvityksiä 2006:19
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/stone/2008/04/pr1209384551716/passthru.pdf> (luettu 7.2.2009)

STM 2006b. Otetaan selvää! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Esitteistä 2006:6.
http://ecredo.fi/liikaa/data/liitteet/otetaan_selvaa-1.pdf (Luettu 8.2.2009.)

STM 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. seppä, K-L. (toim.) selvityksiä 2008:10
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/stone/2008/04/pr1209384551716/passthru.pdf> (Luettu 7.2.2009)

Suhonen, H. 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48. http://www.a-klinikka.fi/julkaisut/verkkojulkaisut/pysahtybyyt_keinu.pdf (luettu 3.8.2009)

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Vanhala, M.2003. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Ikääntyneiden kokemuksia alkoholinkäytöstä. Opinnäytetutkielma.

Viljanen, M. 2008. Ikääntyneiden päihdeongelmat. Teoksessa Havio, M. & Inkinen, M. & Partanen, A. (toim.) Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 194 – 199.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan Kirjapaja.

OTETAAN SELVÄÄ! Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet - kysely

Nimi:

Päivä: Haastattelija:

1. Kuinka usein juot olutta, siideriä, viiniä tai väkeviä?

- Kerran kuussa tai harvemmin
- 2 - 4 kertaa kuussa
- 2 - 3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta olet yleensä ottanut niinä päivinä, jolloin olet käyttänyt alkoholia?

- Vähemmän kuin yhden annoksen
- 1 annoksen
- 2 annosta
- 3 annosta tai enemmän

3. Kuinka usein juot kerralla kolme annosta tai enemmän?

- En koskaan
- kerran kuussa tai harvemmin
- Kerran viikossa
- Useita kertoja viikossa

4. Oletko kaatunut tai muuten loukannut itseäsi otettuasi alkoholia?

- En koskaan
- Joskus

5. Jos olet käyttänyt alkoholia lääkkeeksi, millaisia vaivoja olet pyrkinyt sillä lieventämään?

6. Tiedätkö, onko käyttämilläsi lääkkeillä haitallisia yhteisvaikutuksia alkoholin kanssa?

7. Onko sinulle käynyt niin, että unohdit ottaa lääkkeet alkoholin käytön takia?

- Ei koskaan
- Joskus
- Usein

8. Onko alkoholin käyttösi tai sen mahdolliset haittavaikutukset tulleet puheeksi jonkun kanssa?

9. Oletko harkinnut alkoholin käytön vähentämistä?

Aikaisemmat tutkimukset ja hankkeet

LIITE 2
1 (5)

Tekijä, tiedekunta	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
Tuononen, S. 2009 Saimaan Ammatti- korkeakou- lu, Sosiaali- ja terve- ysala, hoitotyön kou- lutusohjelma Opinnäytetyö Ikääntyvien yksin asuvien naisten kä- sityksiä alkoholin- käytöstä	Saada tietoa ikäänty- neen naisen käsityk- sistä alkoholin käy- töstä ja heidän omia toivomuksiaan ennal- taehkäisyyn.	Puolistrukturoitu tee- mahaastattelu, neljäl- le yli 65-vuotiaalle yksin asuvalle naisel- le	Naisten alkoholin käyttö on lisääntynyt ja suurimman syyn nähtiin olevan yksi- näisyydessä. Lääkä- rin ja kotipalvelun henkilökunnan toivot- tiin ottavan alkoholin käyttö puheeksi.
Apo, H. 2007 Etelä-Karjalan am- mattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveys- ala, hoitotyön koulu- tusohjelma. Opin- näytetyö. Varhais- vaiheen puuttumi- sen toimintamalli psykiatriselle osas- tolle alkoholin suur- kuluttajien tunnistamiseksi.	Kehittää toimintamalli Etelä-Karjalan kes- kussairaalan psykiat- riselle osastolle alko- holin suurkuluttajien tunnistamiseksi.	Jokaiselta neljältä psykiatriselta osastol- ta hoitaja osallistui toimintamallin suun- nitteluun. Ryhmä ko- koontui neljä kertaa.	Toimintamalli psykiat- riselle osastolle
Hokka-Kräkin, M. & Mikkonen, T. 2007. Ikäihmisten alkoholi- ongelma- haaste vanhuspalvelulle ? Heinäveden päihde- polkumalli. Mikkelin ammattikorkeakou- lu, Sosiaalialan kou- lutusohjelma. Opin- näytetyö.	Tavoitteena oli kar- toittaa vanhuspalve- luissa työskentelevän henkilökunnan käsi- tyksiä iäkkäitten ih- misten alkoholin käy- töstä ja henkilökun- nan koulutustarpeista sekä laatia kuntaan yhtenäinen päihde- työkäytäntö vanhus- palveluihin ns. päih- depolkumalli.	Kyselytutkimus suori- tettiin kotisairaanhoi- don, kotipalvelun ja sairaalan vuodeosas- ton, henkilöstön joka työskentelee ikäih- misten kanssa. Lo- makkeita jaettiin 61 kpl ja niitä palautettiin 32 kappaletta. Kysy- myksiä oli 13.	Henkilöstö koki tar- vitsevansa tukea ikäntyneen päih- deasiakkaan koh- taamiseen. Henkilös- tölle oli epäselvää miten tilanteessa toimitaan, miten asia otetaan puheeksi iäkkään asiakkaan tai hänen omaistensa kanssa. Koulutustar- vetta ilmeni myös perusasioista katkai- suhoitopotilaiden ongelmiin. Työnteki- jille toivottiin yhte- näistä ja selkeää toimintamallia heidän kohdatessaan työs- sään ikäihminen, jolla on päihdeon- gelma.

Tekijä, tiedekunta	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Kangastalo, H. & Railo, T. 2007. Diakoniatyöntekijöiden kokemuksia iäkkäiden päihteenkäyttäjien kohtaamisesta - kyselytutkimus Helsingin seurakuntien diakoniatyöntekijöille. Diakonia- ammatti- korkeakoulu. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäytetyö.</p>	<p>Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa diakoniatyöntekijöiden kokemuksista liittyen iäkkäiden päihteenkäyttäjien kohtaamiseen.</p>	<p>Postikysely Helsingin seurakunnan diakoniatyöntekijöille, 24 seurakunnasta 17 osallistui tutkimukseen. Vastausprosentti oli 60.6. Tutkimukseen osallistui 37 diakoniatyöntekijää.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin valmista kyselylomaketta Sininauhaliittoa, mitä muokattiin diakoniatyöntekijöille sopivaksi. Aineisto analysoitiin SPSS - tilastointiohjelmalla.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneista diakoniatyöntekijöistä 90 % kertoi kohtaavansa työssään iäkkäiden ihmisten päihteenkäyttöä. Tutkimuksen päätuloksena voidaan todeta, että diakoniatyöntekijöillä on negatiivisia kokemuksia iäkkäiden päihteenkäyttäjien kohtaamisesta. Negatiiviset tunteukset eivät kohdistuneet asiakkaaseen, vaan tilanteeseen. Oman roolinsa he näkevät motivoimisessa ja muun keskustelun avun tarjoamisessa.</p>
<p>Behm, M-M. 2005. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteen tiedekunta, Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. Varhaisvaiheen päihdehoitotyö perusterveydenhuollossa.</p>	<p>Kuvata perusterveydenhuollon sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien tekemää varhaisvaiheen päihdehoitotyötä alkoholin suurkulutuksen näkökulmasta. Kuvata hoitajien käsitystä omasta merkityksestään varhaisvaiheen päihdehoitotyössä osana perustehtäväänsä.</p>	<p>Kaikki tutkimuskaupungin terveyskeskuksen avovastaanoton, työterveyshuollon, neuvoloiden sekä koulu- ja opiskelija terveydenhuollon sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat.</p> <p>Esseeet ja teemahaastattelut.</p>	<p>Hoitajat tunnistivat suurkuluttajan sanallisen vuorovaikutuksen ja havainnoinnin, arvioinnin ja yhteistyön avulla. Hoitajat ottivat alkoholin suurkulutuksen puheeksi, lisäsivät asiakkaiden tietoisuutta, arvioivat kokonaistilannetta, suunnittelivat muutosta, sekä järjestivät jatkohoitoa. Hoitajat kokivat oman merkityksensä vaikeaksi. Varhaisvaiheen päihdehoitotyön toteuttamista edistävät tekijät liittyivät asiakkaaseen, hoitotoimintaan ja ympäristöön. Estävät tekijät liittyivät asiakkaaseen, perheeseen, kohtaamistilan. Teeseen, palvelujärjestelmään ja yhteiskuntaan.</p>

Tekijä, tiedekunta	Tutkimuksen tavoite	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Vanhala, M. 2003. Kuopion Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma. Ikääntyneiden kokemuksia alkoholin käytöstä.</p>	<p>Kuvata ikääntyneiden alkoholinkäyttöä suhteessa omaan ja muiden ikääntyneiden alkoholinkäyttöön. sekä selvittää lähiympäristön ja terveydenhuollon suhtautumista tämän ryhmän alkoholinkäyttöön.</p>	<p>Aineisto muodostui 11:sta Hyvän Hoidon Strategia- tutkimukseen osallistuvista tiedonantajista. Aineisto hankittiin teemahaastattelulla ja analysoitiin sisällön analyysiä käyttäen.</p>	<p>Kaikki alkoholia käyttävät ikääntyneet kokivat alkoholinkäyttönsä kohtuulliseksi. Alkoholin käyttöön suhtauduttiin yleensä myönteisesti. Alkoholia käytettiin seurustellessa, juhlassa, ei yleensä yksin. Alkoholilla koettiin olevan etupäässä myönteisiä vaikutuksia ja sitä käytettiin lääkkeensä. Terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät säännöllisesti kysyneet ikääntyneiltä heidän alkoholinkäyttönsä. Kysymykset kuitenkin koettiin myönteisinä.</p>
<p>Halonen, M. & Paasivaara, L. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluista. Hoitotiede 2008, 20 (5), 267 – 277</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata millaisena asiakkaat kokevat päihdepalvelut</p>	<p>Tutkimusaineisto koostui kuudesta haastattelusta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p>	<p>Tulosten mukaan päihdepalveluihin ohjautuminen tapahtuu joko itse hakeutumalla palveluun fyysisen tai psyykkisen huonovointisuuden vuoksi, viranomaisten tai tuttavien ohjaamana. Asiakkaiden kokemuksia päihdepalveluiden hyödyistä olivat muutokset omissa päihteidenkäyttötavoissa sekä psyykkiset että sosiaaliset muutokset. Päihdepalveluiden kehittämishaasteista tärkeimpiä olivat varhainen puuttuminen, informaation antaminen, päihdepalvelutarjonnan ja palveluiden jatkuvuuden kehittäminen.</p>

Hanke	Tavoitteet	Keinot	Tulokset
<p>Liika on aina liikaa – hanke Sininauhaliitto. 2005 - 2008</p>	<p>Tuoda keskusteluun ikääntyvien päihdeongelmat. Hanke tuottaa tietoa tutkimuksista ja asiakastyön kokemuksista, sekä soveltaa käytäntöön niistä nousevia toimintamalleja.</p>	<p>Hanketta koordinoi Sininauhaliitto mihin kuuluu kolme osahanketta. Monitoimihanke, joka tekee tiivistä yhteistyötä lähikuntien kanssa. Kunnat eivät panosta rahallisesti, mutta ohjaavat asiakkaista hankkeen piiriin, tiedottavat hankkeesta ja osoittavat koulutustiloja.</p>	<p>Tyynelän Seniorihanke; kotikäyntityötä 2005 Helsingin Diakoniasalaitos ja Sininauhaliitto; kotiin vietävää päihdetyötä. 2006 Ikäinstituutti; kehittää ja toteuttaa kolmessa pääkaupunkiseudun palvelutalossa henkilökunnalle koulutusmallia, missä opastetaan tunnistamaan ja kohtaamaan päihdeongelmainen</p>
<p>Liika on aina liikaa – hanke Sininauhaliitto. 2009 - 2011</p>	<p>Jatkohankkeessa keskitytään kouluttamaan, tukemaan ja konsultoimaan työntekijöitä. Tavoitteena on projektin vuosina 2005 – 2008 asiakastyössä syntyneiden työmuotojen siirtäminen ja juurruttaminen järjestöjen ja kuntien perustukseksi. Tuotetun materiaalin jatkotyöstäminen ja julkaiseminen. Vaikuttamistyö.</p>	<p>Hanke tapahtuu kahdella tasolla; paikallis- ja osahankkeilla ja hankepaikkakunnilla, sekä valtakunnallisella tasolla.</p>	<p>Julkaistua materiaalia Koivula, Riitta. Ikääntyneiden alkoholin käyttö palvelutalossa. Raportteja 2/2008. Helsinki: Ikäinstituutti. Levo, Tarja (toim.) 2008. Ikääntyvien ääntä kuunnellen taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Levo, Tarja. 2008. Ikääntyvän hyvinvointi ja alkoholi. Haarni, Ilkka ja Hautamäki, Lotta. Ikääntyvät juomatavat – elämäkokemus ja muuttuva suhde alkoholiin. Alanko, Anna ja Haarni, Ilkka (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi.</p>

Hanke	Tavoitteet	Keinot	Tulokset
<p>VAMP – valtakunnallinen perusterveydenhuollon mini-interventiohanke 2004- 2008</p>	<p>Hankkeen tavoitteena on vähentää väestön alkoholin kulutusta, terveyshaittoja ja näihin liittyvää terveyspalvelujen käyttöä. Tavoitteena on, että mini-interventiosta tulisi osa terveydenhuollon rutiini käytäntöä minkä henkilöstöt, sekä palvelujen käyttäjät hyväksyisivät.</p>	<p>Hankkeessa on mukana terveyslautakunnan päätöksellä 16 kaupunkia/kuntaa. Hankkeessa toimivat lääkäri-hoitaja parit jotka kouluttavat henkilökuntaa ja tukevat terveyskeskuksissa tapahtuvaa mini-interventiotyötä. Sitouttamalla terveydenhuollon johtoa ja luomalla verkostoja, kohdentamalla tiedotusta väestölle, julkaisemalla artikkeleita ammattilehdissä, sekä tuottamalla kirjallista materiaalia.</p>	<p>Hankkeen aikana asenteet ovat muuttuneet myönteisemmiksi ja toiminnalla on johdon vankkumaton tuki. Terveyspalveluiden henkilöstö on alustavien tulosten mukaan lisännyt merkittävästi mini-intervention tekemistä. Hankkeesta on saatu työvälineet, verkostot ja toimintatavat mini-intervention toiminnan kattavaksi juurruttamiseksi koko Suomen terveydenhuoltoon.</p>

ID _____

Haastattelu _____

Rastita sopivin vastausvaihtoehto tai kirjoita vastauksesi sille varattuun tilaan.

1. Ikä _____ v.

2. Ammatti: _____

3. Olen ollut Imatran kotihoidossa työssä:

0 – 5 v _____

6 – 10 v _____

yli 10 v. _____

4. Olen käynyt Imatran kaupungin järjestämän alkoholi mini-interventio koulutuksen ?

kyllä _____

en _____

5. Minulla on aikaisempi koulutus päihdetyöstä

kyllä _____

ei _____

6. Mikä koulutus ? _____

Valtakunnallisesti on huomattu ikääntyvien ihmisten alkoholin käytön lisääntyneen ja tämä on luonut tarpeen toimintamallin kehittämiseen. Sosiaali- ja terveysministeriö tuotti ”otetaan selvää – ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet” ikäihmisille suunnatun alkoholin käytön arvioinnin ja mini-interventio mallin.

Toimintamallin käytäntöön viemiseksi henkilöstö koulutettiin syksyllä 2008 pienryhmissä. Koulutuksen tavoitteena oli käydä toimintamalli keskustellen läpi. Keskeisenä osana koulutusta oli henkilöstön omien alkoholin käyttöön liittyvien asenteiden merkityksen tunnistaminen.

Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa Imatran kaupungin kotihoidon pilottiryhmältä alkoholin käytön puheeksi ottamisesta ja mini-intervention toteuttamisesta, sekä mini-interventiota tukevista ja estävistä asioista vuosi käyttöön oton jälkeen.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

- 1 Minkälaisia kokemuksia kotihoidon henkilöstöllä on alkoholi mini-intervention toteuttamisesta kotihoidossa?
- 2 Mitkä asiat ovat tukeneet mini-intervention käyttöä?
- 3 Mitkä asiat ovat estäneet mini-intervention käyttöä?

PUHEEKSI OTTAMINEN

- Missä vaiheessa hoitosuhdetta olette ottaneet alkoholin käytön puheeksi?
- Miten olette ottaneet alkoholin käytön puheeksi kotihoidon asiakkaiden kanssa?
- Minkälainen on ollut hyvä hetki ottaa alkoholin käyttö puheeksi?

- Mikä siitä on tehnyt hyvän?
- Miten asiakkaat ovat suhtautuneet puheeksi ottoon?
- Miten alkoholin käytön puheeksi ottaminen on vaikuttanut teidän ja asiakkaanne hoitosuhteeseen?
- Millainen on ollut hyvä kokemus alkoholin puheeksi ottamisessa?
- Mikä siitä teki erityisen hyvän?
- Millainen on ollut huono kokemus alkoholin puheeksi ottamisessa?
- Mikä siitä teki erityisen huonon?
- Mitä olisi voinut tehdä toisin?

NEUVONTA JA OHJAUS

- Millaista neuvontaa olette antaneet?
- Mitä materiaaleja olette käyttäneet?
- Miten neuvonta on vaikuttanut asiakkaan alkoholin käyttöön?
- Miten olette kokeneet asiakkaan motivoimisen alkoholin käytön vähentämiseksi?
- Miten olette kokeneet asiakkaan sitouttamisen hoitoon/ hoitoon ohjaamisen?

TUKEVAT

- Mitkä asiat ovat tukeneet alkoholin käytöstä puhumista?
- Miten ne ovat tukeneet?

ESTÄVÄT

- Mitkä asiat ovat estäneet alkoholin käytön puheeksi ottamisen?
- Miten ne ovat estäneet?
- Onko vielä jotain mitä haluaisitte kertoa edellä käydyistä asioista?

Saatekirje

LIITE 5
1 (1)

Hyvä Vastaanottaja!

Olen Saimaan Ammattikorkeakoulusta, opiskelen ylempää ammattikorkeakoulu tutkintoa terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Opintoihini liittyvänä teen opinnäytetyötä Imatran kaupungin kotihoidon henkilöstön kokemuksista alkoholi mini-intervention toteuttamisesta. Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa miten kotihoidon henkilöstö on kokenut alkoholi mini-intervention toteuttamisen ja mitkä asiat ovat estäneet tai tukeneet mini-intervention käyttöä vuosi käyttöön oton jälkeen.

Tutkimushaastattelut suoritan syys – lokakuussa 2009. Haastattelut tapahtuu ryhmähaastatteluina 3 hengen ryhmissä ja ryhmiä on alustavasti suunniteltu kolme. Haastattelut ovat luottamuksellisia ja keskustelunomaisia, missä Te voitte tuoda esille omat kokemuksenne asiasta. Ryhmähaastattelut kestää 1 – 1½ tuntia ja ne nauhoitetaan suostumuksellanne.

Voitte myös perua osallistumisen tutkimukseen missä vaiheessa tahansa. Henkilöllisyytenne ei tule ilmi tutkimuksessa. Tutkimuksen loputtua hävitän haastatteluaineiston.

Toivoisin teidän osallistuvan haastatteluun, koska Teillä on asiasta erityistietämystä.

Ystävällisin terveisin:

Minna Piirainen
040-XXXXXXX

Tietoisena opiskelija Minna Piiraisen toteuttamasta opinnäytetyön tarkoitukselta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimukseen ja ryhmähaastatteluun.

Minulle on selvitetty osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta. Minua koskeva aineisto tällöin poistetaan, eikä käytetä tutkimuksessa. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin, ettei minua voi niistä tunnistaa.

Minulle on myös selvitetty, että haastattelun jälkeen nauhat ja kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu ulkopuolisten käsiin. Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa yhteyttä Minna Piiraiseen tutkimukseen liittyvissä asioissa.

_____ | ____ / ____ 2009

Paikkakunta

Tutkimukseen osallistuja

Nimen selvennys

Minna Piirainen

Pelkistetty ilmaisu

Jutteleminen vähäistä
 Ei niin herkästi ole totuttu puhumaan
 Ei tule helposti otettua puheeksi
 Ei ole totuttu puhumaan
 Karsittiin keneltä kysyttiin

Nähty piilossa pullo
 Kysyttiin keneltä tiedettiin olevan ongelmaa
 Jos se on ongelma
 Alkaa tissuttelemaan liikaa
 Pyytää alkoholia
 Asiakas itse ottaa puheeksi

Pitäisi olla sama asia kuin kaikki muutkin
 Ei alkoholin pitäisi olla erikoista
 Ei ongelma puhua
 Ei vaikeata puhua
 Helppo puhua
 Luonnollista puhua
 Ei ongelmaa keskustella
 Luonnollista nykyaikana
 Normaali asia
 Luonnollista jos oli kohtuukäyttäjä

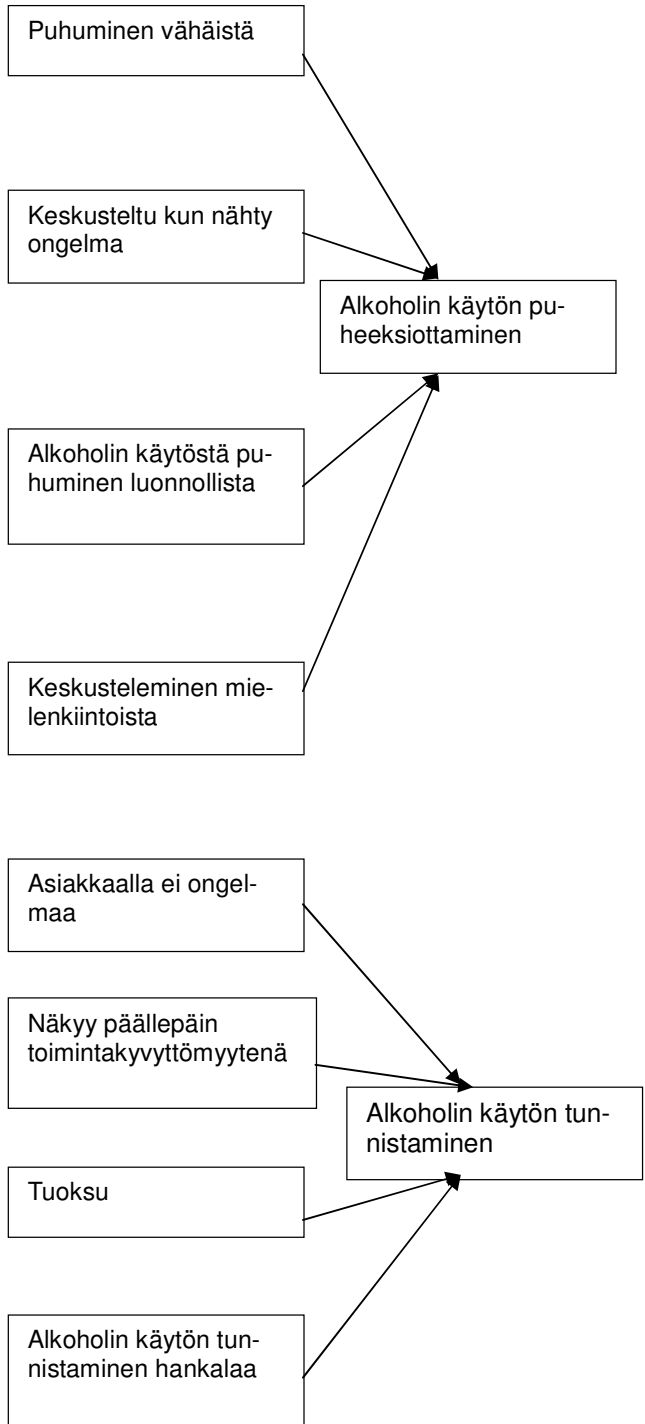
Mukavia keskusteluja
 Mielenkiintoista keskustella
 Mielenkiintoista
 Hyviä keskustelun aiheita

Kaikilla ei ole ongelmaa
 Ei huolta
 Ei meillä kukaan paljon ota

Sattuu vahinko
 Satuttaa itsensä
 Ei päässyt liikkumaan
 Toimintakyvyttömyys
 Sanoo et on huppelissa
 Puhe sammaltaa

Haisee
 Tuoksuu

Jotkut piilottaa
 Tuoksahtaa
 Hankala havaita
 Selviää milloin mitenkin
 Kukaan ei hoksannut et
 oli alkoholin kanssa ongelmaa
 Yllätyksenä tuli
 Osa peittää

Alaluokka**Yläluokka**

Pelkistetty ilmaisu

Rauhoitti tilannetta
Määrä väheni
Joihinkin saattoi tepsiä
Kyllä he meitä kuuntelee

Vaikea sanoa onko tästä
kyselystä ollut hyötyä
Pysty puhumaan muttei
se mihinkään johtanut
Ei ne kuuntele jotka haluaa juoda
Sama mitä sanot
Ei johda mihinkään

Alaluokka

Puheeksiotto rauhoitti
tilannetta

Puheeksiotolla ei vai-
kutusta

Yläluokka

Puheeksioton vai-
kutukset

Toiveita
Ehdotuksia et vois vähemmän juoda
Keskustellaan
Puhutaan
Annettu terveystietoa
Puuttuminen monella tapaa

Hoitoon sitouttamista
Mietittiin et miten vois auttaa
Seurantaa koko ajan muttei paperilla
Tukihan sitä

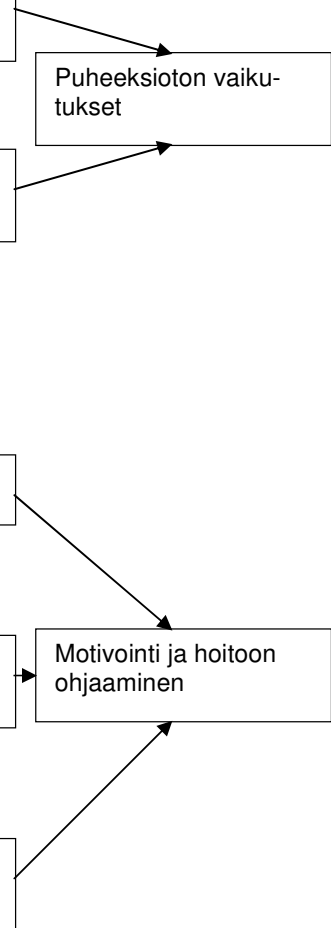
Hoitoon ohjaamista ei tehdä heti
Hirveen pitkään katsotaan
Pitkään puhutaan
Annetaan mahdollisuus tehdä parannus
Hirveen pitkä pinna
Pidetään asiakkaan puolta
Tuskan takana

Keskusteleminen

Tukeminen ja hoitoon
sitouttaminen

Hoitoon ohjaamista
odotetaan

Motivointi ja hoitoon
ohjaaminen



Pelkistetty ilmaisu

Sanomaan suoraan
Kysyin ihan suoraan
Toteamus et on ottanut liikaa

Haastella kaikkea muuta ensin
Johdatella
Ei uteliaasti
Pitää vain yrittää valita ne sanat
Ei sivumennen
Ei kiireellä
Pöydän ääressä
Töiden lomassa
Keskustelun yhteydessä
Asiakas söi siinä samalla

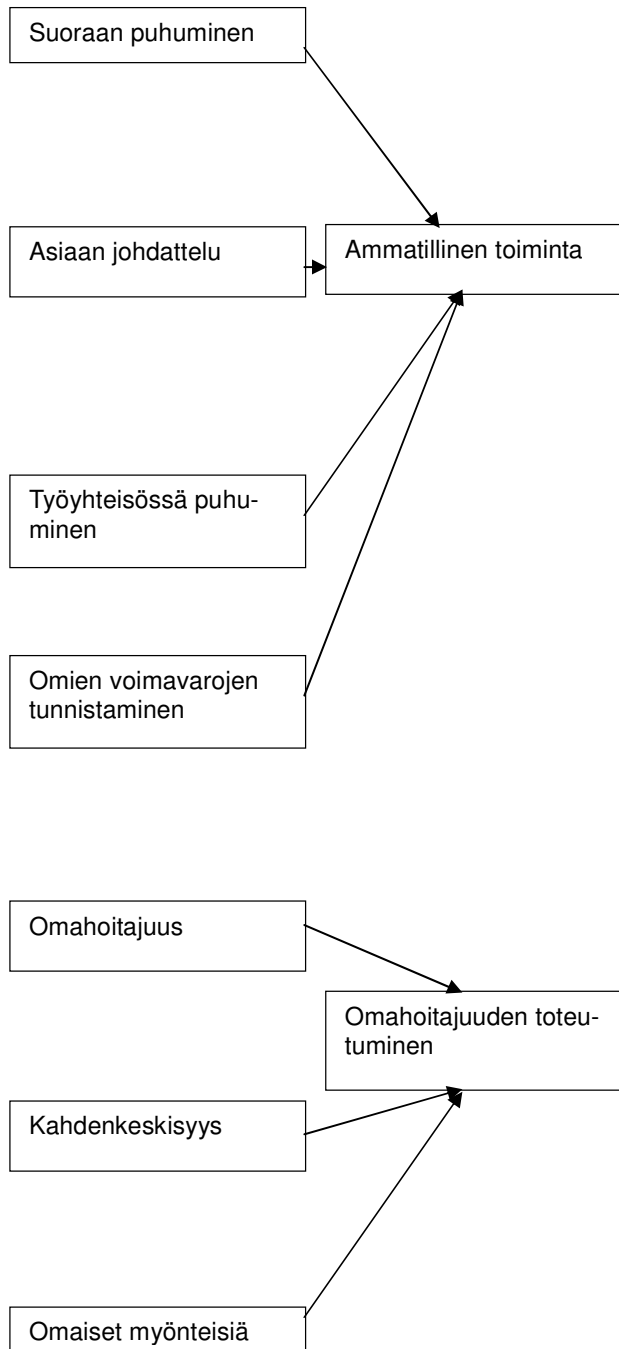
Kun ei jaksa niin sitten me vaihdetaan
Me voidaan yhdessä haastaa
Keskusteltiin sairaanhoitajan kanssa
Pystyttiin työstämään
Jutellaan työyhteisössä
Mietittiin porukalla
Sanotaan omia mielipiteitä

Pysty sanomaan etten minä
halua sinne vähään aikaan
Kun ei jaksa, niin sitten
menee joku toinen

Luottamus
Omahoitaja
Tehtiin omilta
Tuttuus
Rooli toinen kuin omaisilla
Omahoitajalle hänellä ei ollut
enää mitään peiteltävää

Kahdestaan asiakkaan kanssa
Parempi jotenkin kahdestaan
Kahdestaan työparin kanssa
Veli
Poika

Omaiset suhtautui myönteisesti kyselyyn
Omaiset yllättyneitä alkoholin käytöstä
Eivät ihmetelleet
Ei häirinnyt tilannetta mitenkään
Omaisten kanssa puhuttu suoraan
Omaisten kanssa pystyy kyllä puhumaan
Pakkohan meidän on keskustella
Omaiset tuo sitä alkoholia
Omaiset pyytää keskustelemaan

Alaluokka**Yläluokka**

Pelkistetty ilmaisu

Esite
Kaavake
Kyselylomake
Paperi
Kaavake

Kyselyn pohjalta
Otetaan puheeksi ilman muuta
Kun tuli tämä juttu
Itelle yritettiin niin kuin taustaa
Kaikille se kysely
Kaikki käydään
Tärkeätä et he tajusi et jokaiselle
Saanut tehtäväksi mikä pitää hoitaa
Kaikilta
Tein työtä käskettyä ja otin sen kyselyn

Aina jotain ylimääräistä
On ollut kaikkea
Tämä on mahdoton kaaos
Ei se ollutkaan niin negatiivinen
Aiheena ei kielteinen
Onko siinä jotain järkeä ?
Mikä tarkoitus tällä on ?
Hyväksyy asian
Tiedän nyt minkä verran asiakas
käyttää alkoholia
Eihän tuo keinona olisi mahdoton
käyttää
Vie vähän aikaa
Ihan hyvä jos otetaan käytännöksi
Ei olisi paha rasti kerran vuodessa tehdä
Toimintamallina hyvä, herätti keskustelua

Tunne et hän on niin tärkeä
Innostunut kun häneltä kysyttiin
Vastasi innokkaana
Mielellään vastasi

Myöntää käytön
Ei peittele sitä juomista
Tunnustaa käytön
Aika avoimesti kertoi
Käyttää reilusti silleen et myöntää
Meille ne kertoo, mutta omaisilta peittelee

Alaluokka

Kyselylomake

Yhteinen käytäntö

Toimintamallin hyväk-
syminen

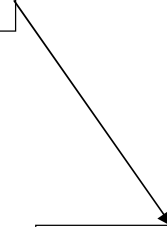
Yläluokka

Toimintamallin toteut-
taminen

Asiakkaasta johtuvat tu-
kevat tekijät

Asiakkaan innokkuus

Asiakkaan avoimuus



Pelkistetty ilmaisu

Jos sivusi jotenkin aihetta niin
helppoa siirtyä siihen
Ajankohtaisuus
Asiakas luenut lehdestä
Pullo näkyvissä

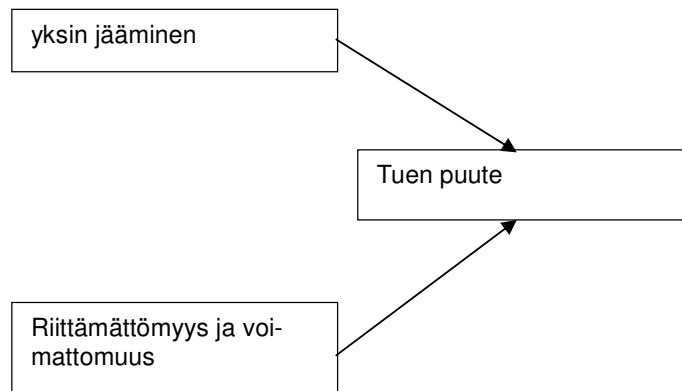
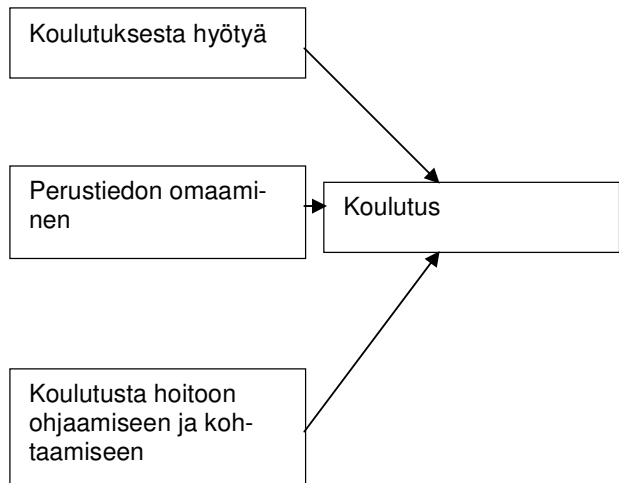
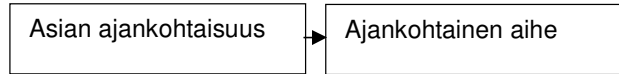
Minusta se oli hyvä
Sen oli käynyt läpi
Nyt ymmärsi sen taustan miksi
sitä tehdään
Koulutuksen takia tuntu
helpommalta kysyä
Tiesi mitä tämä on teoriassa

Jos ei lisäännä niin just ehkä pärjää
Perustietoa on
Tietää haitat ja seuraukset

Eihän se milloinkaan pahitteeksi ole
Saisihan sitä olla
Käytännön ohjeita
Kohtaamisohjeita ja koulutuksia
Hoitoon ohjaamista
Enemmän ammattitaitoa
Yleistä koulutusta

Jää yksin taistelemaan
Tunne ettei saa apua
Ei saa tukea
Jäädään yksin
Ei päihdepuolen seurantaa
Ei ketään kehen ottaa yhteyttä
Ei voida kieltäytyä

Minä olen niin väsynyt
Riittämättömyys
En osaa auttaa tätä ihmistä
Ei koulutusta
Ei ole keinoja
Omalla vastuulla
Ei ole erityiskoulutusta
En kerta kaikkiaan maha mitään
Haluaisi auttaa muttei pysty
Meillä on keinot vähissä
Yritin häneen luottaa
Ei ollut keinoja
Voimattomuus

Alaluokka**Yläluokka**

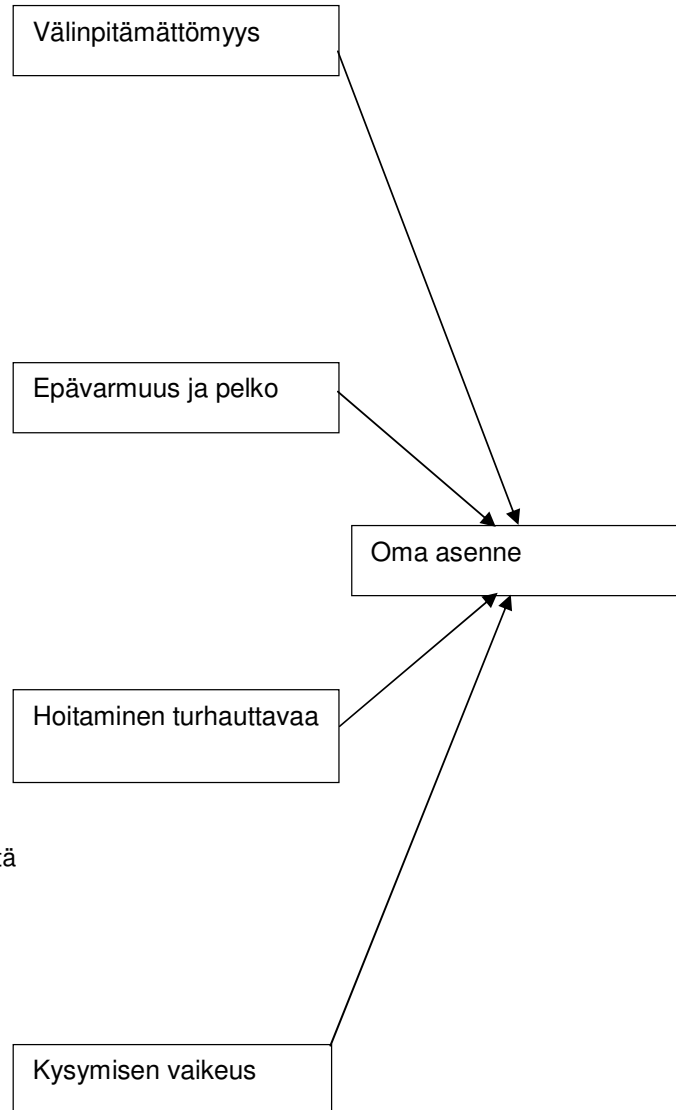
Pelkistetty ilmaisu**Alaluokka****Yläluokka**

Toivottomia tapauksia
 Mitäpä se meille kuuluu
 He saa tehdä siellä mitä vain
 Antaa olla !
 En viitti kysyä
 Ei minun tarvitse enempää tietää
 Vähätellen kysyttiin
 Turhaa meidän asiakkaille
 Mitä tämä minulle kuuluu
 Olisiko siihen puututtu jos
 ei olisi tullut näitä lieveilmiöitä

Tekee jonkinlaisen peikoin
 Uskaltaako sitä kysyä
 Olisiko pitänyt antaa olla
 Uskaltaako sitä puhua
 Onko meillä oikeutta
 Ei oikeutta sanoa kenellekään
 Miltä itsestä tuntuisi
 Pelko et jotenkin loukkaan.
 Pelko et pahoittaa mielen
 Toiset loukkaantuu

Ärsyttää hoitaa
 Ärsyttää
 Otti päähän
 Otti suunnattomasti päähän
 Hirveä hoidettava
 Mihin niitä vanhuksia hoitoon saa
 Turhauttava tunne
 Turhalta tehdä
 Tuskan takana
 Kaikki teit puolesta itse ei itsestään välitä
 Yritin häneen luottaa

Se oli vähän silleen ilkeä juttu
 Tuntu vaikealta kysyä
 Oli hyvin kiusallista
 Nolotti kysyä
 Vaikea kysyä
 Ei ensimmäisellä kerralla
 vaikka huomaisi et on väärinkäyttöä
 Alkoholi on vielä tabu
 Semmoinen tabu
 Asiakkaan auktoriteetti
 Asiakkaan olemus jäykkä ja arvovaltainen
 Nolous kysyä
 Ei ole sopivaa naisille
 Häveliäitä



Pelkistetty ilmaisu

Ympäristönä koti
 Kotona saa tehdä mitä vain
 Yksityisasuntohan se on.
 Omassa kotona saa ottaa
 Oma koti

Itsemääräämisoikeus
 Asiakkaan itsemääräämisoikeus
 henkilökohtainen asia
 Häilyvät ne rajat

Mikä on sitä yksityisyyttä
 Yksityisyys
 Yksityisasia
 Se on toisen yksityisasia
 Ei me voida mennä sinne sehän on
 heidän oma asia mitä hyö siellä tekee

Asiakkaan muistamattomuus
 Huono kuulo
 Takertuvainen asiakas
 Afasia

Hän ei halua
 Yksi kieltäytyi
 Asiakas kieltäytyi tekemästä
 Ei halunnut osallistua
 Suurin vastarinta niillä jotka käytti
 Pitkin hampain sellainen joilla on ongelma
 Suuttui ne joita se kosketti
 Ärsyyntyy kun kysyy

Psykykinen sairaus
 Asiakkaan mielipide et udellaan
 Arka aihe
 Asiakkaan tietämättömyys
 Ajattelemattomuus
 välinpitämättömyys
 ei kiinnostu se
 Vastasi ja nauroi
 Asiakas nauroi
 Laittaa ihan leikiksi
 Asiakas koki et kiusataan
 Tullaan syynäilemään
 Syytetään
 Tuntee et ne
 syyllistää.

Ei ne totuutta kertonut
 Huomasi ettei mennyt ihan
 totuuden mukaan
 Kaunistelee itsekin
 Jos kerran päivässä käy, niin pystyy peittelemään

Alaluokka**Yläluokka**