

Jaana Heinonen

JALKAUTUVA PÄIHDETYÖ ”KLAARI”
PORIN PSYKOSOSIAALISISSA LAITOSPALVELUISSA

Sosiaalialan koulutusohjelma

Ylempi AMK

2018

JALKAUTUVA PÄIHDETYÖ ”KLAARI”
PORIN PSYKOSOSIAALISISSA LAITOSPALVELUISSA

Heinonen, Jaana
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Sosiaalialan koulutusohjelma, ylempi AMK
Lokakuu 2018
Ohjaaja: Kumpulainen, Pasi
Sivumäärä: 66
Liitteitä: 2

Asiasanat: kotona tehtävä katkaisuhoido, ehkäisevä päihdetyö, varhainen puuttuminen, motivaatio, kotihoito

Tiivistelmä

Tutkimuksessa laadittiin jalkautuvan päihdetyön strukturoitu malli Porin psykososiaalisten laitospalveluiden työyhteisöön. Tuloksissa tarkasteltiin työn vaikuttavuutta asiakaskunnassa. Jalkautuva asiakkaan kotona tehtävä päihdetyö on eräs tulevaisuuden suuntaus. Jalkautuva päihdetyö sai nimekseen Klaari.

Työmuodon mallintaminen tehtiin yhdessä työyhteisön kanssa aivoriihien ja ovensuukeskusteluiden kautta. Eniten tietoa toimivista käytänteistä saatiin tehtyjen kotikatkokäyntien avulla. Vaikutuksista asiakkaissa saatiin tehtyjen lomake- sekä puhelin haastattelujen ja konkreettisten käyntien avulla.

Strukturoidusta mallista muodostui muutaman kerran käsittävä, asiakkaan luona tapahtuva käyntisarja, jonka sisältö riippuu paljolti asiakkaan omasta senhetkisestä tilanteesta. Työmenetelmä keskittyy asiakkaan psykososiaaliseen kuntouttamiseen lääkehoidon ollessa toissijainen, mutta mahdollinen tilanteen vaatiessa. Laaditun hoitotyömallin juurruttaminen koko työyhteisöä kattavaksi jatkuu edelleen.

HOME ALCOHOL DETOXIFICATION ”KLAARI” IN PORI PSYKOSOSIAALISET LAITOSPALVELUT

Heinonen, Jaana

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in social services

October 2018

Supervisor: Kumpulainen, Pasi

Number of pages: 66

Appendices: 2

Keywords: home alcohol detoxification, substance abuse prevention, early intervention, motivation, home care

Abstract

The purpose of this thesis was to make a structured model of home alcohol detoxification for employees in Porin psykososiaaliset laitospalvelut. In results was examined the influence of developed procedure among client base. Home substance abuse treatment is the orientation in the future. The name of it in the unit was decided thru vote and became Klaari.

The model of activity was made together with whole work community thru brainstorming and door side conversations. The most valuable information about functioning methods was achieved from actual visits by home alcohol detoxifications but it was also reached by formal inquiries and interviews by phone and visits.

This structured model considers some actual visits to clients home. The content of it depends on clients own situation and motivation at the moment. The model of activity concentrates on client's psychosocial rehabilitation when medical treatments are subsidiary but possible when needed. Model of this developed work is still ingraining among employees.

SISÄLLYS

1	KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT	5
1.1	Alkoholin haitat sekä ehkäisevät toimenpiteet	6
1.2	Jalkautuva päihdetyö.....	8
1.3	Tulevaisuuden haasteet innoittajina kehittymään	10
2	TEOREETTINEN TIETOPERUSTA	11
2.1	Käytettyjä keskeisiä tutkimuksia ja artikkeleita	12
2.2	Muu kehittämistyön tietoperusta.....	15
3	TUTKIMUSASETELMA	16
3.1	Tutkimuksen konteksti.....	17
3.2	Päihdetyön kehittämistarve ja tutkimuskysymykset.....	18
3.3	Kehittämistyön tavoitteet	20
3.4	Kehittämistyö eri näkökulmista	22
3.4.1	Kehittämistyö toimintatutkimuksen näkökulmasta	22
3.4.2	Kehittämistyö palvelusuunnittelun näkökulmasta.....	24
3.4.3	Kehittämistyö ohjelmateorian näkökulmasta	26
4	KEHITTÄMISPROSESSI	27
4.1	Yhteydenotto päihdepalveluihin, matala kynnys	28
4.2	Päihdepalveluiden yhteydenotto asiakkaaseen ja arviointikäynti.....	30
4.3	Asiakkaan luottamuksen syntyminen ja motivointi	31
4.4	Asiakaskäynnit ja työn päätyminen	33
4.5	Kehittämistyössä käytetyt menetit	34
4.5.1	Jalkautuvan päihdetyön yhtäläisyyksiä kotihoitoon sekä perhetyöhön	38
4.6	Kohti jalkautuvaa päihdetyön mallia	40
5	TUOTOKSET JA TULOKSET	42
5.1	Jalkautuvan päihdetyön malli Porin psykososiaalisissa laitospalveluissa ...	44
5.2	Työmenetelmän juurruttaminen työyhteisöön	48
5.3	Tuloksia jalkautuvan päihdetyön vaikuttavuudesta	48
5.4	Vaikuttavuus pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna	51
5.5	Tulosten yhteenveto ja menetelmän arviointi	53
5.6	Työmenetelmä tunnetuksi yhteistyökumppaneille	55
6	JOHTOPÄÄTÖKSET	56
	LÄHTEET	63
	LIITTEET	

1 KEHITTÄMISTYÖN LÄHTÖKOHDAT

1900-luvun alkupuolella syntyneet suuret ikäluokat ovat väestönosa, jonka elinaikana yhteiskuntamme kehitys ja elintason nousu on ollut nopeaa. Myös alkoholin juomattavat ovat muuttuneet lisääntyvässä määrin ajan myötä, etenkin naisten kasvanut alkoholinkulutus ja alkoholikäyttäytyminen sukupolvesta toiseen ovat olleet kasvussa. (Alkoholitutkimussäätiö 2013, 7-8). Iän tuomat fysiologiset muutokset muuttavat alkoholin vaikutusta elimistössä ja saattavat olla hengenvaarallisia. Ikäihmisten lääkitys yhdessä kasvaneen alkoholinkäytön kanssa aiheuttaa ongelman, jonka havaitsee ensimmäisenä ammattilaisena usein kotihoito.

Kotihoidolla ei välttämättä kuitenkaan ole riittävää päihdetietämystä, kuten ei päihdetyötä tekevillä riittävää gerontologista osaamista. Edellä mainitut seikat toteaa A -klinikkasäätiön Tiimi lehdessä 1/2010 kirjoittamassaan artikkelissa Maria Viljanen (2010). Hän jatkaa toivoen rohkeampaa puheeksiottoa aiheesta sekä enemmän yhteistyötä eri sektorien välillä. Artikkelissaan kirjoittaja muistuttaa yhdenvertaisten ihmisoikeuksien toteutumisesta myös päihdeongelman kohdanneiden henkilöiden kohdalla, joka ei saa olla esteenä tarvittavalle avulle ja hoidolle. Riittämättömien palveluiden kohdalla tulee keksiä muita työtapoja. Yksilöä tulee hoitaa kokonaisuutena hänen omien voimavarojensa mukaan sekä niitä vahvistaen (Viljanen 2010.)

Tässä kehittämistyössä pääpaino suunnattiin osittain strukturoituun työmuotoon, joka juurrutetaan työyksikköömme Porin psykososiaalisiin laitospalveluihin. Tutkimustyössä haluttiin tuoda esiin myös jalkautuvan päihdetyön vaikuttavuutta kyseisessä asiakaskunnassa ja heidän pyrkimyksissään haluttuun muutokseen sekä mahdollisia yhteiskuntaan vaikuttavia seikkoja, joita sen päättävät elimet suunnittelevat Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen puitteissa. Yhtenä näistä seikoista voitiin nähdä asiakkaassa tapahduttavat terveydelliset vaikutukset ja sen myötä pitkällä aikavälillä tapahtuva terveydenhuollon kuormituksen väheneminen asiakaskunnan kohdalla. Työmuodon tavoitteena oli saavuttaa asiakas päihdepalvelujen piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ennen alkoholiriippuvuuden syvenemistä tai alkoholiriippuvuuden ollessa jo vuosia kestänyt, pyrkiä saamaan asiakas hoitoon ja motivoitumaan muutoksen tarpeeseen.

1.1 Alkoholin haitat sekä ehkäisevät toimenpiteet

Riippuvuudeksi muodostunut alkoholin käyttö ja siitä koituvat haittakustannukset sekä tuleva Sosiaali- ja terveydenalan uudistus ovat olleet yhtenä perustana kehittää yksikömmä psykososiaalisten laitospalveluiden työmenetelmiä ajan haasteita vastaaviksi. Alkoholiuolleisuus kasvoi Suomessa tasaisesti 1980-luvulta vuoteen 2003, jonka jälkeen se kasvoi muutamassa vuodessa noin neljänneksellä. Kuolleisuuden muutokset ovat melko säännöllisesti verrattavissa alkoholin kokonaiskulutuksen kehitykseen vaikkakin se vaatii yleensä pitkäaikaista haitallista alkoholin käyttöä.. Alkoholi-juomien kulutus on maassamme kääntynyt laskuun vuodesta 2007, kuten myös alkoholiuolleisuus vuodesta 2008. Alkoholisyyhin menehtyy kuitenkin edelleen enemmän työikäisiä kuin esimerkiksi yksittäisiin kasvaintyyppisiin tai iskeemisiin sydäntauteihin (Suomen virallinen tilasto 2015.)

Ongelma on siis edelleen suuri ja vaatii erilaisten ratkaisujen löytämistä haasteen helpottamiseksi. Kehittäessämme erilaisia työtapoja ja työmenetelmiä päihdetyössä teemme samalla myös valistusta asiasta. Riittävän informoinnin ja julkisuuden avulla on mahdollista parantaa ennaltaehkäisevää puuttumista, jolloin päihdeongelmaan päästään puuttumaan jo varhaisessa vaiheessa. Toiveena herättää henkilön oma huoli juomistavoissaan. Se tapa, jolla useimmat edelleen juovat maassamme, on humalahaikuista ja tässä eroamme edelleen huomattavasti esim. muusta Euroopasta ja siellä vallitsevasta juomakulttuurista.

Laadukkaan päihdetyön avulla pyritään toteuttamaan vaikuttavaa päihdepolitiikkaa. Päihdetyön kokonaisuuteen katsotaan kuuluvaksi päihdehaittojen ehkäisy sekä hoidon piirissä olevien asiakkaiden hoito ja palvelut. Näitä haasteita ehkäistäessä keskitytään hillitsemään alkoholin kulutusta sekä sen käytöstä aiheutuvia haittoja. Oikea-aikainen puuttuminen ja vaikuttavat päihdepalvelut edistävät hyvinvointiamme sekä päihdepolitiikan kokonaisuutta. (Haavisto 2017, 290.)

Jalkautuvan päihdetyömuodon kehittäessä ajatus on samansuuntainen eli asiakasta motivoidaan muuttamaan alkoholikäyttäytymistään siten, että se aiheuttaisi hänelle tai läheisilleen tulevaisuudessa mahdollisimman vähän haittaa. Työ ei keskityy jokaiseen

henkilöön, joka kokee senhetkisen alkoholikäyttämisen ongelmakseen ja on halukas ottamaan apua vastaan. Työmuodon pitkän aikavälin visioissa nähdään terveydenhuollon kuormituksen ja siitä koituvien kustannusten väheneminen.

Ehkäisevillä toimenpiteillä kuten erilaisten lakien, asetusten ja hintapolitiikan avulla valtiovalta pyrkii vaikuttamaan päihteidenkäytön haittoihin. Päihdetyö on eräänlaista jatkumoa, jossa ei ole tärkeää määritellä milloin esimerkiksi ehkäisevä päihdetyö loppuu ja siirrytään varhaiseen puuttumiseen tai hoitoon. Hoidon tavoite ei myöskään aina ole asiakkaan raittius vaan se voi olla asiakkaan toimintakyvyn ylläpito tai sen huononemisen estäminen, keskeisessä roolissa on asiakkaan oma tavoite. Vaikuttavuuden kannalta keskeiseksi katsotaan avopalvelut, joiden saatavuus koetaan helpoimmin saavutettaviksi. Tehokas päihteiden käytön ehkäisy ja laadukkaat päihdepalvelut estävät muiden palvelujen kuormittumista ja pitkällä aikavälillä saavat aikaan säästöä. (Haa-visto 2017, 291.) Tulevaisuudessa toivotaan laadukasta ja tehokasta hoitoa, jonka vaikutukset ovat pitkäkantoiset ja kustannustehokkaat päihdehaittojen vähentämiseksi. Yksikön työmenetelmän kehittäminen on siis ajan tasalla ja ideoi työmenetelmiään suuntaamaan tulevaisuuteen, mahdollisuuksien mukaan pois laitostuntoutuksesta, kohti avohoitoa ja varhaisempaa puuttumista päihdeongelmaan.

Ehkäisevä sosiaalipolitiikka ja hyvinvoinnin edistäminen kulkevat lähes käsi kädessä. Ehkäisevän työn avulla pyritään ennakoimaan ja estämään mahdollisesti syntyviä riskejä ja estää kriisitilanteiden kärjistymistä ongelmatilanteiksi. Näissä tilanteissa tarvitaan yhteiskunnan tukea. Jalkautuva päihdetyö pyrkii tarjoamaan apua juuri näissä tilanteissa, jolloin yksilön itsetunto ja ihmisarvo ovat vaarassa romahtaa. Samalla voidaan estää asiakkaan syrjäytymistä yhteiskunnasta sekä henkilön identiteetin olennainen muuttuminen ja ongelmien monimutkaistuminen. (Kananoja & Karjalainen 2017, 160.)

Kansanterveyden tilastoissa päihdehäiriöt ovat yksi keskeisimpiä sairausryhmiä, jotka aiheuttavat työkyvyttömyyttä sekä alkoholikuolemia. Työikäisissä miehissä ja naisissa alkoholiperäinen tauti tai tapaturmainen alkoholimyrkytys on yksi tämän päivän yleisimmistä kuolemaan johtaneista syistä. Ongelma koskettaa koko yhteiskuntaa ja siksi ehkäisevää päihdetyötä tulee lisätä ja kasvattaa ulottumaan koko sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Tulevaisuudessa toivotaan poliittisten päätösten ottavan asia huomioon,

koska sillä katsotaan olevan kansanterveydellinen ja yhteiskunnallinen tarve. Päihdeongelman puheeksi oton tulisi tapahtua mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Usein päihdeongelmaan liittyy myös eriaisteiset mielenterveydelliset ongelmat, joita usein hoidetaan erillisinä palveluina vaikkakin samalla rajapinnalla. Haasteena nähdään niiden integroiminen siten, että ne toimisivat tulevaisuudessa yhteisenä palveluna asiakkaan tarpeita vastaten. (Kurki, Salo-Chydenius, Partanen, Holmberg & Inkinen 2015, 494.)

Kotihoidossa olevat mielenterveys- ja päihdeasiakkaat sekä heidän kasvanut määränsä koetaan usein vaativaksi ja ongelmalliseksi. Työskentely vaatii hyviä vuorovaikutustaitoja, joiden tulee vahvistaa asiakkaan itseluottamusta sekä itseän, että elämää. Päihdeasiakkaiden katsotaan olevan kasvava asiakasryhmä, jonka pitkään jatkunut päihteiden käyttö lisää sosiaalisia, akuutteja sekä kroonisia somaattisia haittoja. (Ikonen. 2015, 46.)

1.2 Jalkautuva päihdetyö

Jalkautuva päihdetyö tarjoaa asiakkaalle mahdollisimman matalan kynnyksen tulla päihdepalvelujen piiriin. Tarkoituksena vähentää niitä haittoja, joita päihteidenkäyttö, tässä tapauksessa lähinnä alkoholi, on aiheuttanut perheelle ja tukea perheen arkea omassa ympäristössä. 2000-luvun yhteiskuntapolitiikkamme korostaa kodin ensisijaisuutta. Kodista onkin muodostunut yhä useammin paikka sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamiselle. Palvelut siirtyvät pois laitoksista ja asuminen omassa kodissa mahdollisimman pitkään korostuu. Kuntoutuminen laitoksissa vähenee ja erilaiset kuntouttavat palvelut sekä työmuodot ohjataan asiakkaan kotiin, jolloin toipuminen henkilön tavanomaisessa ympäristössä painottuu. Varsinkin sensitiivisten aiheiden ollessa kyseessä, kuten päihde- tai mielenterveysongelmat, leimautumisen pelko on suuri ja estää saatavilla olevan avun hankkimisen. Esteenä hoitoon lähtemiselle voi olla myös liikuntarajoitteisuus tai jokin muu fyysinen vamma. (Haahtela & Juhila 2016, 192 - 193.) Etenkin näissä edellä mainituissa tilanteissa jalkautuva päihdetyö on eriomainen vaihtoehto.

Sosiaali- ja terveysala elävät laajassa murrosvaiheessa. Tulevaisuus näyttää mitä ja miten päihdetyö tullaan jatkossa hoitamaan. Selvää kuitenkin on, että palveluja halutaan viedä asiakkaan luo, joka koetaan myös kustannustehokkaammaksi toiminnaksi. Porin kaupungin Hyvinvointiohjelmassa vuosille 2016 -2025 halutaan edistää asukkaiden hyvinvointia ja madaltaa hoitoon hakeutumisen kynnyksiä. Painopistealueet ovat viihtyisässä ja turvallisessa elinympäristössä, kuntalaisen aktivoinnissa osallisuuden sekä terveellisissä elämäntavoissa. Jälkimmäisessä tavoitteena on asukkaiden alkoholin ja muiden päihteiden vähentäminen. (Porin kaupunginvaltuusto 2016.) Edellä mainittuihin seikkoihin nojaten kehittämistyö on tarpeellinen ja vastaa osaltaan hyvin kaupungin hyvinvointisuunnitelmaa.

Sosiaali- ja terveysalalla vallitsevia sisäisiä tehtävärakenteita ollaan vähitellen muuttamassa siten, että koulutusten tuottamat osaamiset tulevat toisiaan vastaaviksi. Sosiaalihuollon ammattihenkilöstöä koskevassa lain kolmannessa pykälässä todetaan.

”Sosiaalihuollon ammattihenkilöiden tehtävärakennetta ja tehtävien jakoa voidaan uudistaa ammattihenkilöiden osaaminen, ammattitaito ja koulutus huomioon ottaen, jollei laissa tai asetuksessa toisin säädetä, mikäli se on perusteltua asiakkaiden palvelutarpeiden, työjärjestyksen ja sosiaalipalvelujen tuottamisen kannalta.” (Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 817/2015, 1 Luku 3 §)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus antaa paremmat mahdollisuudet sen rakenteiden yhdenmukaisuudelle. (Kananoja, A. 2017, 29). Uudistuksen valmistuttua nähdään missä palveluissa päihdetyötä tehdään vai onko se osa hyvinvoinnin suurempaa kokonaisuutta. Tällä linjanvedolla on yhteiskunnallinen merkitys. Ennaltaehkäisevää politiikkaa halutaan korostaa ja päihdeasiakkaiden haasteellinen elämäntilanne ymmärretään. Yhdenvertaisuus eri paikkakutien välillä ei välttämättä toteudu. Koko yhteiskunnan näkökulmasta järkevänä nähdään kuitenkin sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä päihdepalveluiden toimivuuteen ja hoitojärjestelmään investoiminen. (Haavisto 2017, 295 -297.) Oman yksikkömme työmenetelmän kehittäminen toteuttaa osaltaan myös edellä mainittuja tulevaisuuden visiota päihdetyöstä.

1.3 Tulevaisuuden haasteet innoittajina kehittymään

Edellisissä kappaleissa mainittu Sosiaali- ja terveysalan uudistus, erinäiset työpaikan kautta tulleet luennot ja infotilaisuudet aiheesta sekä esimiehen kanssa käydyt keskustelut ovat olleet innoittajina kehittää työyhteisössämme tehtäviä kotikäyntejä enemmän strukturoiduksi työmuodoksi, jalkautua ja suunnata päihdehoitotyö asiakkaan luo. Ajatuksena on saada aikaan työmuoto, joka jokaisen yksikkömme työntekijän on helppo omaksua ja saada asiakas palvelun piiriin heti yhteydenottonsa ensivaiheessa. Jalkautuva päihdetyö ei sinänsä ole uusi, sillä esimerkiksi Päijät-Hämeessä, Tampereella ja Vantaalla työmuoto on jo käytössä. Lahden seudulla jalkautuva päihdetyö on aloitettu 2017.

Porin kaupungin sivuilla toipumisorientaatiosta Power Point esityksen tehnyt psykososiaalisten palvelujen päällikkö Matti Järvinen peräänkuuluttaa ammattilaisten asennoitumista enemmän potilas- asiantuntijasuhteesta valmennus- tai kumppanuussuhteeseen. Hän kirjoittaa toipumisorientaation mukaisen ajattelun pääpainon perustuvan yksilölliselle kasvun mahdollisuudelle. (Järvinen 2018.) Asiakkaan kotona tapahtuva yhteinen asioiden pohtiminen toimii näin osana toipumisorientaatiota, jonka ajatuksena ammatillisuutta tarvitaan etsittäessä erilaisia vaihtoehtoja, niitä punnittaessa ja pohdittaessa. Ammatillaisen tehtävänä on auttaa asiakasta löytämään hänelle parhaat ratkaisut vallitsevista palveluista.

Kehittämistyön visiona oli paitsi vastata tulevaisuuden vaatimukseen, juurruttaa ja selkeyttää jalkautuvan päihdetyön työnkuvaa yksikössämme. Ennaltaehkäisevänä toimenpiteenä halutaan tavoittaa niitä henkilöitä tai perheitä, joissa alkoholin käyttö on vasta luisumassa käsistä, mutta asianosainen ei vielä välttämättä tunnista ongelmaansa. Huoli asiasta on kuitenkin jo herännyt lähipiirissä, jotka ottavat yhteyden päihdepalveluihin. Työmenetelmä toimii myös kohdissa, jolloin asiakas siirtyy laitos- tai osastohoidosta kotiin. Puhutaan niin sanotusta saattaen vaihtaen -vaiheesta asiakkaan kuntoutumisen jatkumisessa. Asiakas kokee siirtymisen kotiin usein vaarana palata vanhoihin totuttuihin tapoihin ja kaipaa tukea pysyäkseen aloittamassaan muutoksessa. Edellä mainittu perustuu työyhteisössä ja asiakkaiden kanssa käytyihin keskusteluihin sekä tilanteisiin, jotka ovat johtaneet asiakkaan retkahdukseen heti kotiutumisen jälkeen.

2000-luvun yhteiskuntapolitiikkamme korostaa kodin ensisijaisuutta, josta onkin muodostunut yhä useammin paikka sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamiselle. Talvelut siirtyvät pois laitoksista ja toivotaan asumista omassa kodissa laitoshoidon sijaan. Laitostuntoutuminen vähenee ja erilaiset kuntouttavat talvelut ja työmuodot ohjataan asiakkaan kotiin, jolloin toipuminen asiakkaan tavanomaisessa ympäristössä painottuu. Tähän suuntaan ohjaavat myös ikäihmistien talveluja koskevat laatusuosituksot, jotka ovat osa tulevaisuuden kuntien ikääntymispoliittista strategiaa (Seppänen 2017, 263.)

2 TEOREETTINEN TIETOPERUSTA

Kehittämistyö on työelämää palveleva soveltava tutkimus, joka perustuu työyksikön työmenetelmän kehittämistarpeeseen, jossa uudistuminen on tärkeää myös tulevaisuuden kannalta. Kehittämistoiminnan työ jää elämään työyksikön työntekijöiden käyttöön, jota arvioidaan asiakastapausten myötä ja voidaan muuttaa tarpeen vaatiessa. Pääpaino on työyhteisön yhdessä tehtävässä työmenetelmän kehittämistoiminnassa, joka perustuu suurelta osin kokemuseräiseen ammattilaisten tietoon. Teoreettista tietopohjaa on haettu eri tietolähteitä hyväksi käyttäen. Yhteistä tietoperustaa on kerätty yhdessä keskustellen sekä erikseen haastatteleamalla työntekijöitä ja asiakkaita. Asiakaskäynneillä mukana olleiden eri yksiköiden työntekijät ovat myös antaneet omia näkemyksiään kehittämistoiminnassa. Työmenetelmä monipuolistaa myös sosiaalista päihdetyön palvelukenttää palveluinnovaation avulla. Pidetyt infotilaisuudet jalkautuvasta työmenetelmästä on otettu positiivisesti vastaan ja motivoivat kehittämään aloitettua toimintaa. Yhdessä tekemisen ja kehittämisen on todettu edistävät työyhteisöjen hyvinvointia sekä dialogisen kulttuurin lisääntymistä. (Tuomi & Latvala n.d.).

Tulevaisuuden sosiaaliohjaaja nousee sosiaalityöntekijän rinnalle sosiaalihuollon kenttään, jossa he voivat toimia tasavertaisina työpareina. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus pyrkii yhdenmukaistamaan ja tasavertaistamaan rakenteitaan, joka edesauttaa mainittua yhteistyötä. (Kananaja, A. 2017, 27- 32.) Nykyään sosiaaliohjaaja nähdään yhä useammin työparina sosiaalityöntekijän kanssa. Tältä osin yhteistyö

on lisääntynyt, mutta on mielenkiintoista nähdä hyväksytäänkö ylemmän ammattikorkeakoulun käynyt sosiaaliohjaaja tulevaisuudessa yhdenvertaisena työntekijänä sosiaalityöntekijän kanssa?

Jalkautuvaa päihdetyötä on tutkittu suhteellisen vähän ja siksi aiheesta oli haasteellista löytää aiempaa tutkimusaineistoa. Kotikäyntejä ja kotona tehtävästä fyysisestä hoitotyöstä oli kuitenkin löydettävissä aineistoa suhteellisen hyvin. Se ei kuitenkaan vastannut täysin kehittämistyössäni tarvitsemaan tutkimustietoon. Arvokkaimmiksi lähteiksi muodostuivat muutamissa kotimaan kaupungeissa jo aloitettu jalkautuva työ sekä vierailu Tampereen jalkautuvaan työhön, Konstiin. Lähdeaineiston löytämiseksi käytin apuna erilaisia fraaseja sekä sanoja. Näitä olivat muun muassa kotiin vietävä apu, kotipalvelu, kotikäynti, perhetyö, matala kynnyks, varhainen puuttuminen sekä kansainvälisestä kirjallisuudesta home substance abuse work ja early intervention.

2.1 Käytettyjä keskeisiä tutkimuksia ja artikkeleita

Painettua kirjallisuutta, joka vastaisi suoraan kehittämistyöhöni, oli käytettävissä verrattain vähän. Aiheesta on tehty kuitenkin jonkin verran opinnäytetöitä ammattikorkeakoulutasolla, mutta ylempien koulutusten tutkimukset aiheesta olivat melko vähäiset. Eri lähdeaineistoista saamaani tietoa apuna käyttäen tarkastelen kehitystyöni teoriaa sekä työmenetelmän muodostumista kuvailevalla tutkimusotteella.

Oxfordin yliopiston julkaisemassa aikakauslehdessä *Alcohol and Alcoholism* artikkelissa kirjoitetaan kotiin vietävän päihdehoidon vaikuttavuudesta. Se kertoo päihdehoidosta, jossa kotikäynneillä käytettiin keskustelevaa motivoivaa työtettä, jota verrattiin niin sanottuun tavalliseen lääkehoidolliseen katkaisuhoidon. Tulokset osoittivat, että asiakkaan luona tehdyt 5-8 käyntikertaa, sisältäen jalkautuvan päihdetyön sekä motivoivan keskustelun, oli huomattavasti tuloksekkaampaa, asiakkaan päihderiippuvuuden hoidossa, kuin pelkkä lääkkeellinen hoitomuoto. Tulokset osoittivat myös työmuodon olevan kustannustehokkaampaa. Artikkelissa käytetty työmenetelmä vastaa monelta osin kehitystyöni pääkohtia. Näitä ovat esimerkiksi asiakkaan motivointi ja suhteellisen vähäiset käyntikerrat. (Alwyn, John, Hodson & Phillips, 2004.)

Samaisessa aikakauslehdessä vuonna 2000 oli artikkeli, jossa tutkittiin asiakkaan kotona tehtävää katkaisuhoidon sairaalolosuhteissa tapahtuvaan vastaavaan hoitomuotoon. Tutkimuksen tulosten perusteella voitiin havaita molempien tutkittavien ryhmän onnistumiset hyvin samankaltaisiksi, mikäli asiakas saatiin motivoitua muutokseen ja sitoutumaan pitkäjänteiseen elämäntapamuutokseen. (Allan, Smith & Mellin, 2000.) Päihdetyöstä saadut positiiviset tulokset eivät välttämättä johdu työmuodosta vaan ovat paljolti riippuvaisia asiakkaan asenteesta ja sitoutumisesta muutokseen.

Petri Mäkelä Tampereen yliopistosta teki sosiaalityön pro gradun vuonna 2012 muutostyöstä asiakkaan kotona tehtävässä katkaisuhoidossa. Tutkimuksen pääpaino oli selvittää niitä näkökulmia, joita päihdetyöntekijä tekee työssään asiakkaan luona ja niitä mahdollisuuksia, jotka siinä ovat ylipäättään realistisia. Tutkimuksessa tarkasteltiin asiakastyötä lähinnä transteoreettisen muutosvaihemallin kautta. Tutkielmassa oli monia yhtymäkohtia yksikkömme jalkautuvan päihdetyön malliin. Molemmista korostuu psykososiaalisen osaamisen sekä asiakkaan motivoinnin tärkeys. Ensimmäisellä kohtaamiskerralla kartoitetaan asiakkaan riippuvuusongelman vaikeusaste sekä hänen arkensa toimivuus, johon psykososiaalinen katkaisuhoidon perustuu. Mäkelä toteaa tutkimuksessaan sosiaalityötä tekevän henkilön puuttumisen kotona tehtävässä katkaisuhoidossa tutkiessaan ulkomaisia katkaisuhoidon malleja, joissa työntekijöinä olivat lähinnä sairaanhoitaja ja lääkäri. Samaa mallia on noudattanut myös KotiKako toiminta Vantaalla (Råman 2012). Tässä suhteessa yksikkömme toimintamalli tulee eroamaan edellä mainituista. (Mäkelä 2012, 1, 4-6, 15- 16.)

Sosiaalityön kenttä on laaja ja sosiaalityötä tekevä henkilö ei välttämättä ole sosiaalityöntekijä tai sosiaaliohjaaja. Suomenkielinen määritelmä sosiaalityölle hyväksyttiin 20.5.2014 Sosnetin yleiskokouksessa seuraavasti: ”Sosiaalityö on professio ja tieteenala, jolla edistetään yhteiskunnallista muutosta ja kehitystä, sosiaalista yhteenkuuluvuutta sekä ihmisten ja yhteisöjen voimaantumista ja valtaistumista. Yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden, ihmisoikeuksien, kollektiivisen vastuun sekä moninaisuuden kunnioittamisen periaatteet ovat keskeisiä sosiaalityössä. Sosiaalityö kiinnittyy sosiaalityön, yhteiskuntatieteiden ja humanististen tieteiden teorioihin sekä alkuperäiskan-

sojen ja paikallisyhteisöjen tietoon. Sosiaalityössä työskennellään ihmisten ja rakenteiden parissa elämän ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi ja hyvinvoinnin lisäämiseksi.” (Lähteinen, Raitakari, Hänninen, Kaittila, Kekoni, Krok & Skaffari 2017, 5.)

Päivi Råmanin Helsingin Diakonia -ammattikorkeakoulussa vuonna 2012 tekemä ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö käsitteli asiakkaan kotona tapahtuvaa alkoholikatkaisua sekä jälkikuntoutusta tapauskohtaisesti. Työn yhtenä asiakastavoitteena oli KotiKatko-hankkeen avulla tukea syrjäytymistä sekä arkielämän hallintaa. Opinnäytetyö antoi lähinnä tietoa mitä ja millä keinoin asiakaskuntaa oli lähestytty hoitotyön mennessä asiakkaan luo sekä tuloksia työn vaikuttavuudesta, jota oli arvioitu puoli vuotta työn lopettamisen jälkeen. Kyseessä oli suhteellisen pitkä KotiKatko ajanjakso, joka oli kahdeksasta viikosta 12 viikkoon. Opinnäytetyön suurin eroavuus kehitystyöhöni verrattuna kohdistui lähinnä asiakaskuntaan ja siellä liikuntarajoitteisiin sekä vammaisiin, jotka edellä mainittu opinnäytetyö rajasi pois. (Råman 2012, 8.)

Helena Iinainen tutki AMK opinnäytetyössään keväällä 2018 mistä seikoista koostuu hyvä kotikäynti. Porin Sininauha oli tehnyt Porin kaupungin kanssa puitesopimuksen vuonna 2017 asiakkaan kotiin vietävästä tuesta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää asiakkaan kotiin vietävälle asiakastyölle käytännön puitteet. Työ toteutettiin asiakkaita ja henkilökuntaa haastatteleamalla. Kehittämistyö antoi pohjaa vertailulle omaan kehittämistyöhön niistä seikoista, joita kotikäyntityössä tulee ottaa huomioon ja asioista, joita asiakas pitää tärkeinä ja joita hän arvostaa tultaessa hänen kotiinsa. Yhdenmukaisuutta kehitystyöhöni löysin muun muassa dialogisuuden tärkeydessä sekä asiakaskontakteissa luottamuksen saamisessa ja sen syntyemisessä. Eroavuus ilmeni niin ikään asiakaskunnassa, jonka kanssa asiakastyö tapahtui, nimenomaan kodin ulkopuolella ei asiakkaan kodissa. (Iinainen, 2018, 6-7.)

Tammikuussa 2018 Jyväskylän ammattikorkeakoulussa tehty opinnäytetyö tutki Kotikonsti toimintaa, joka on Jyväskylässä uusi päihdekuntoutuksen malli. Kehittämistyön avulla haluttiin saada tietoa asiakkaiden kokemuksista uudesta työmuodosta sekä mielipiteitä siinä käytettävistä kokemusasiantuntijoista. Struktuuriltaan kehittämistyössä avattu työmuoto vastasi suurelta osin yksikössämme kehitettävää mallia. Suurin

ero Jyväskylän päihdekuntoutuksen malliin oli heidän hyödyntämänsä kokemusasiantuntijat, jotka voisivat olla mukana myös Porin psykososiaalisten laitospalvelujen jalkautuvassa päihdetyössä. (Seppänen, Kumpulainen & Heikkinen 2018, 3.)

2.2 Muu kehittämistyön tietoperusta

Päihdetyöhön yleisesti liittyvää kirjallisuutta löytyi paikallisista kirjastoista ja opinäytetöihin perehdyin lähinnä Satakunnan ammattikorkeakoulun kokoelmätietokanta Finnan, kokotekstitietokanta Ebscon sekä Google Scholarin kautta. Artikkeliviitetietokanta Arton kautta löytyi lehtiartikkeleita liittyen kotona tehtävään päihdetyöhön. Vertailevaa tietoa päihdetyöhön kotimaassamme tutkin muun muassa englannin ja ruotsinkielisistä lehdistä internet- selaimen kautta.

Lähdeaineistoa aiheeseen liittyen on haettu mahdollisimman monipuolisesti ja valitut teokset on tarkkaan harkittu. Valitsin tutkimusaineistoa sisällysluettelon ja aineiston tulosten perusteella. Lähdeaineistot eivät välttämättä suoraan olleet yhteydessä omaan kehitystyöhöni, mutta ne sisälsivät relevanttia tietoa aiheesta ja niistä löytyi useita yhtymäkohtia. Kehitystyössäni olen käyttänyt vain niitä teoksia, jotka ovat olleet selvästi yhteydessä omaan työhöni tai auttaneet ymmärtämään niitä seikkoja, jotka ovat varteenotettavia siirryttäessä auttamaan asiakasta hänen omalle reviirilleen.

Päihdetyöstä sekä riippuvuudesta yleisesti on kirjallisuutta melko paljon, mutta tässä kehittämistyössä sen perusteellisempi tutkiminen ei mielestäni ole relevanttia eikä edistä työmenetelmän kehittämistä tarkoituksen mukaisella tavalla. Historialliset katsaukset eivät ole tarpeen, sillä perusasiat ovat tiedossa. (Hirsijärvi, Remes, & Saja-vaara. 2004, 112).

Muiden kuntien aloittamat asiakkaiden kotiin vietävät päihdepalvelut ovat antaneet arvokasta materiaalia toimivista käytännöistä sekä niiden kautta saadut positiiviset tulokset kannustavat kehittämään toimintaa myös omassa työyksikössä. Esimerkkeinä ovat olleet Vantaan kaupungin, Päijät-Hämeen sekä Tampereen kaupungin luomat konseptit jalkautuvaan päihdetyöhön.

Työmuodot eivät ole kuitenkaan suoraan kopioitavissa vaan niistä on saatu hyviä oivalluksia ja ennen kaikkea vahvistusta omaan kehitystyöhön ja että olemme tekemässä samansuuntaisia asioita yksikössämme, joita tehdään valtakunnallisesti. Yhdessä muiden toimijoiden kanssa kehitämme tulevaisuuden päihdetyötä helpottamaan asiakkaan tilannetta edelleen ja löytämään niitä henkilöitä, jotka eivät välttämättä kykenisi hakemaan apua omin neuvoin.

Osan tutkimusaineistosta perustan omaan usean vuoden päihdetyökokemukseen sekä työyhteisöömme muiden jäsenten kanssa käymiini keskusteluihin. Asiakkaiden kanssa käytyt monet kahdenkeskiset keskustelut sekä ohjatuissa ryhmissä esiin tulleet seikat ovat laajentaneet näkökantojani ja auttaneet oivaltamaan päihdetyön moninaisuutta ja sen yksilöllisyyttä. Useat erilaiset opinnot sekä asiantuntijoilta saamani laaja informaatio päihdetyöstä ja siihen liittyvistä monenlaisista seikoista ovat olleet osana sitä tietotaitoa, jota olen voinut käyttää kehittämistyöni tutkimusaineistona.

Syksyllä 2017 tutustuttiin Tampereen jalkautuvaan päihdetyöhön nimeltä Konsti, josta saatiin arvokasta tietoa aiheesta sekä vahvistusta omille visioille ja ajatuksille, joiden mukaan suunniteltiin asiakkaan kotiin vietävää päihdetyötä. Tampereella kotikatkokotimintaa ohjaa oma erillinen yksikkö, jossa työskentelee sairaanhoitajia, lähihoitajia sekä katkaisuhuoltoaseman lääkäri. Yhteistyö on tiivistä muiden päihde- ja mielenterveyspalvelujen sekä kolmannen sektorin kanssa. (Tampereen kaupunki Konstin esite 2018.)

3 TUTKIMUSASETELMA

Päihdepalvelut ja mielenterveystyö kietoutuvat tulevaisuudessa yhä enemmän yhdeksi ja samaksi työkentäksi, työn suuntautuessa pois laitoksista enemmän asiakkaan luona tapahtuvaksi. (Partanen, Kuussaari, Forsell, Varis & Markkula 2014.) Tämä voidaan havaita tutkittaessa erilaisia aiheesta tehtyjä tutkimuksia, kuten Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen painamaa työpaperia 19/2013 Itä kohtaa lännen, jossa nostetaan esiin

mielenterveys- ja päihdetyön toimeenpanevia kehitystoimenpiteitä. Näistä mainittakoon muun muassa Kaste- sekä Arjen Mieli- hankkeet. (Partanen & Morning 2013,3.) tai Sosiaalihuoltolain (1301/2014) uudistusta, joka on astunut voimaan 2015. Laki vahvistaa peruspalveluja ja vähentää tarvetta korjaaviin toimenpiteisiin. Se korostaa sosiaalityön ja sosiaaliohjauksen avulla tehtävän sosiaalisen kuntoutuksen tärkeyttä. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 17§).

Edellä mainittu tulevaisuuden päihdepalveluiden suuntaus, pois laitoksista enemmän asiakkaan kotona tapahtuvaan työhön sekä työn tavoite korjaavasta enemmän ennaltaehkäisevään, ovat aikaansaaneet tarpeen kehittää työyksikkömme työmenetelmiä entistä asiakaslähtöisemmiksi. Tämän kehitystyön tuloksena suunniteltu päihdetyö ja sen pohjalta työn suorittaminen asiakkaan kotona yhdessä tarvittavan asiantuntijajaparin kanssa moninkertaistaa asiakkaan palvelusta saamaa hyötyä ja yhdistää rajapinnoilla tehtävää työtä.

3.1 Tutkimuksen konteksti

Mielenkiinto omaan työhön vallitsevassa muutoksen ilmapiirissä on herättänyt innostuksen päihdetyön kehittämiseen työyksikössä. Työmuotona jalkautuva päihdetyö ei varsinaisesti ole uusi Porin psykososiaalisissa palveluissa, sillä kotikäyntejä asiakkaiden luo on tehty vuosien varrella. Strukturoitua, tiettyä kaavaa noudattavaa mallia aiheeseen ei oltu suunniteltu. Jokainen kotikäyntejä tehnyt työntekijä teki käynnin omalla tavallaan. Pääsääntöisesti se tapahtui vain kerran, tavoitteena motivoida asiakas laituskuntoutukseen.

Porin psykososiaaliset laitospalvelut on matalan kynnyksen päihdehoitolaitos, jonka akuutissa päihdehoidossa on 12 asiakaspaikkaa. Akuutin vaiheen jälkeen asiakkaan on mahdollista siirtyä samassa yksikössä tapahtuvaan jatkokuntoutukseen, jossa on kahdeksan asiakaspaikkaa. Jatkokuntoutuksessa asiakkaan tulee olla voimniltaan ja voimavaroiltaan siinä vaiheessa, että kykenee osallistumaan erilaisiin teema- sekä toiminnallisiin ryhmiin. Kuntoutusjakson aikana asiakkaan on tarkoitus suuntautua kotiinpäin, jota helpottamaan hänellä on mahdollisuus tehdä eripituisia, niin sanottuja

kotiharjoitteluja, palaamisen helpottamiseksi. Kuntoutuksen jälkeen asiakasta motivoidaan sitoutumaan päihdepalvelujen tarjoamiin avo- sekä vertaistukiryhmiin tai strukturoidulle päihdekuntoutumiskurssille, jonne hakeudutaan haastattelun kautta. Tässä vaiheessa jalkautuva päihdetyö voi tukea asiakasta parilla tukikäynnillä vahvistuen häntä uudessa tilanteessa. Asiakas voidaan ohjata myös A-klinkan palvelujen piiriin, jolloin usein kysytyä ovat siellä työskentelevien terapeuttien ja päihdelääkärin tarjoamat palvelut.

Jalkautuvaa päihdetyötä on tarkoitus tehdä pareittain. Parityöskentely pohjautuu asiakkaan tarpeisiin koostuen niistä henkilöistä, joita kohdattava henkilö tarvitsee asiakastapaamisessa. Työparina voi olla ohjaaja, hoitaja, sairaanhoitaja, perhetyöntekijä, lastensuojelun työntekijä, esimies, rikosseuraamuslaitoksen työntekijä tai joku muu asiaan sillä käyntikerralla kuuluva ammattilainen. Näin työmuoto tavoittaa niitä eri työyksiköiden ammattilaisia, jotka työskentelevät samojen asiakasryhmien kanssa. Työmuodon toivotaan lisäävän moniammatillisuutta sekä poistavan päällekkäisyyttä lähes samaa työtä tekevien henkilöiden kohdalla, jolloin voimavarat voidaan yhdistää välttämättä toistuva saman työn tekeminen.

3.2 Päihdetyön kehittämistarve ja tutkimuskysymykset

Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut suuntaviivat uudistuville sosiaali- ja terveyspalveluille 2009 – 2015 Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassaan. Uudistuksen on tarkoitus integroida päihde- ja mielenterveyspalveluja. Integraation avulla pyritään parantamaan asiakkaan palvelua niin sanotulla yhden luukun periaatteella huolimatta siitä, onko kyseessä asiakkaan päihdeongelma vai horjuva mielenterveys. Edellä mainittujen alojen integroiminen on paitsi tarkoituksenmukaisempaa myös kustannustehokasta. Samalla siinä yhdistyy eri ammattilaisten kokonaisvaltainen osaaminen. (Partanen ym. 2014.)

Päihdetyötä tulee kehittää ja sen tulee kehittyä aikansa vaatimuksia vastaavaksi, pohjaten edellä mainittuihin sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistettuihin suuntaviivoihin. Päihdeongelmat ovat moninaistuneet ja muuttaneet muotoaan viime vuosien kuluessa, joka on ollut huomattavissa myös Porin psykososiaalisissa palveluissa. Asiakkaiden

päihdeiden käyttö ei ole enää pelkästään alkoholi tai huumeet vaan alkoholin, huumeiden ja lääkevalmisteiden sekakäyttö. Sekakäyttö on tuonut mukanaan uusia haasteellisempia tilanteita ongelmien moninaisuuksien vuoksi, esimerkkeinä taloudelliset ongelmat, asunnottomuus ja syrjäytyminen yhteiskunnasta. Hoitoon tulevien asiakkaiden päihdeongelma on valitettavan pitkällä, lieneekö syynä lisääntyminen, jolloin tilanteeseen kiinnitetään huomio herkemmin vai hyväksytäänkö alkoholismi jo paremmin sairaudeksi kuin aiemmin, jolloin sen uskottiin olevan pelkästään itse aiheutettu tila, ja alkoholismin stigma hieman haalistunut?

2000 -luvulla jalkautuva päihdetyö on saanut jalansijaa yhä useammassa kaupungeissa työmuodon vallatessa alaa nopeassa tahdissa. Eri tahojen yksikkömme työmenetelmän kehittämistä kohtaan osoitetut yhteydenotot ovat todisteena kiinnostuksesta ja tarpeesta kehittää yhteistyötä kaupunkimme päihdepalveluissa. Kehittämistyön avulla Porin psykososiaaliset laitospalvelut ovat mukana päihdetyössä, joka mahdollistaa asiakkaalle entistä helpomman, leimaamattoman tavan tulla päihdehoidon piiriin sekä antaa uuden strukturoidun työmenetelmän Porin psykososiaalisten laitospalveluiden työntekijöiden käyttöön. Toiminta tapahtuu eri työyksiköiden rajapinnoilla verkostomaisella työotteella moniammatillisuutta hyödyntäen, joka lisää yhteistyötä saman asiakaskunnan kanssa työskentelevien ammattilaisten kesken.

Työyksikössä halutaan panostaa enemmän ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen. Tämä onkin ollut yksi toimeenpaneva syy kehittää työtä ja suunnata sitä enemmän asiakkaiden suuntaan meneväksi. Jalkautuvan päihdetyön avulla on mahdollisuus saavuttaa asiakas mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Tutkimuskysymyksinä:

1. Millainen jalkautuva päihdetyön malli Porin psykososiaalisiin laitospalveluihin?
2. Miten juurruttaa työmuoto työyhteisöön?
3. Saavutetaanko toiminnalla toivottuja tuloksia?

Jalkautuvan päihdetyöhön toimintamalli toimii viitekehyyksenä työntekijöille ja on riittävän väljä, jotta yksilökohtainen asiakastyö on mahdollista. Yhdessä suunnitellun mallin jälkeen jokaiselle työntekijälle on selvää miten tulee toimia tilanteessa jolloin

henkilö, joka ottaa yhteyden laitospalveluihin hakiessaan apua itselleen tai läheiselleen, ja miten prosessi etenee. Toimintamallin tulee olla riittävän selkeä ja yksinkertainen, jotta se jättää työntekijälle tarpeeksi liikkumavaraa toteuttaa sitä persoonalleen sopivaa työtappaa, joka on hänelle ominaista.

Arkikielessä persoonasta käytetään usein sanaa luonne. Persoonalla tehtävällä työllä tässä yhteydessä tarkoitetaan henkilöä, joka siis omaa tietynlaisen luonteen. Persoonallisuus, jonka perustana on yksilön temperamentti, kuvastaa henkilölle ominaisia piirteitä, jotka ovat kehittyneet yksilössä jo lapsuudessa. Näitä piirteitä ovat esimerkiksi tunnemaailmamme sekä tapa, jolla toimimme ja käyttäydymme. Temperamentti puolestaan on suhteellisen pysyvä läpi koko ihmisen elämän piirteinen ja taipumukseen. Persoonalla tehtävä työ voidaan ajatella työntekijän tapana hahmottaa ja tulkita asiakastilanteita, jonka tulkintojen mukaan hän toimii työssään. (Millainen luonne olen? 2018.)

3.3 Kehittämistyön tavoitteet

Yksi Porin kaupungin strategioista on kappaleessa 1.2 mainittu Hyvinvointiohjelma vuosille 2016 -2025, jossa tarkoitus on vähentää asukkaiden alkoholinkäyttöä ja lisätä varhaista puuttumista aiheeseen. Ajatuksena on myös lisätä eri organisaatioiden välistä yhteistyötä, jota edistetään esimerkiksi Pakka – toiminnan avulla ja vaikuttaa näin yksilöiden asenteisiin. Pakka- toiminnan ideologina ovat yhteisöllinen puuttuminen päihdeiden käyttöön ja sen hallintaan. (Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö n.d.)

Jalkautuvan päihdetyön ajatus pohjautuu edellä manittuihin seikkoihin tarkoituksena vähentää niitä haittoja, joita päihdeidenkäyttö, tässä tapauksessa lähinnä alkoholi, on aiheuttanut perheelle sekä antaa tukea perheen arkeen sen omassa ympäristössä. Asiakastyö tehdään asiakkaan kotona, siinä tilassa, jossa hän toimii ja jossa asiantuntija on vieraana asiakkaan ollessa asiantuntijana. (Partanen ym. 2015, 204.) Strukturoidun työmenetelmän tavoite on luonteeltaan puhtaasti päihdetyön malli ja se tukee perhettä varsinaisen asiakkaan kautta, motivoimalla häntä päihdeettömyyteen ja sitä kautta parantamalla perheen hyvinvointia. Perheen ollessa mukana asiakaskäynneillä myös heitä voidaan ohjata tarvittavan tuen piiriin.

Päihdehuolto hoitojärjestelmämme retoriikassa käytetään matalan kynnyksen käsitettä puhuttaessa erilaisista keinoista ja palveluista, jotka edesauttavat päihteenkäyttäjien hakeutumista päihdehoitoon. (Törmä 2009, 32 -33.) Työmenetelmän avulla halutaan tavoittaa niitä henkilöitä, jotka eivät ehkä koskaan olisi saavuttaneet päihdepalveluja tarjoavia yksiköitä. Syyt edellä mainittuun voivat olla moninaiset ja johtua esimerkiksi henkilön psyykkisistä tai fyysisistä kyvyistä tai ne henkilöt ja perheet, joissa alkoholin käyttö on vasta luisumassa käsistä, mutta asianosainen ei ongelmaa vielä tunnista. Huoli asiasta on kuitenkin herännyt lähipiirissä ja usein joku heistä ottaa yhteyden päihdepalveluihin.

Huumeiden käyttäjät sekä lääkkeitä väärinkäyttävät henkilöt rajataan kehitystyössä työmenetelmän ulkopuolelle ongelman haasteellisuuden vuoksi. Kirjallisuudesta saatu tieto sekä kokemusperäinen ammattitaito päihdeongelmasta ylipäättään vahvistavat oletuksia siitä, että kotona tapahtuva katkaisuhuolto ei ole sopivin työmuoto näiden henkilöiden kohdalla. Kyseessä olevalle asiakaskunnalle suositellaan jaksoa laitospalveluissa tai avohoidon puolella esimerkiksi A-klinikalla. Muissa kaupungeissa tehtävä jalkautuva päihdetyö sekä aiheesta tutkitut opinnäytetyöt ja pro gradut ovat noudattaneet samaa linjaa ja rajanneet asiakkaiksi ainoastaan alkoholin.

Jalkautuvan päihdetyön mallintaminen Porin psykososiaalisiin palveluihin tarkoitukseen ja tavoitteineen palvelee sekä kehittyvää työyhteisöä että asiakasta, unohtamatta tulevaisuuden suuntauksia alalla. Työntekijät saavat työvälineekseen toimintamallin, joka suuntautuu pois fyysisestä toimintapaikasta ja haastaa siten myös työn tekijää. Asiakkaan pääsy hoidon piiriin helpottuu ja kynnyks madaltuu. Pitkällä tähtäimellä jalkautuvasta päihdetyöstä hyötyy myös yhteiskunta, työn ollessa kustannustehokasta ja asiakkaan käynnit terveydenhuollon muissa palveluissa vähentyneet.

Yhteistyötä eri organisaatioiden ja sektorien välillä on kuitenkin edelleen kehitettävä ja lisättävä. Teemme työmuotoamme tunnetuksi yli organisaatorajojen erilaisilla infotilaisuuksilla eri foorumeissa, kuten sairaaloiden osastoilla ja yritysvierailuilla. Kehittämistyön ollessa vasta alullaan työtä tehdään olemassa olevilla resursseilla, joten laajamittaisempaa markkinointia ei tässä vaiheessa ole tarkoitus järjestää. Aktiivisinta

kiinnostusta jalkautuvaa päihdetyötä kohtaan ovat osittaneet Porin kaupungin sairaalan osastot T3 ja T4 sekä palveluohjaajat ja kotihoito. Myös paikallinen lehti Satakunnan Kansa osoitti kiinnostusta kirjoittamalla artikkelin aiheesta: Kotikatko onnistuu, jos asiakas on sitoutunut”. (Aalto, P. 2017, 6.)

3.4 Kehittämistyö eri näkökulmista

Tämä kehittäminen pohjautuu vahvasti toimintatutkimuksen periaatteelle (Action research), mutta siitä löytyy myös palvelusuunnittelun (Service design) näkökulmia. Toimitettavan suunnitelman eli strategian avulla haluttiin saavuttaa muutos, tässä tapauksessa asiakkaan alkoholikäyttäytymisessä, jota arvioitiin. Tästä näkökulmasta tätä kehittäminen voidaan tarkastella myös ohjelmateorian kautta. Pääpaino kehittämisessä oli saada aikaan toimiva malli psykososiaalisissa laitospalveluissa tehtävään jalkautuvaan päihdetyöhön.

3.4.1 Kehittäminen toimintatutkimuksen näkökulmasta

Toimintatutkimusta määriteltäessä todetaan nimi lähinnä yleisnimitykseksi asialle, joka perustuu tutkittavien osallistumiseen ja ongelmien ratkaisuun sosiaalisessa yhteisössä. Tässä kehittämisessä sitä kuvaa parhaiten koko työyhteisön osallistuminen työmenetelmän suunnitteluun ja sen mallin määrittelyyn sopivimman struktuurin aikaansaamiseksi. Työyhteisössä se merkitsee työntekijöiden oppimis- ja kasvuprosessia uralla. (Kuusela 2005, 19.)

Toimintatutkimus on sen toimijoista lähtevää, tässä tapauksessa työyhteisön, toiminnallista kehittämistä, jonka tarkoitus on saavuttaa pysyvä muutos tietyssä toimintatavassa. Kehittäminen mallintaa työntekijöille jalkautuvan päihdetyömallin, joka on helppo sisäistää ja ottaa käyttöön. Työvälineenä mentelmä lisää erilaisia mahdollisuuksia katkaista asiakkaan päihdekierre ja rikastuttaa omia työskentelytapoja asiakkaan ottaessa yhteyttä. Tämä niin sanottu interventiotutkimuksellinen toimintatapa kuvaa juuri toimintatutkimusta.

Tavoitteena on paitsi juurruttaa työmenetelmä jalkautuvasta päihdetyöstä Porin psykososiaalisiin päihdepalveluihin myös tarkastella työn vaikuttavuutta asiakaskentässä tarkastellen asiakkaan alkoholikäyttäytymisen muutosta ja siitä johtuvia vaikutuksia hänen elämässään. Toimijoina kehitystyössä voidaan siis pitää työyhteisön lisäksi myös asiakkaita. He pyrkivät saavuttamaan toivotun muutoksen suhteessaan alkoholiin noudattamalla niitä suunnitelmia, joita työntekijän käyntien yhteydessä on asetettu tavoitteeksi. Tavoitteet asetettiin aina yhteistyössä asiakkaan kanssa hänen ehdoillaan ja ajatuksillaan. Kehitetyllä jalkautuvan päihdetyön mallilla pyrittiin, suhteellisen lyhyellä aikavälillä, motivoimaan asiakkaan ajatusmaailmaa alkoholikäyttäytymisen muutokseen. Motivoinnin avulla pyrittiin ratkaisemaan käytännön ongelmia ja se toimi eräänlaisena lupauksena paremmasta. Toiminnallisen tutkimuksen oleellisena elementtinä oli yhteistyö. (Kananen 2009, 9).

Kehittämistyö keskittyy työmenetelmän osalta ainoastaan työskentelemääni yksiköön ja toimii siten toimintatutkimuksena, joka ei tee menetelmästä yleispätevää toimivaksi sinällään muissa päihdehoitoyksiköissä eikä näin ollen muutu toiminnan teoriaksi. Asiakasvaikuttavuuden näkökulmasta se tarkastelee useampia asiakastapauksia, mutta aina yhtä tapausta kerrallaan. Asiakaskontaktit arvioidaan tapaus kerrallaan ja saatujen tulosten perusteella tarkastellaan jalkautuvan päihdetyön onnistumista. (Kananen 2009, 10).

Toimintatutkimus etenee syklimäisesti, jossa sen kehitystä tarkastellaan konstruoivasti eli uuden rakentamisen kautta sekä rekonstruoivasti, jolloin toteutunutta havainnoidaan ja arvioidaan. Työmenetelmämallin toimivuutta arvoitiin jokaisen asiakastapauksen yhteydessä, jonka perusteella tehtiin tarvittavia muutoksia. Arviointiin osallistui yleensä työpari ja joissakin tapauksissa työyhteisön työntekijöitä, jotka olivat aiemmin olleet tekemisissä asiakkaan kanssa.

Toimintatutkimusta voidaan kuvailla etenevällä spiraalilla, jossa suunnitelma, toiminta ja parannettu suunnitelma vuorottelevat, välillä tilannetta reflektoiden ja havainnoiden. Mallia on kuitenkin myös kritisoitu, muun muassa siitä, että se kuvaa työn vaiheet pelkistetysti eikä kuvaa täysin sosiaalityön monimutkaisuutta ja ennakoimattomuutta. Käytännössä työvaiheet lomittuvat eikä vaiheita voida erottaa toisistaan

(Heikkinen, Rovio, Syrjälä & Kiilakoski 2008, 78 -80.) Alla oleva toimintatutkimuksen syklinen prosessi kuvaa sitä toimintatutkimukseen pohjautuvaa kaavaa, jota kehittämistyö noudatti sekä jalkautuvan päihdetyömallin kehittämisessä, että asiakaskäynteissä.

Kuvio 1. Toimintatutkimus, syklinen alati muuttuva ja kehittyvä prosessi. (Kananen 2009, 11)



3.4.2 Kehittämistyö palvelusuunnittelun näkökulmasta

Palvelusuunnittelun piirteitä kehittämistyössä voidaan nähdä asiakaskontakteissa, jolloin työntekijä käyttää asiakkaan motivoimiseen luovuuttaan kehittäen näiden keinojen avulla asiakkaan palvelua. Näitä keinoja, joita käytettiin, olivat muun muassa erilaiset tehtävät, rohkaiseminen asiakasta kirjoittamaan tai piirtämään ajatuksiaan ja erilaiset rentoutumisharjoitukset sekä työskentelyn avuksi tarkoitetut kortit. Lähestymistapa pyrkii ymmärtämään asiakkaan ajattelua ja tarpeita kehittäen ja tuottaen asiakkaalle aineetonta hyötyä. Intervention seurauksena voidaan nähdä asiakkaan toimintamallien muuttuminen. (Kumpulainen 2017.)

Palvelusuunnittelua voidaan tarkastella sekä työntekijän että asiakkaan perspektiivistä. Prosessia arvioitiin työntekijän kannalta paitsi yksittäisten käyntien jälkeen myös kokonaisuutena tehtyjen käyntien summana, jonka onnistuminen asetettujen tavoitteiden

suhteen riippui suurelta osin asiakkaan omasta mielenkiinnosta ja sitoutumisesta annettuun palveluun. Tilanteiden epävarmuus toi työntekijälle joskus hallitsemattomuuden tunteen, jossa hän voi hallita vain omaa tekemistään motivoiden asiakasta toimimaan haluamallaan tavalla. (Kinnunen 2003, 7.)

Jalkautuvan päihdetyön avulla asiakas tuotiin palvelun keskiöön ja selkeän prosessin avulla sekä helppokäyttöisiä työmenetelmiä apuna käyttäen konkretisoitiin aineetonta palvelukonseptia. Tarkoituksena mahdollistaa käyttäjän kannalta hyödyllisiä, helppokäyttöisiä ja mielekkäitä palvelukokemuksia sekä organisaation perspektiivistä tuottaa mahdollisimman vaikuttavia, tehokkaita, kustannuksiltaan edukkaita ja erottuvia palvelukonsepteja. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2014, 71.)

Tässä kehittämistyössä ymmärrän palvelusuunnittelun ja palvelumuotoilun samantyyppiseksi kehittämismenetelmäksi kehittämistyön kannalta. Asiakastyö etenee prosessi-
maisesti. Ensikontaktin jälkeen tilanne arvioidaan, jonka jälkeen mietitään mitä metodeja käyttäen asiakastilannetta on tarkoituksenmukaista jatkaa. Seuraavaksi asiakkaan kanssa toteutetaan suunnitellut seikat, jonka jälkeen arvioidaan ollaanko menossa toivottuun suuntaan. Metodeja muutetaan tarpeen vaatiessa ja arvioidaan uudelleen. Saman kaavan mukaan toteutuu myös palvelumuotoilun prosessi. (Ojasalo ym. 2014, 75.)

Kehitettävien palveluiden avulla haluttiin tuottaa asiakkaalle todellista hyötyä vastaamalla mahdollisimman hyvin hänen odotuksiinsa. Palvelun katsotaan olevan kustannustehokasta, laatua unohtamatta, asiakkaiden erilaisuudesta huolimatta. Jalkautuvan päihdetyön suunnittelussa noudatetaan palvelusuunnittelulle tyypillistä kehitystoimintaa, joka tehdään kokeilujen kautta. Se voi myös tuottaa asiakkaalle pettymyksiä ja heikentää hänen luottamustaan työntekijään. Palvelumuotoilu kehitystyössä on työyhteisön laatima konsepti, jonka pohjana on ohjelmateoria. Sen avulla arvioitiin tilannetta kussakin asiakastapauksessa. Työyhteisöön laaditun selkeän jalkautuvan päihdetyömallin avulla työntekijän on helpompi omaksua roolinsa tehtävässä. (Kinnunen 2003, 145.)

3.4.3 Kehittämistyö ohjelmateorian näkökulmasta

Saadaksemme vastauksia kehitetyn jalkautuvan päihdetyömallin vaikutuksista käytännössä tuli siitä saatuja tuloksia ja asiakaskokemuksia arvioida. Arviointia tuli tehdä heti työn alusta alkaen miettien perusteluja tehdyille valinnoille, joiden haluttiin johtavan tiettyyn tulokseen. Saadun arvioinnin avulla ei aikaansaatu tuloksia toiminnasta vaan tulokset tulivat itse toiminnan kautta, jota suoritettiin ja arvioitiin suoritusten jälkeen (Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009, 9-10.)

Työntekijöiden arvioidessa jalkautuvan päihdetyön asiakaskunnassa suorittamaa työmenetelmän toimintaa ja asiakastyön palautteita teoreettisella tasolla se kytkeytyi ohjelmateoriaan. Tehdyt valinnat perusteltiin ja luotiin tiettyjä oletuksia teorian toimivuudelle käytännössä. Toimintaa muutettiin, mikäli syy- seuraussuhteet eivät toimineet odotetulla tavalla. Jalkautuvan päihdetyön mallintamisessa työn kehittyminen perustui lähinnä työntekijän omiin asiakaskontaktien perusteella luotuihin käsityksiin ja kokemuksiin, joita käsiteltiin ja tehtiin päätökset yhdessä työyhteisön kanssa. (Aalto-Kallio ym. 2009, 16-17.)

Toivotun muutoksen odotetaan ensisijaisesti tapahtuvan työntekijöiden sisäistämässä jalkautuva päihdetyön toimintamalli ehdottaen ennakkoluulottomasti asiakkaalle kyseistä työmuotoa. Juurruttamisen yhtenä tarkoituksena onkin saada työntekijä sisäistämään työmuoto niin vahvasti, että hän voi tarjota asiakkaalle myös tämän vaihtoehdon niiden yhteydenottojen yhteydessä, joissa hän katsoo sen olevan mahdollinen. Työntekijän jalkautuessa asiakkaan luo toivotaan aikaansaada muutos, joka hänen kohdallaan johtaa alkoholikäytön vähentämiseen tai kokonaan lopettamiseen. Tämän toivotaan vähentävän terveydenhuollon palvelujen kuormitusta niiden henkilöiden osalta, joilla liiallinen alkoholinkäyttö on ollut syynä käynteihin. Kehittämistyön saatuja tuloksia arvoidaan työyhteisössä jalkautuvan päihdetyön juurtumisen kautta, mutta myös edellä mainittujen asiakkaiden alkoholikäyttämisessä tapahtuneiden muutosten avulla.

4 KEHITTÄMISPROSESSI

Yhteiskuntamme rakenteet ovat siis muuttumassa ja meidän on muututtava ja kehityttävä sen mukana. Muutama vuosi sitten tehty parlamentaarinen päätös sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämistä uuden maakuntauudistuksen myötä asettaa osaltaan paineita päihdetyön kehittämiseksi. Uudistus korostaa asiakkaan valinnan vapautta ja keskiössä olemista. Päihdehoidossa toivotaan ennaltaehkäisevää sekä varhaisempaa puuttumista ja matalaa kynnystä palvelujen piiriin pääsyssä. Peruspalvelujen ja erityispalvelujen välillä pyritään luomaan konsultatiivisia palveluja, jolloin asiakas ei välttämättä tarvitse sairaala- tai laitoshoidoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta maakunnille korostetaan kustannustehokkuutta. (Haavisto ym. 2017, 144 -146.)

Porin psykososiaaliset laitospalvelut kehittyvät ja kehittävät toimintaansa edellä mainittuja tulevaisuuden visioita silmälläpitäen. Työyhteisössä ideoitiin yhdessä työntekijöiden ja laitospalveluiden esimiehen kanssa päihdetyön kehittämistä. Näin sai alkunsa jalkautuvan päihdetyön mallintaminen laitospalveluihin. Ajatus kotikäyntien strukturoidummasta muodosta on ajan kuluessa kypsynyt vaiheeseen, jossa asiakkaan kotiin vietävän päihdetyön mallintaminen ja juurruttaminen työyksikköön aloitettiin.

Kokemukseen perustuva osuus kehittämistyössä juontaa yksikön työntekijöiden monivuotisista työkokemuksista laitospalveluissa. Oma ammatillisuuteni koostuu seitsemästä työvuodesta yksikössä ensin hoitajana ja koulutuksen karttuessa ohjaajana. Tänä aikana työssä on ollut selvästi havaittavissa päihdeongelmien monimutkaistuminen siirryttäessä alkoholin käytöstä pillereihin ja/tai huumeisiin. Päihteiden sekakäyttö ja markkinoille tulevat uudet synteettiset huumeet asettavat uudet haasteet myös päihdeyöhön.

Tehtävän työn tai käsillä olevan asiakasprosessin ideointi aloitettiin vaihtelevilla kokoonpanoilla. Käytyjen keskustelujen pohjalta saatiin relevanttia tietoa työntekijöiden esiin tuomista erilaisista näkökulmista ja kokemusperäisen tiedon toimivuudesta kentällä. Saadun tiedon pohjalta työn alla olevaa agenda oli mahdollista kehittää tarkoi-

tuksenmukaisempaan suuntaan. Ryhmähaastatteluissa tulivat kuulluiksi mahdollisimman monen mielipiteet ja ehdotukset työmenetelmän kehittämiseen. (Kananen 2009, 61- 65.)

Syntyneiden ideoiden jälkeen, yhteisten pohdintojen perusteella, luotiin asiakastyöhön tietyssä asiakastilanteessa tietyllä tavalla noudatettava malli. Mallin näyttäytyminen itse toiminnassa riippui työntekijän persoonasta ja siitä miten hän suunnitteli työparinsa kanssa asiakastilanteen hoitaa. Suoritetun toiminnan yhteydessä työntekijä havainnoi asiakastilannetta ja teki tarvittaessa muistiinpanoja kokemuksistaan ja mallin toimivuudesta. Tilanteiden havainnointi mahdollisti, paitsi kuullun se aisti myös sanattoman viestinnän, kehonkielen sekä vallitsevan ilmapiirin. Tällöin voitiin havainnoida puheen ja ympäristön kautta tilanteen validiteettia. (Kananen 2009, 67 -70.)

Asiakastilanteissa tapahtuneiden havainnointien jälkeen oli mahdollista suorittaa seuranta. Mallin toimiminen käytännössä tuli mahdolliseksi yleensä vasta asiakaskäyntien loputtua ja todellisten tavoitteiden näyttäytymisten myötä. Tällöin voitiin arvioida koko prosessia ja sen toimivuutta tilanteessa. Spontaanimpi seuranta havainnoinnin jälkeen oli yhteisissä työryhmissä, jolloin sen jäsenten kokemuksiin perustuvat havainnot muokkasivat kehitettävää mallia välittömästi. Työntekijällä saattoi olla vahva tietämys jostakin asiasta, joka ei todennäköisesti toimisi asiakastilanteessa, esimerkkinä narkomaanien ja lääkkeitä väärinkäyttävien asiakkaiden rajaaminen pois jalkautuvan päihdetyön asiakaskunnasta.

4.1 Yhteydenotto päihdepalveluihin, matala kynnyks

Yhteydenottaja päihdepalveluihin saattoi olla kuka tahansa, joka oli huolissaan läheisen alkoholin käytöstä tai parhaassa tapauksessa asiakas otti itse yhteyden halutessaan muutosta suhteessaan alkoholiin. Katkaisuhuitoasemalle yhteydenotto voi tapahtua lähes milloin tahansa sen ollessa avoinna joka päivä 24 tuntia. Joulun ja juhannuksen tienoilla on muutaman päivän sulku, jolloin asiakkaat ohjautuvat päivystykseen tai oman alueen lääkärille. Jalkautuvan päihdetyön puhelin vastaa lähinnä virka-aikoina.

Yhteydenoton tultua laitospalveluihin, kontaktin vastaanottava työntekijä kertoi henkilölle myös jalkautuvasta päihdetyöstä, mikäli sai asiakaskontaktissa käsityksen työmuodon mahdollisuudesta asiakastapauksessa. Jos asianosainen ei itse ollut yhteydenottajana tuli selvittää mahdollisen asiakkaan suostumus työntekijän yhteydenottoon tai yhteydenottajaa pyydettiin välittämään asiakkaalle viesti henkilökohtaiseen yhteydenottoon päihdepalveluihin halutessaan. Ensikontaktin yhteydessä, riippumatta yhteydenottajasta työntekijä suoritti heti arviointia työmuodon sopivuudesta.

Asiakkaan halutessa apua päihdeongelmaan tulee hoitoon pääsyn kynnyksellä olla mahdollisimman matala eikä aiheuttaa leimautumisen pelkoa. Matalan kynnyksen tunnusmerkkejä kehitetyssä työmuodossa ovat muun muassa palvelun helppo saatavuus sekä siihen hakeutuminen. Jalkautuvan päihdetyön kohdalla asiakkaan ei tarvitse lähteä koidistaan avun ja asiantuntijan tullessa hänen luokseen. Päihdehuoltomme hoitojärjestelmän retoriikassa käytetään matalan kynnyksen käsitettä puhuttaessa erilaisista keinoista ja palveluista, jotka ylipäättään edesauttavat päihdeidenkäyttäjien hakeutumista päihdehoitoon. (Törmä 2009, 32-33).

Asiakas itse tai henkilö, joka asiakkaan suostumuksella otti yhteyden, voitiin sopia alustava kotikäyntiajankohta. Työntekijän tuli aina varmistua kontaktin yhteydessä, oliko varsinainen asiakas suostunut ja tietoinen yhteydenotoista päihdepalveluihin. Soiton tullessa yöaikaan asiaan palattiin seuraavana päivänä. Päivävuoroon tuleva työntekijä otti kontaktin asiakkaaseen. Lähetettä ei tarvittu. Palvelu tuli asiakkaan luovutettuna ajankohtana.

Matalan kynnyksen palveluja kohtaan on esitetty myös kritiikkiä, jonka mukaan kääntöpuolena voidaan kohdata seikka, jossa vain vaativimmat ja aktiiviset asiakkaat saavat palveluja. Resurssipulan pelätään olevan syy, jolloin hiljaisimmat ja huonosti itseään korostavat voivat jäädä palveluista. (Törmä 2009, 119.)

4.2 Päihdepalveluiden yhteydenotto asiakkaaseen ja arviointikäynti

Työntekijän yhteydenotto asiakkaaseen pyrittiin hoitamaan mahdollisimman pian, ellei jo saman päivänä. Ensimmäinen kontakti tapahtui yleensä puhelimitse tai terveydenhuollon edustajan toimesta tehtiin asiakaskäynti sairaalaosastolle, jolloin kyseessä oli arviointikäynti. Jos ensikäynti suuntauti suoraan asiakkaan kotiin arvioitiin jo puhelinkontaktissa mahdollinen lääkityksen tarve. Kehitettävässä toimintamallissa keskeisellä sijalla on kuitenkin lääkkeetön hoito. Asiakkaan fyysisestä tilanteesta riippuen hänelle voitiin antaa, ensin lääkäriä konsultoiden, vieroitusoireita lieventävää lääkitystä. Pääsääntöisesti pyrittiin kuitenkin antamaan asiakkaalle psykososiaalista kuntoutusta motivoiden ja yhdessä pohtien tilanteen vakavuutta sekä niitä seikkoja minkä vuoksi olimme kotikäynnillä hänen luonaan. Tarvittaessa kontakti otettiin mobiililääkäriin, joka tuli arvioimaan tilanteen ja antoi tarvittavan lääkityksen. Monissa tämän tyyppisissä asiakastapauksissa, joissa tarvittiin mobiililääkärin apua, henkilö ohjattiin joko sairaalaan tai laitospalveluihin. Syynä oli jalkautuvan päihdetyön riittämättömyys tilanteessa.

Puhelimitse käydyissä työntekijän ensikontakteissa luotiin alustavaa luottamusta asiakkaaseen ja pyrittiin samaan aikaan keskustelu, jonka kautta asiakas sai tunteen, että häntä kuunneltiin aidosti, syylistämättä, joka loi mahdollisuuden käynnille asiakkaan kotiin. Arviointikäynnillä ei huomioitu ainoastaan asiakkaaksi ilmoitettua asiaosaista, vaan koko perhettä, alkoholiongelma ei kosketa vain yhtä henkilöä. Yleensä se aiheuttaa ongelmia myös läheisten elämään, huolen tai väkivallan uhan kasvaessa. Käynnin yhteydessä toivottiin tapaavan myös niitä henkilöitä, joita asiakas halusi mukaan ja jotka tukivat hänen muutoshalukkuuttaan.

Ensimmäisen käynnin yhteydessä oli tarkoitus arvioida asiakkaan kokonaisvaltaista tilannetta ja päihdekäyttäytymisen historiaa. Asiakkaan henkilökohtainen tapaaminen paljasti usein myös asiakkaan halun muutokseen, joka saattoi olla ainoastaan huolta kantavan lähimmäisen toiveena. Tilanne vaati työntekijältä hyvää ammattitaitoa motivoida asiakas ottamaan apua vastaan. Asiakas teki kuitenkin aina omat valintansa, johon ei ollut syynä työntekijän ammattitaito tai epävarmuus.

Päihdepalvelut on tarkoitettu sekä päihdeongelmallisille, että heidän läheisilleen. Palvelujen vaikuttavuuden keskiössä on avopalveluiden saatavuus. Ne ovat yleensä helpommin saatavissa, kustannustehokkaampia ja niistä saatava hyöty vertailukelpoista laitostuntoutuksen kanssa. Ehkäisevä päihdetyö ja laadukkaat päihdepalvelut vähentävät muiden palvelujen kuormitusta. Suomalainen päihdehuolto edustaa ei- medikalisoitunutta mallia ja siinä painottuvat sosiaalipalvelut ja sosiaalityö. (Haavisto 2017, 290 -291.)

Arviointikäynnillä, kuten sitä seuraavillakin käynneillä, asiakas puhallutettiin, mikäli se hänelle sopi ja katsottiin tarpeelliseksi. Käynnin luonteesta ja asiakkaan suhtautumisesta riippuen hänelle tehtiin Audit-testi, joka sisälsi 10 kysymystä asiakkaan alkoholikäyttäytymisestä. Usein saadut vastaukset auttoivat asiakasta konkretisoimaan tilannetta ja miettimään suhdettaan alkoholiin. Arvioinnin yhteydessä kerrottiin psykososiaalisten päihdepalvelujen tarjonnasta sekä punnittiin asiakkaalle sopivinta vaihtoehtoa.

Päädyttyessä jalkautuvaan päihdetyöhön sovittiin seuraavan käynnin ajankohta ja keskusteltiin mahdollisten muiden henkilöiden osallistumisesta tapaamiseen. Samalla kartoitettiin havainnoiden ja haastatellen asiakkaan kognitiivisia taitoja ja halua ongelmien pohtimiseen tehtävien kautta, joita voitiin ottaa mukaan seuraavilla kerroilla. Asiakkaan toivoessa tehtäviä keskusteltiin osa-alueista ja solmukohdista, joita asiakas eritoten oli halukas läpikäymään tarkemmin. Usein edellä mainittuja seikkoja haluttiin läpikäydä terapeuttisten keskustelujen avulla tai asiakkaalle voitiin suunnitella yhteydenotto A-klinikan terapeuteille esimerkiksi tilanteissa, joissa ongelmat olivat traumatisoineet asiakkaan ja vaativat terapeutin ammattitaitoa.

4.3 Asiakkaan luottamuksen syntyminen ja motivointi

Käyntikertojen tarkoitus oli motivoida asiakasta päihdeettömyyteen ja ymmärtää tilanteen vakavuus. Mikäli käytettävissä oli laboratoriotuloksia niiden läpikäyminen oli asiakkaalle usein karua kuultavaa. Se saattoi olla kuitenkin eräänlainen pon-

nahduslauta, josta asiakas koki tilanteensa voivan jatkua enää vain ylöspäin mikäli halusi säilyttää terveytensä ja jatkaa elämänsä ilman terveydellisten haittojen monimutkaistumista.

Jalkautuvan päihdetyön käyntikertojen pääasiallinen tarkoitus oli herättää asiakas kohtaamaan tiettyjä tosiasioita elämäntavoissaan, jotka aiheuttivat haittoja hänelle itselleen myös läheiselleen. Näiden negatiivisten seikkojen näkyväksi saattaminen asiakkaalle ei ole yksiselitteinen. Työntekijän tuli ensin ansaita asiakkaan luottamus, jotta onnistunut yhteistyö hänen kanssaan oli mahdollinen. Tuli luodaan ikäänkuin kahdenkeskinen sopimus tietyn asian hoitamisesta, jossa molemmat tekivät osansa. Toivottuun muutokseen ei myöskään ollut yhtä oikeaa väliintuloa (interventiota). Tehokas ja onnistunut asiakastapaaminen voi olla lyhyt ja pitkäkään pohdinta asiakkaan kanssa ei välttämättä johda toivottuun tavoitteeseen. Asiakkaan taustalla tuli usein olla koettuna jotain epämiellyttävää, jotta saatiin motivaatio muutokseen syntymään. Usein tilanne konkretisoitui jonkun sairauden puhjetessa tai kuten edellisessä kappaleessa todettiin, laboratoriotuloksia tarkasteltaessa. (Oksanen 2014, 21, 23, 27.)

Asiakas on itse elämänsä paras asiantuntija ja valinta kuntoutumisesta hänen päätettävissään. Työntekijän tehtäväksi jäi tilanteen selvittäminen asiakkaalle niin, että hän oli monipuolisesti tietoinen esimerkiksi siitä, mihin alkoholin riskikäyttö voi johtaa. Samalla työntekijä konkretisoi asiakkaan tilanteen ja sai toivottavasti aikaan edellä mainitun sopimuksen asiakkaan kanssa. Tavoitteena asiakkaan omaehtoinen pohtiminen, omien valintojensa kautta muuttaa tilanneettaan. Mikäli toivottua sopimusta ei syntynyt tai asiakkaan fyysisen kunnon ollessa kovin heikko hänelle voitiin varata paikka katkaisuhoidosta.

Asiakkaan motivoinnissa muutosvaikutus voi olla sekä monitasoinen että suora. Tuloksellinen keskustelu sai asiakkaan löytämään muutostarpeen, joka johti tavoitteeseen positiivisesti vaikuttaviin valintoihin ja pysyviin päätöksiin. (Oksanen 2014, 39.) Alussa asiakkaan motivointi tulee lähinnä ulkoapäin eikä hänellä itsellään ole välttämättä suurtakaan motivaatiota. Vähitellen ulkoiset säännöt ja lähipiirin sekä perheen vaikutus muuttivat asiakkaan ajattelutapaa ja herättivät motivaatiota haluttuun tavoitteeseen. Lopulta asiakas saavutti sisäisen motivaation pohtien tilanneettaan ja

muuttamalla käsityksiään. Motivaation kasvaessa ulkoisesta sisäiseksi hän sai positiivista palautetta lähipiiriistään kasvattaen asiakkaan omaa motivaatiota entisestään. Ajatusten sisäistyttyä tavoitteet siirtyivät lähes automaattisesti toimintaan johtaen pienin muutosten kautta kohti toivottua tavoitetta. (Oksanen 2014, 43-44.)

Haasteena asiakkaan motivoimisessa oli saavuttaa hyvä asiakassuhde suhteellisen lyhyessä ajassa ja löytää oikeat lähestymisen keinot. Positiivisena asiana työmenetelmässä oli mahdollisuus pyytää työpariksi henkilö, jonka asiantuntijuus kussakin asiakastapaamisessa oli avuksi asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen hahmottamisessa. Esimerkkeinä työntekijä lastensuojelusta, rikosseuraamuslaitokselta tai A-klinikan terapeutti.

4.4 Asiakaskäynnit ja työn päätyminen

Asiakkaan luona tehtävät kotikäynnit olivat kestoltaan noin tunnin ja niiden määrä yhdestä viiteen, asiakastapauksista riippuen. Tehtyjen kotikäyntien määrä oli riittävä ja jakson aikana oli mahdollista selvittää oliko muutoksen ajankohta otollinen vai pitikö löytää jonkin muu vaihtoehto. Asiakastapaamisten käyntivälit olivat keskimäärin yksi viikko. Akuuteissa tapauksessa tai asiakkaan toiveesta käyntivälejä oli mahdollista tiivistää.

Se mistä käyntikerta koostui oli riippuvainen asiakkaan toiveesta. Mikäli hänelle oli jätetty tehtäviä niitä pohdittiin yhdessä tai jos alkoholiongelmia haluttiin käydä läpi keskustellen se oli mahdollista. Lopuksi oli tapana kysyä asiakkaalta oliko hänelle jäänyt tunne, että käyntikerta oli tarpeellinen ja mikä tunteen oli aikaansaanut. Samaa kysyttiin myös muilta, jotka olivat osallistuneet tilanteeseen.

Parin käyntikerran jälkeen asiakkaalta kysyttiin oliko käyntejä tarpeellista jatkaa. Tarkoitus oli siirtyä pohtimaan asiakkaan tarvetta siirtyä eteenpäin. Tässä tapauksessa tarkoitettiin asiakkaan sitoutumista muihin avopalvelua tarjoaviin muotoihin, kuten vertaistukiryhmiin tai A-klinikan asiakkaaksi, mikäli tarpeen. Asiakkaalle annettiin esitteitä, jotka käsittelivät eri vaihtoehtoja. Asia jätettiin asiakkaan pohdittavaksi ja sovittiin viimeinen käyntikerta. Viimeisellä kerralla puntaroitiin asiakkaan toiveita

esitettyjen vaihtoehtojen pohjalta, joita olivat muun muassa miestenryhmä, naistenryhmä, jatkoryhmä, AA-ryhmät, päihdekuntoutumiskurssi, Ellikki, joka käsittelee erilaisia tunne-asioita tai ilta-aikaan järjestetty päihdekuntoutumiskurssi, joka mahdollisesti paremmin työssäkäyvien osallistumisen. Tärkeää oli löytää asiakkaalle mieluinen vaihtoehto jatkaa kuntoutumista jalkautuvan päihdetyön loputtua pyrkien vastuuttamaan hänet toimimaan itsenäisesti eteenpäin.

Alkoholikierteen katkaisu ei ole ainoa kohta, jolloin jalkautuvaa päihdetyötä tarvitaan. Luvussa 1.3 mainittiin riskialtis tilanne, asiakkaan kotiutuessa laitos- tai osastohoidosta. Turvallinen yhteisö hoitolaitoksesta vaihtuu tilanteeseen, jossa asiakas on yksin ja paluu vanhoihin totuttuihin tapoihin liiankin lähellä. Kehitettävä työmuoto tarjosi apua myös näihin tilanteisiin. Niin sanotuissa saattaen vaihtaen - tilanteissa käyntikertoja oli yhdestä kahteen, ajatuksena sama kuin jalkautuvassa päihdetyössä viimeisellä keralla, löytää asiakkaalle tarkoituksenmukainen jatkohoito.

4.5 Kehittämistyössä käytetyt metodit

Kehittämistyön keskeisimpänä metodina käytettiin haastattelua, joka mahdollisti kontaktin jokaiseen työntekijään ja sai heidän äänensä kuuluviin. Kahdenkeskisten keskustelujen kautta paneuduttiin yksityiskohtaisemmin tiettyihin asiakastapauksiin ja ryhmissä tapahtuvat haastattelut suoritettiin avoimimmin haastatteluina yhdessä pohtien sekä vertaillen esiin tuotuja mielipiteitä. Viikoittaiset työryhmät antoivat mahdollisuuden keskustella vuorotyötä tekevien työntekijöiden kanssa vaihtuvin kokoonpanoin. Niin sanotun tunnelitekniikan avulla porauduttiin asioihin seikkaperäisemmin, sen tekniikan toteuttamiseen tarvittiin enemmän aikaa muistin herätelyä varten. Näitä keskusteluja käytiin yleensä kahden työntekijän välillä, jolloin syvällisempi keskustelu oli hedelmällisempää. Haastatteluja käytiin myös asiakastapaamisissa sekä puhelimitse. Asiakastilanteissa sekä työryhmissä tehtyjen muistiinpanojen avulla oli mahdollista palata aiheeseen tarvittaessa muutoksia työmenetelmän käytänteisiin.

Havainnointi tapahtui työryhmissä osallistavan havainnoinin kautta tuoden esiin seikkoja, jotka eivät välttämättä tulleet ilmi suullisissa puheenvuoroissa. Kehonkieli ja tilanteen ilmapiiri olivat havainnoinnin kohteita myös asiakastapauksissa ja selvensivät usein perheenjäsenten keskeistä henkilökemiaa sekä asenteita. Asiakastilanteissa osallistavan havainnoinnin aikana oli mahdollisuus nähdä konkreettisesti asiakkaassa tapahtuneita ulkoisen habituksen tai kodin siisteyden muutoksia. Työyhteisön jäseniä havainnoidessa oli mahdollista huomata yksilöiden erilaiset reaktiot ja suhtautuminen kehitettävää työmenetelmää kohtaan.

Yksi kvantitatiivisen, määrällisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmistä on kysely, jota käytetään myös toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä. Menetelmää tässä kehitystyössä käytettiin puhelimitse, postitse ja haastatteluin. Tähän metodiin viitaten tietoa kerättiin asiakastapauksista haastatteluin sekä pienimuotoisella kyselykäävällä. Kehittämistyössä asiakkailta saatua tietoa tutkittiin edellä mainittua menetelmää mukaellen sekä kokemuseräisten havaintojen pohjalta.

Taloudellisesti voitiin katsoa kannattavammaksi tässä tapauksessa soittaa asiakkaalle kuin tehdä kotikäynti hänen luokseen. Soittamalla uskottiin saavan vastaus varmemmin kuin pyydettyessä asiakasta lähettämään vastaus palautuskuoressa. Samalla voitiin varmistua, että kysymykset oli ymmärretty halutulla tavalla. Ensimmäinen kysely suoritettiin suhteellisen pian jalkautuvan päihdetyön loputtua. (Kananen 2009, 77-78.) Tehty kehittäminen ei ollut varsinaisesti kvantitatiivinen vaikka sen strategia pohjautuikin osin toimintatutkimukseen. Tämä siitä syystä, että kehittämisen pääpaino oli jalkautuvan päihdetyömenetelmän kehittämisessä eikä tiedonkeruussa menetelmän tämänhetkisessä toimivuudessa.

Kysely suoritettiin ainoastaan jalkautuvan päihdetyön asiakkaille, jolloin tiedonkeruu tapahtui tietyltä ihmisjoukolta. Strukturoidusti suunnitellun haastatteluaineiston perusteella oli mahdollista kuvata jalkautuvan päihdetyön mallin soveltumista käytäntöön sekä tehdyn työn vaikuttavuutta asiakkaissa. (Hirsijärvi ym. 2004, 125.)

Interventio, väliintulo päihdetyössä tarkoittaa parhaimmillaan asiakkaan ja työntekijän välillä tapahtuvaa yhteistyötä, jossa asiakas itsehoidon avulla pyrkii toimomaansa muutokseen, jossa häntä motivoi ammattilainen. Interventio voi olla lyhyt,

muutamasta käyntikerrasta koostuva tai pidempikestoinen esimerkiksi avohoidossa tapahtuva hoitokontakti. (Partanen ym. 2015, 246-247.) Jalkautuvan päihdetyön tavoitteena on mitä suuremmassa määrin juuri väliintulo asiakkaan kriisitilanteeseen, johon hän on valmis ottamaan apua vastaan. Väliintulon on tarkoitus olla tilanteen pysäyttävä aikaansaaden muutos muutaman asiakaskäynnin avulla ohjaten asiakas avun piiriin.

Asiakkaille suunnattujen puhelimitse sekä kotikäynnein tehtyjen haastattelujen avulla arvioitiin jalkautuvan päihdetyön kautta tehtyjen interventioiden vaikutusta. Asiakkaille esitettiin sekä suljettuja, että avoimia kysymyksiä kokemuksistaan ja näkemyksistään sekä käyntien vaikutuksista halutussa muutoksessa. Saatuja tuloksia analysoitiin lähinnä työyhteisön yhteisten foorumien yhteydessä. Esiin nousi seikkoja, jolloin pohdimme jalkautuvan päihdetyön kannattavuutta tietyissä tilanteissa esimerkiksi akuutti, kroonistunut alkoholiongelma tai käynnit kaukana asuvan asiakkaan luona, jolloin kyseeseen tulivat henkilöresurssit.

Luovan ongelmaratkaisun menetelmistä yksi on aivoriihi. Menetelmää käytettiin muutamissa työyhteisöpalaverissa. Tätä voidaan kutsua myös ideointityöpajaksi. Palaverissa oli läsnä yleensä kuudesta kahdeksaan osallistujaa. Tiettyyn seikkaan, koskien kehitystyötä pyrittiin löytämään yhdessä hyväksytty toimintatapa. Aivoriihissä pohdittiin myös asiakastapauksissa nousseita asioita, joihin haluttiin työyhteisön näkökantaa jatkotoimenpiteitä punnittaessa. Ryhmissä mietittiin uusia ja vanhoja hyväksikoettuja ratkaisuja haastellisiin asiakastilanteisiin tai eri työmenetelmien käyttöönottoon. Työntekijöiden tarkoituksena heittäytyä ennakkoluulottomasti tuomaan esiin vilsimpiäkin ehdotuksia. Ennakkoluulottomimmin työyhteisö ja muut asianosaiset osallituivat yhteiseen aivoriiehen pohdittaessa nimeä jalkautuvaan päihdetyöhön. Ehdotuksia tuli myös yhteistyökumppaneilta ja asiakkailta. (Ojasalo ym. 2014, 160-161.)

Työmenetelmän ymmärtämisessä ja juurruttamisessa lähdettiin käytännön tasolta, jolla tässä tarkoitetaan eri työyhteisön työntekijöiden ottamista työpariksi asiakastilanteisiin. Työntekijän kanssa keskusteltiin tulevasta asiakastapaamisesta saatavissa olleen tiedon pohjalta. Yhdessä pohdittiin niitä mahdollisia vaihtoehtoja, joita voitiin tarjota asiakkaalle ja mitä asioita tulee huomioida mennessämme asiakaskäynnille

asiakkaan kotiin. Usein vaadittiin luovia ratkaisuja asiakkaan motivoimisessa muutokseen. Nämä seikat antoivat lähtökohdat tapaamisille, mutta todelliset toimenpiteet riippuivat asiakkaan senhetkisestä tilanteesta sekä hänen tarpeistaan.

Vertaamalla omaa kehittämistä toiseen kohteeseen, voidaan oppia toiselta kyseenalaistamalla omaa toimintaa. Työyhteisöimme teki vertailevaa kehittämistä eri vierailujen yhteydessä. Yritysvierailuja oli tehty vuosien varrella eri työntekijäkoonpanoissa. Niistä saatu informaatio muiden kuntien tekemään päihdetyöhön oli arvokasta. Vertaamalla niitä omaan yksikköön suhteutettuna olemassa oleviin resursseihin antoi raamit seikoille, joita oli mahdollisuus hyödyntää omassa työyhteisössä tai muokata siihen sopivaksi. Vertailu tehtiin löydettyihin parhaisiin toimintatapoihin tai käytäntöön, joka saattoi olla aivan toiselta alalta. Menetelmän avulla oli mahdollista tunnistaa työnsä heikkouksia kehittämällä niitä kohti haluttua tulosta ja tavoitteita sekä saada uusia kehitysideoita. (Ojasalo ym. 2014, 43-44.)

Benchmarking metodia hyväksi käyttäen vertailin eri opinnäytetöiden aiheita sekä työmuotoja, joista oli mahdollista löytää yhtäläisyyksiä työmenetelmän kehittämiseen. Esimerkiksi koihoidosta sekä perhetyöstä kertovassa kirjallisuudessa oli huomattavan paljon yhtymäkohtia, kuten pareittain tehtävä työ, jota tehdään asiakkaan luona. Vaikka itse kotihoidon työ eroaakin huomattavasti kotona tehtävästä päihdetyöstä.

Kirjallisuuskatsaus auttoi löytämään ne relevantit teokset ja opinnäytetyöt, joiden avulla oli mahdollista vertailla kehitystyötä käytössä oleviin samantapaisiin työmenetelmiin. Teokset mahdollistivat käytännön kehitystyön perustelemisen teoriassa. (Kananen 2009, 73).

Käytännössä tapahtuvan kehitystyön pohjalla oli kirjallisuudesta sekä käytännön kokemuksista saatu monipuolinen tieto, joka nivoutui yhteen analysoitaessa kehittämistyötä, joka muokkaantui aina asiakastapausten myötä jatkuen vielä tämän kehittämistyön jälkeen. Työntekijöiden kokemuksia asiakastilanteista arvioitiin työryhmissä ja kokoonpanoissa, jotka sillä hetkellä olivat tarpeenmukaisia. Tämän jälkeen voitiin sopia yhteisesti tietyistä käytänteistä, joiden mukaan jalkautuvaa päihdetyötä mallinnettiin. Työntekijän oli mahdollista reflektoida tekemisisään tehden tarvittavia muutoksia itsenäisesti työtavoissaan. Asiakkailta saatiin kokemuseräistä tietoa, jota

pohdittiin vertaillen asetettuihin tavoitteisiin. Tietoa analysoitiin suullisesti sekä kirjallisesti kirjattuna työmuistioihin, jolloin se oli kaikkien saatavilla.

Edellä mainitun työmenetelmän kehittämistä ja juurruttamista työyksikössä voitiin kuvata triangulaation avulla, jolloin työskenneltäessä yhtenä työntekijänä muiden joukossa oli mahdollisuus tarkastella kehitystyötä monesta näkökulmasta lähinnä menetelmätriangulaation kautta, jolla tarkoitetaan asioiden tarkastelemista monista eri näkökulmista eri tavoin. Käytin metodeina kahdenkeskeisiä keskusteluja, yhteisiä palaveria eri kokoonpanoissa, kokemusperäistä tietoa sekä ovensuukeskusteluja ja tehtyjä muistiinpanoja. Työmenetelmän toimivuuteen sekä sen kehittämiseen osallistui kaikki työyhteisömme työntekijät hankkien ja analysoiden saatua tietoa asiakkaista. (Huovinen & Rovio, 2008, 104 -105.)

Työmenetelmän muokkaantuminen perustui työntekijöiden työkokemusten pohjalta hankittuun empiiriseen eli kokemusperäiseen tietoon. Työmenetelmän avulla saatu aineisto nojasi vahvasti työntekijöiden kokemusperäiseen tietoon asiakaskunnasta sen käyttäytymismalleineen. Tähän perustuivat myös asiakkaiden luona tapahtuvat arviointikäynnit jatkotoimenpiteineen, asiakkaan soveltuessa jalkautuvan päihdetyön asiakkaaksi tai tarvittaessa suljetumpaan päihdehoitoon. Aineiston analysointia ja työmenetelmän sopivuus asiakastilanteessa arvioitiin jokaisen asiakastapauksen myötä. Tiedon avulla päästiin nopeasti käsittelemään varsinaista aineistoa kehittämissä. Saatua aineistoa täydennettiin haastatteleamalla ja ottamalla yhteyttä tarvittavaan asiakkaaseen henkilökohtaisesti. Lopuksi aineisto järjestettiin ja tieto tallennettiin varsinaista analyysia varten, josta tarkemmin luvussa viisi. (Hirsijärvi ym. 2004, 2009-210.)

4.5.1 Jalkautuvan päihdetyön yhtäläisyyksiä kotihoitoon sekä perhetyöhön

Jalkautuvan päihdetyön malli suunnitellaan vastaamaan työyksikkömme tarpeita. Siinä voitiin todeta monia yhtymäkohtia, esimerkiksi kotihoitoon sekä perhetyöhön. Mainituissa työmuodoissa on ensiarvoisen tärkeää matala hoitoon tulon kynnyks, mahdollisimman varhainen puuttuminen, ennalta ehkäiseminen sekä asiakkaan motivoiminen, haluttuun muutokseen.

Eri ammattilaiset ja asiantuntijat tekevät paljon työtä ihmisten kodeissa. Kaikissa niissä oli yhtäläisyyksiä vaikka itse työsuoritus erosi toisistaan hyvinkin paljon. Näkyvimpänä erona koin psykososiaalisen kuntoutuksen pohjautuvan lähinnä puheen avulla tapahtuvaan työhön ja kotihoidon sekä perhetyön keskittymisen ehkä konkreettisempaan asiakastyöhön. Kotihoidossa korostui sen lääkekeskeisyys.

Vuonna 2014 säädetyssä laissa, joka koskee ikääntyneiden toimintakyvyn tukemista sosiaali- ja terveyspalveluissa, kotihoito määritetään ensisijaiseksi palvelumuodoksi ikäihmisten kohdalla. Se tarjoaa palvelukokonaisuutta henkilöille, joiden toimintakyky on pysyvästi tai tilapäisesti heikentynyt ja yhdistää kotisairaanhoidon sekä kotipalvelun, jonka turvin asiakas voi asua kotonaan mahdollisimman pitkään. Tätä voidaan tukea yhteiskunnan varoilla esimerkiksi kodissa tarvittavilla muutostöillä, jotta asunnosta saadaan asukkaalle esteetön ja turvallinen. Tarvittavat palvelut ohjataan asiakkaan kotiin. (Ikonen 2015, 10-12, 15 -18.)

Tähän konseptiin sopi tarvittaessa myös jalkautuva päihdetyö. Kotihoito ja sen piirissä työskentelevät palveluohjaajat olivat usein yhteydessä tarvittaessa päihdetyötä asiakkaan kotona. Työmuoto lisäsi yhteistyötä eri ammattiryhmien kesken ja asiakkaalle saatiin kokonaisvaltaisempi palvelusuunnitelma. Yhteydenottojen myötä voitiin huomata alkoholin myötä lisääntyvät haasteet varsinkin ikäihmisten keskuudessa. Näillä tarkoitan tässä tapauksessa tapaturmia, varsinkin kaatumisia sekä erilaisten somaattisten sairauksien puhkeamista. Päihdeasiakkaiden katsotaan olevan kasvava asiakasryhmä, joiden pitkään jatkunut alkoholinkäyttö lisää sosiaalisia, akuutteja sekä kroonisia somaattisia haittoja. (Ikonen 2015, 46.) Mielenterveysasiakkaat, joilla on myös alkoholiongelmaa koetaan usein varsin haasteellisiksi ja työskentelyssä heidän kanssaan vaaditaan hyvää vuorovaikutusta, tarkoituksena vahvistaa asiakkaan itseluottamusta sekä itseensä, että elämään. Näissä tilanteissa kotihoidon työparina jalkautuva päihdetyöntekijä on tärkeellinen työpari.

Kotihoidossa sekä jalkautuvassa päihdetyössä on asiakkaiden lisäksi myös paljon muita yhtäläisyyksiä. Molemmat arvioivat asiakkaan palvelujen tarvetta sekä asiakkaan soveltuvuutta kotona tapahtuvaan työhön. Työmuodot kartoittavat asiakkaan

perhetilannetta sekä hänelle annettavaa lääkitystä, lääkäriä konsultoiden tarpeen mukaan. Kotikäynti on niin kotihoidolle kuin jalkautuvalle päihdetyöllekin tyypillinen työmentelmä. Se toteutuu eräänlaisena prosessina, jota edeltää valmistelu, toteutus ja toimenpiteet käynnin jälkeen. Molempien työtä ohjaavat eettiset säädökset ja kirjaamiseen liittyvät velvoitteet. (Ikonen 2015, 159, 161,166,192.)

Perhetyön määritelmä ei ole itsestään selvyys ja sitä jäsennetään edelleen. Selvää kuitenkin on, että työ on perheiden kanssa tehtävää monisäikeistä työtä. Varsinkin lastensuojelussa perhetyön rooli on vahva, jota määrittää lastensuojelulaki. Työ kuuluu avoimuuden tukitoimien kirjoon, juurtuneena siellä toimivien perhetyöntekijöiden toimintamuodoksi. Perheen kanssa toimii monialainen ammattilaisten joukko, useissa eri tehtävissä. (Hovi-Pulsa 2011, 59-60.)

Kuten luvussa 4.2 tuotiin esille, perheen sekä asiakkaan lähipiiriin mukaan ottamisella oli tärkeä rooli päihdetyössä. Asiakas itse määrittä lähipiiriin, jonka halusi kuuluvan mukaan esimerkiksi yhteisiin palaveriinhin. Asiakastapaamisissa oli usein läsnä joku asiakkaan perheeseen kuuluva. Vaikka läsnäolo ei aina ollut fyysistä työntekijän oli mahdollista aistia ilmapiiriä havainnoiden esimerkiksi esillä olevista valokuvista perhedynamiikkaa. Perhekulttuuri toimi asiakkaalle tärkeänä voimavarana vaikuttaen voimakkaasti asiakkaan motivaatioon hoidossa. Omaisten ja läheisten osallistuminen kotona tapahtuvaan hoitotapahtumaan on aina vapaaehtoista ja perustuu asiakkaan valintoihin, mutta se otetaan puheeksi hoitokokonaisuutta kartoitettaessa. Omaisten voimavarat tulee aina kuitenkin huomioida huolehtien heidän jaksamisestaan. (Ikonen 2015, 40-41.)

4.6 Kohti jalkautuvaa päihdetyön mallia

Kehittämistyön pääasiallinen tavoite oli mallintaa laitospalveluiden jalkautuvaan päihdetyöhön sopiva viitekehys tai malli yhteistyössä yksikön työntekijöiden kanssa. Kehittämisprosessia lähdettiin ideoimaan systemaattisesti eteenpäin saadessani mahdollisuuden tehdä aiheesta opinnäytetyö ylemmän ammattikorkeakoulun sosiaalialan

opinnoissa. Tarkoituksena kehittää strukturoitu malli jalkautuvaan päihdetyöhön, yhdessä yksikkömme työntekijöiden kanssa. Työyhteisön jäsenet lähtivät mukaan vaihtelevalla menestyksellä. Asiasta kiinnostuneet olivat mukana sitäkin innostuneemmin.

Aluksi aihetta ideoitiin lähinnä pienissä kahden kolmen hengen ryhmissä tai niin sanotuissa ovensuukeskusteluissa. Myöhemmin asia otettiin esille viikoittain käydyissä henkilökunnan työryhmissä, joihin jokainen työvuorossa oleva osallistui ja aivoriihen tapaan toi julki keksimiään kehitysideoita toimivan mallin aikaansaamiseksi. Soveltuvien asiakastapausten tullessa työntekijä suoritti jalkautuvaa päihdetyötä senhetkisten yhteisesti sovittujen seikkojen pohjalta. Kontaktikäyntien jälkeen tapauksista keskusteltiin avainhenkilöiden kanssa ja pohdittiin mikä toimi ja mitä pitäisi kenties tehdä toisin vai oliko prosessi ollut riittävä.

Jokainen asiakastapaus toi jalkautuvan päihdetyön malliin omat piirteensä ja muokkasi lopullista suunnitelmaa. Samalla tapa käsitellä asiakastapauksia vahvisti työntekijän käsitystä kehitteillä olevasta työmuodosta ja juurrutti menetelmää työyhteisöön. Asiakastapausten läpikäyminen työyhteisössä toi esiin työmuodon erilaisia asiakaskohtauksia ja niiden erityispiirteitä. Vaikka työntekijä ei itse olisikaan ollut kyseessä olevassa asiakastapaamisessa, hän sai käsityksen miten niissä toimittiin ja samalla hän pystyi sisäistämään työmenetelmän luonnetta. Se taas rohkaisi työntekijää ja antoi tarvittavaa uskallusta tarttua kulloiseenkin tilanteeseen ja luottamaan omaan ammattitaitoon.

Alla oleva kuvio kaksi pelkistää kehittämistyön palvelumuotoilun näkökulman eri vaiheet. Ideoinnin taustalla olivat monet keskustelut työntekijöiden kesken sekä työyhteisön kokemukset erilaisista asiakastilanteista heidän motivoimisessa ja haastattelutilanteissa työmenetelmää kehitettäessä. Työntekijöiden haastattelut toivat esiin henkilökohtaiset mielipiteet työn toimivuudesta juuri kyseessä olevassa asiakastilanteessa. Yhteisesti suunniteltu toimintamalli saatiin ideoitua lanseerausvaiheeseen. Käytäntö ei aina kuitenkaan noudata täysin samaa kaavaa vaan on helposti muunneltavissa asiakastapausten vaatimuksia vastaavaksi. (Kananen 2009, 61-65.)

Kuvio 2. Palvelun suunnittelun vaihe (Kinnunen 2003, 146)



5 TUOTOKSET JA TULOKSET

Keväällä 2018 työmenetelmälle haluttiin saada sitä kuvaavaa nimi. Asiaa ideoitiin yhteisessä aivoriihessä, jossa jokainen antoi ehdotuksia mielensä mukaan. Lopulta päädyttiin järjestämään pienimuotoinen kilpailu aiheesta, johon kuka tahansa yhteisön jäsen tai yhteistyökumppani voi osallistua. Valitun nimen haluttiin kuvaavan jotenkin porilaisuutta. Nimiehdotuksia kerättiin sekä asiakkailta, heidän läheisiltään, asiantuntijoilta että työyhteisön jäseniltä. Nimiehdotuksia saatiin vähän yli 20, jonka jälkeen työyhteisössä järjestettiin äänestys, jossa eniten ääniä saanut nimiehdotus valittiin. Eniten ääniä saanut voitti ja niin jalkautuva päihdetyö psykososiaalisissa laitospalveluissa sai nimekseen Klaari. Perusteluina valinnalle oli muun muassa ytimekäs nimi, joka Porin murteella tarkoittaa osuvasti selkeää/ selvää.

Kyselyjä kotikatkon suhteen tuli viikottain yksi - kaksi. Yhteydenottajana oli yleensä, huolestunut läheinen, Porin kaupunginsairaala tai asiakas itse. Jokainen yhteydenotto käsiteltiin raporttien yhteydessä jatkotoimenpiteitä pohtien yhdessä työvuorossa olleiden kesken. Kaikki yhteydenotot eivät johtaneet asiakassuhteeseen.

Yhteydenotot erilaisine asiakastapauksineen lisäsivät työntekijän varmuutta ehdottaa jalkautuvaa päihdetyötä asiakkaalle ja mahdollisuuksien mukaan sopia arviokäyntiä hänen luonaan. Työntekijän ottama vastuu ehdottaa yhteydenottajalle jalkautuvaa päihdetyötä oli osana juurruttamassa työmenetelmää työyhteisöön. Sen varmis-

tamiseksi tarkoitukseni on käydä työmenetelmä läpi jokaisen työntekijän kanssa henkilökohtaisesti. Tavoitteena kuulla ne haasteet, joita työntekijä kokee henkilökohtaisina, mikäli sellaisia esiintyy. On ymmärrettävää, että jokainen työntekijä ei koe työmenetelmää omakseen, mutta jokaisen tulee kuitenkin tietää sen pääperiaatteet, osata tarjota mahdollisuutta asiakkaalle ja osallistua toisen työntekijän pariin tarpeen mukaan.

Työyksikön työmenetelmä on tässä vaiheessa pilotti, joka tarkoittaa sen maksuttomuutta asiakkaalle sekä työn tekemistä voimassa olevilla varoilla ja henkilökuntamäärällä. Tästä johtuen kaikki asiakaskäynnit eivät aina olleet mahdollisia henkilöstöresurssien vähyden vuoksi. Varsinkin kunnan ääri rajoilta tulleet asiakkaat pyrittiin saamaan joko laitoshoitoon tai lähimmän mahdollisen avohoitoa tarjoavan yksikön piiriin. Työyhteisöstä ei aina ollut mahdollista irroittaa kahta työntekijää kauempana asuvan asiakkaan luo. Haastetta lisäsi käytettävän ajoneuvon yhteiskäyttö muiden yksiköiden kanssa, siksi käytössä oli usein oma auto.

Jäljempänä olevassa taulukossa yksi kuvaan ohjelmateorian avulla mallinnettua jalkautuvan päihdetyön mallia palvelusuunnittelun kautta. Toimintateoriaa siinä edustaa muun muassa työyhteistyön yhteistyö kehitetyssä toimintamallissa. Samalla se antaa myös asiakkaalle selkeän kuvan siitä, mitä jalkautuva päihdetyö tarkoittaa käytännössä. Mallia ei ole tarkoitus jakaa asiakkaalle vaan työntekijän tulee selvittää työmuotoa asiakkaalle ensi kontaktien yhteydessä. Malli yksinkertaistaa jalkautuvan päihdetyön kokonaiskuvaa myös työntekijälle siitä miten hänen tulisi jäsentää käyntejään asiakkaan luona ja mistä tehtävien käyntien asiakkaan luona on mahdollista koostua. Kehitetyn mallin oletuksena on sen toimivuus käytännössä, jota on kokeiltu käytännön asiakastapauksissa ja muunneltu tarpeen tullen. Periaatteessa voidaan kuitenkin katsoa asiakastapausten noudattavan periaatteiltaan juuri taulukossa yksi kuvattua linjaa.

Luvussa 4.5 kerrottiin varsinaisen päihdetyön mallintamiseen liittyvistä eri keinoista, joiden avulla tulokseksi saatiin tässä luvussa esiteltävä jalkautuvan päihdetyön malli, joka antaa vastauksen ensimmäisen tutkimuskysymyksen. Toimintatutkimukselle tyypillisenä tiedonkeruumenetelmänä asiakkaiden kokemuksista käytettiin pienimuotoista kyselykaavaketta (Liite 1). Muita käytettyjä tiedonkeruun toteutustapoja

olivat haastattelut asiakaskäyntien yhteydessä, puhelimitse ja postitse. Tehty kehittämistyö ei ollut varsinaisesti kvantitatiivinen vaikka sen strategia pohjautuikin osin toimintatutkimukseen. Tämä siitä syystä, että kehittämisen pääpaino oli jalkautuvan päihdetyömenetelmän mallin kehittämisessä eikä tiedonkeruussa menetelmän vaikuttavuudesta.

Varsinaisen jalkautuvan päihdetyön loputtua asiakkaisiin oltiin yhteydessä kaksi kertaa. Ensimmäinen yhteydenotto tapahtui noin kolmen kuukauden kuluttua ja seuraava kontakti noin puoli vuotta - vuosi viimeisestä kotikäynnistä. Yhteydenotot asiakkaisiin tehtiin joko puhelimitse tai käymällä konkreettisesti heidän luonaan. Varsinkin tavoitteissaan onnistuneet, hieman varttuneemmat asiakkaat toivoivat kotiin suunnattujen asiakaskäyntien jatkuvuutta. Tämä olisi muuttanut työmenetelmän laatua lähinnä vierailuksi eikä ollut asiakkaan päihdekuntoutumisen kannalta enää tarkoituksenmukaista. Muutamia asiakkaita eivät vastanneet puhelimeen tai heillä oli jokin syy miksi eivät halunneet enää olla yhteydessä päihdepalveluihin. Asiakkaan toivetta kunnioitettiin eikä heihin enää otettu yhteyttä.

5.1 Jalkautuvan päihdetyön malli Porin psykososiaalisissa laitospalveluissa

Kehittämistyötä tehtäessä todettiin, että jalkautuvaan päihdetyöhön ei voida laatia yhtä yksiselitteistä mallia. Jäljempänä kuvattu taulukko 1 selventää työmuodon eri vaiheissa tapahtuvaa toimintaa. Taulukon mukainen prosessi antaa riittävän väljät raamit työn kehittämiseksi asiakaskohtaisesti ja antaa työntekijälle mahdollisuuden käyttää luovuuttaan. Mainiemen kuntoutuskeskuksen arviointisuunnitelman Sirpa Rinta-Jaskarin työstämästä taulukosta mukaeltu malli toimii Porin psykososiaalisten laitospalveluiden pohjana jalkautuvaan päihdetyöhön.

Taulukon avulla haluttiin kuvata se malli, joka todettiin hyväksi Porin psykososiaalisten laitospalveluiden jalkautuvaan päihdetyöhön. Taulukossa ensimmäisenä on kuvattu työmenetelmän vaihe ja senhetkinen toiminta. Sarakkeessa mekanismit ja välineet halutaan kertoa miten työntekijä reagoi ensimmäiseen yhteydenottoon ja minkälaista vaikutusta sillä halutaan yhteydenottajaan. Tässä taulukossa ajatuksena on asiakkaan oma kontakti päihdepalveluihin. Työyhteisössä tiedetään, että toimenpiteisiin

ei voida alkaa ilman asianosaisen suostumusta. Kontaktin jälkeen tilannetta arvioidaan, joko työntekijä itsenäisesti, riippuen tilanteesta, paikalla olevien työntekijöiden kanssa tai mahdollisesti työryhmässä raportin aikana, jolloin useampi henkilökunnasta on läsnä. Näin edetään vaihe kerrallaan lopuksi arvioiden. Jalkautuvan päihdetyön päättyessä asiakkaalle sovitaan tarvittavat jatkotoimenpiteet. Tämän jälkeen voidaan tarpeen mukaan käydä yhteisesti työparin tai muun tarvittavan asiantuntijaryhmän kanssa läpi koko prosessi ja miettiä siinä kohdattuja haasteita tai onnistumisia. Tärkeää on asiakkaan hoitopolun jatkuminen ja tarpeellisen tuen järjestäminen. Työn jokaisessa vaiheessa suoritettava arviointi ja käytännön kokemukset ohjaavat työntekijää refleктоimaan erilaisia asiakastilanteita ja muuttamaan työskentelytapojaan sen mukaan. Asiakastilanteissa päädyttiin henkilön senhetkinen tilanne huomioiden yksilöllisen päihdetyön toteuttamiseen.

Taulukko 1. Jalkautuvan päihdetyön malli. (Rinta-Jaskari n.d.)

VAIHEET	INTERVENTI OT/ PROSESSI	MEKANISMIT/ VÄLINEET	VAIKUTUSODOT UKSET	ARVIOINTI
Kontaktin otto päihdepalveuihin	Puhelu asiakkaalle -sovitaan käynti	Tilannekartoitus -puhelimitse	-asiakkaan kiinnostuksen herääminen	Arviointi työparin tai työyhteisön kanssa
Arviokäynti asiakkaan luona kuntoutumissuunnitelma	Kokonaistilanteen arviointi keskustellen	-luottamuksen rakentaminen -motivoiva haastattelu	-tilanteen ymmärtäminen -itsetutkiskelu	Arviointi työparin tai työyhteisön kanssa
Työskentely asiakkaan luona alkaa -käyntikerrat koostuvat määrästä X, (1-5 krt)	-käyntivälin tapahtumat -Audit -kriisitilanteet -motivointi -eri elämäalueista koostuvat tehtävät -keskustelut asiakkaan ehdoilla	-luottamuksen rakentamisen vahvistaminen -tasavertaisuus -muutosvalmius -tilanteen arviointi -asiakkaan arvot	-asiakas syventyy omaan tilanteeseensa -muutosvalmius -sitoutuminen muutokseen	Arviointi tarvittavien asiantuntijoiden kesken
Jalkautuvan päihdetyön päättäminen	-jatkosuunnitelma -yhteenvedo käynneistä keskustellen	-tavoitteiden konkretisointi ja uudelleen läpikäyminen -muutoksen arviointi	-realistiset tavoitteet -asiakkaan omat toiveet -riittävä tukiverkosto	Arviointi työparin tai työyhteisön kanssa
Jatkohoito	-intervalli -tukikäynti -kriisijakso	-oman tilanteen tarkastelu -avokäynnit ryhmissä -A-klinikan palvelut -jatkotuen tarve	-muutosprosessin jatkuminen -oman tilanteen arvio	

Asiakkaan oli tärkeää tietää esimerkiksi työmenetelmän kesto ja siinä käytettäviä menetelmiä pääpiirteittäin. Saatu tieto helpotti myös työntekijää päättämään jakautuva päihdetyö sovitun muutaman käyntikerran jälkeen. Usein asiakas kiintyi työntekijään siinä määrin, että työntekijän kontaktikäyntien luonne oli muuttumassa korvaamaan

esimerkiksi asiakkaan yksinäisyyttä. Tämän tapaisiin vierailuihin henkilöresurssit eivät riitä eikä se ollut päihdetyön näkökulmasta tarkoituksenmukaista, kuten edellisessä luvussa todettiin.

Jokainen asiakaskontakti on omanlaisensa, siksi tarkoin strukturoitua jokaiseen asiakastapaamiseen luotua konseptia ei ole tarkoituksenmukaista luoda. Asiakastyö tapahtuu eri tilanteita ja persoonia luovasti havainnoiden ja arvioiden. Yksilöllisesti tehtävää työtä ei ole tarkoituksenmukaista rajata tiukasti, josta työyhteisö oli koko ajan samaa mieltä. Keskustelua aiheesta käytiin yhteisissä palaverissa eri kokoonpanoissa ja kahvihuonekeskusteluissa. Työ oli asiakaskohtaista ja asiakaslähtöistä perustuen asiakkaan tarpeisiin sekä hänen omiin tavoitteisiinsa. Asiakastapausten yhteisinä tekijöinä nähtiin tehtävät arvioitikäynnit, jotka olivat luonteeltaan hyvin samanlaisia. Yhteisiä piirteitä noudattivat myös muutamista käyntikerroista koostuva kokonaisuus ja jakson aikana asiakkaille suunnitellut tarkoituksenmukaiset ja asiakkaan toiveet huomioiva jatkohoito.

Työmenetelmää voidaan pitää suhteellisen kevyenä päihdetyön muotona ja siksi se soveltuu parhaiten henkilöille, joilla on voimakas halu muutokseen, mutta tarvitsevat siihen asiantuntijan tukea tai asiakkaalla jokin este laitoshoidon toteuttamiseen. Syynä voi olla myös aiempien laitosjaksojen epäonnistuminen. Asiakkaalle sen kynnyksen on tehty kuitenkin mahdollisimman matalaksi, jolloin avun saaminen on suhteellisen nopeaa eikä vaadi suuria ponnisteluja. Rohkeus yhteydenottoon itse tai hyväksyminen avun vastaanottamiseen riittää.

Työvälineiden valinta sekä asiakastilanteessa tapahtuva asiakastyö riippui asiakkaasta sekä työntekijästä. Kuten liitessä kaksi mainitaan, arviointikäynnin yhteydessä on tarkoitus arvioida paitsi asiakkaan terveydentilaa saada hänestä kokonaisvaltaisempi kuva seuraavia mahdollisia käyntikertoja ja niissä toteutettavia sisältöjä varten. Asiakaskäyntejä oli tarkoitus tehdä yhdestä kolmeen, jonka jälkeen voitiin tehdä vielä yhdestä kahteen tukikäyntiä. Tukikäyntien tarkoitus oli tukea asiakkaan kotiinpaluuta hoitajaksolta joko sairaalasta tai päihdehoitolaitoksesta, mutta ne voivat olla myös käyntejä asiakkaan luona esimerkiksi pidemmän aikavälin kuluttua varsinaisen jalkautuvan päihdetyökäyntien jälkeen.

Työmuodolle haluttiin saada selkeä loppu, joka ei jättänyt asiakasta yksin siinäkään tilanteessa jossa jalkautuva päihdetyö oli riittämätön. Jokaisessa asiakastapauksessa päädyttiin asiakasta tyydyttävään ratkaisuun. Työntekijöiden informointi työtavoista asiakkaan luona ja erilaisten asiakastapausten läpikäynti työyhteisössä työmenetelmän vahvistamiseksi ja juurruttamiseksi työntekijöille jatkuu edelleen tämän kehitystyön jälkeen. Ensiarvoisen tärkeää on, että yhteydenottaja laitospalveluihin tuntee ottavansa kontaktin oikeaan paikkaan heti ensimmäisellä kerralla. Tässä avainasemassa on kontaktin vastaanottava työntekijä.

5.2 Työmenetelmän juurruttaminen työyhteisöön

Tässä kappaleessa vastaan tutkimuskysymykseen kaksi, jonka tavoite oli vakiinnuttaa työmenetelmä työntekijän arkipäivään ja jonka vakiinnuttaminen eli juurruttaminen jatkuu edelleen tämän kehittämistyön valmistuttua. Juurruttamisella tässä yhteydessä tarkoitetaan tiettyä prosessia, jolle luodaan edellytykset käytäntöön. Sitä voidaan luonnehtia toimijoiden vuorovaikutuksessa tapahtuvaksi oppimisprosessiksi, jossa kehittämisen kohde ja kehittämiseen osallistuva yhteisö ovat jatkuvasti muuttuvassa tilanteessa. Uusien asiakastapausten ja niissä esiintyvien haasteiden myötä kehittämiseen osallistuvat syventävät osaamistaan ja kehittämisen näkemys täsmentyy.

Työntekijä pyrittiin sopeuttamaan uuteen tyyliin työtavoissaan tai ainakin huomiomaan työmenetelmän tuoma mahdollisuus tarjotessaan asiakkaalle eri vaihtoehtoja. Keskusteluja työyhteisön jäsenten kiinnostuksesta työmenetelmää kohtaan käytiin ja kaikki työntekijät eivät olleet yhtä halukkaita tekemään jalkautuvaa päihdetyötä, mutta kukaan ei varsinaisesti ollut sitä vastaanakaan. Se ei aiheuttanut kitkaa työyhteisössä, sillä perustehtävä katkaisuhoidon asemalla tuli kuitenkin hoitaa. Henkilöt, jotka eivät lähteneet asiakastapaamisiin jäivät hoitamaan perustehtävää yksikössä.

5.3 Tuloksia jalkautuvan päihdetyön vaikuttavuudesta

Seuraavien alalukujen avulla esitän jalkautuvan päihdetyön asiakastapausten avulla saatuja tuloksia työn vaikuttavuudesta, joka antaa vastauksen tämän kehittämistyön kolmanteen tutkimuskysymykseen. Varsinainen kehittämistyön puitteissa tehty

jalkautuva päihdetyö asiakkaiden kotiin aloitettiin lokakuussa 2017. Yhteydenottoja päihdepalveluihin tuli tuolloin yhdestä kolmeen viikossa, joista kaikki eivät päätyneet jalkautuvaan päihdetyöhön. Yhteydenottajina olivat asiakas itse, puoliso, asiakkaan lapsi, lastenlapsi, sairaalaosaston henkilökunta, kotihoito, turvapalvelu ja diakonissa. Maaliskuun loppuun mennessä niin sanottuja kotikatkokäyntejä oli tehty 20. Tehdyn työn vaikuttavuudesta asiakaskunnassa haluttiin tässä vaiheessa saada tietoa. Päätettiin tehdä pienimuotoinen kysely (Liite 1) ja selvittää mitä jalkautuvan päihdetyön piirissä olleille asiakkaille kuului. Kyselyn avulla toivottiin tuloksia alkoholikulutuksesta sekä käytetyistä terveydenhuollon palveluista verrattuna tilanteeseen ennen jalkautuvan päihdetyön käyntejä. Ristiriidat sekä mahdollinen väkivalta perheessä otettiin myös esille kyselykaavakkeessa. Asiakkaille lähetettiin kyselykaavake sekä saatekirje, jossa kerrottiin, että häneen ollaan yhteydessä puhelimitse tietynä ajankohtana johon mennessä asiakkaan pyydettiin täyttämään lähetetty kaavake.

Asiakkaiden ikähaarukka oli välillä 28 – 85- vuotta. Heistä 15 oli miehiä ja viisi naisia. Lähetetyn kyselykaavakkeen jälkeen yhteydenotto asiakkaisiin tapahtui noin kahden viikon kuluttua. Prosessi asiakkaiden luo koostui keskimäärin neljästä käyntikerrasta. Kahden asiakkaan kohdalla tarvittiin lääkärin konsultaatiota. Yhteydenotto tapahtui mobiililääkäriin, koska laitospalveluissa ei ollut omaa lääkäriä ja tapauksissa tarvittiin lääkärin tuloa asiakkaan luo. Molemmat asiakkaat päätyivät terveydentilansa vuoksi sairaalahoitoon.

Kuusi asiakkaista päätyivät kontaktin jälkeen katkaisuhoidon laitospalveluihin. Heidän kanssaan keskusteltiin tilanteesta ja rohkaistiin, asiakkaiden ennakkoluuloista huolimatta, ottamaan tarjottu apu vastaan. Neljä heistä jatkoivat myös akuutin katkaisuhoidon jälkeen laitospalveluiden jatkokuntoutukseen. Kuntoutumisjakson jälkeen kahden asiakkaan kotiin tehtiin vielä kaksi niin sanottua tukikäyntiä. Kaksi asiakkaista toivoi tukikäyntejä vielä myöhemmässä vaiheessa. Sairaalaosaston työntekijän yhteydenoton perusteella tehtiin kolme Klaari käyntiä. Käynneistä yksi johti jalkautuvaan päihdetyöhön ja loppui asiakkaan toiveesta hänen voimaannuttuaan. Toisessa asiakastapauksessa toivottiin kotikäyntiä, mutta yhteydenoton yhteydessä asiakas oli vahvassa humalassa ja halusi jatkaa juomistaan, joten hänen kohdallaan Klaarin tarjoama työtapo ei ollut sopiva vaihtoehto. Asiakas ei myöskään ollut halukas laitoshoidon. Asiakkaan päätöstä kunnioitettiin ja päihdetyötä ei hänen kohdallaan

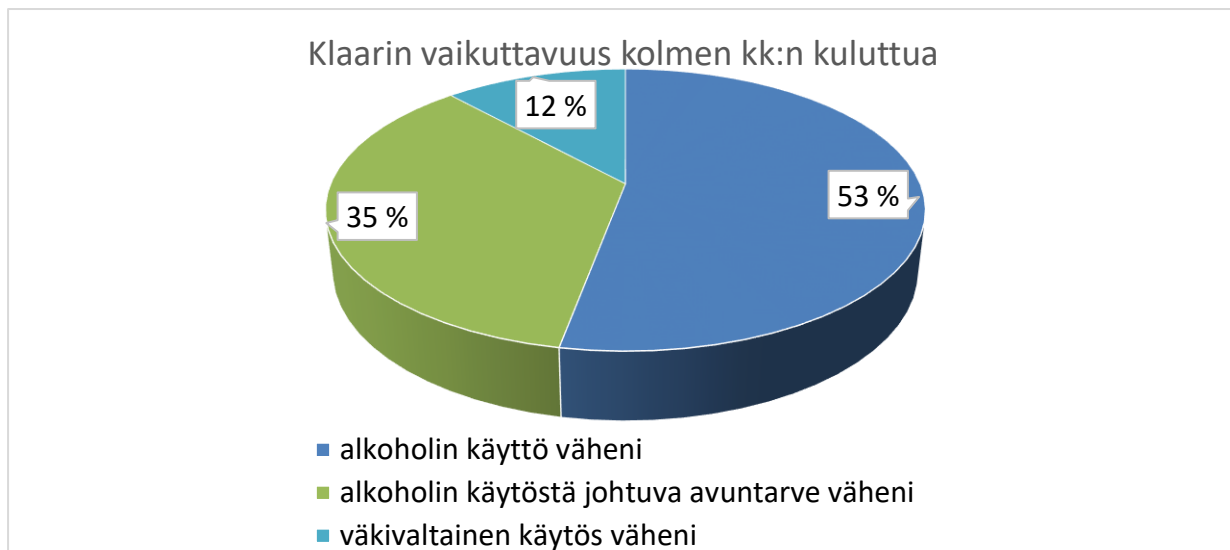
jatkettu. Kolmas mahdollinen asiakas ei ollut sovittuna ajankohtana kotona tai mahdollisesti ei halunnut avata ovea.

Laitospalvelujen esteellisyys esti yhden asiakkaan laitospääntymisen, mutta jalkautuvan päihdetyön neljä kotikäyntiä auttoivat häntä toivomaansa tavoitteeseen. Asiakas halusi tehdä aiheeseen liittyviä tehtäviä, joita läpikäytiin kotikäyntien yhteydessä. Viimeisellä käyntikerralla tuli mukaan A-klinikan terapeutti, joka jatkoi työskentelyä asiakkaan kanssa Kloorin käyntien loputtua. Muut viisi asiakastapausta loppuivat asiakkaiden toiveesta, joko tarpeettomina tai heidän halustaan jatkaa elämänsä ilman päihdepalvelujen apua.

Kysely jalkautuvan päihdetyön merkittävyydestä lähetettiin 20: lle asiakkaalle. Vastauksia saatiin 9, joka oli 45% lähetetyistä kyselykaavakkeista. Alla olevan kuvion avulla halutaan selventää niitä merkittäviä vaikutuksia, joita jalkautuvan päihdetyön avulla saavutettiin noin kolme kuukautta ensimmäisen asiakaskontaktin jälkeen. Työmenetelmän vaikuttavuutta tutkittiin lähinnä alkoholikulutuksessa tapahtuneen sekä terveyspalvelujen käytössä tapahtuneiden mahdollisten muutosten kautta. Samalla haluttiin tarkastella väkivaltaisen käytöksen muuttumista.

Vaikuttavuutta pohdittaessa haluttiin tuoda esiin myös uudistuvan Sosiaali- ja terveydenhuollon toiveet, joka suuntaa palvelutapahtumien käytännön suoritteet enemmän asiakkaan luona tapahtuviksi. Tästä näkökulmasta katsottuna jalkautuva päihdetyö vastaa hyvin haasteeseen ja työmenetelmän positiiviset vaikutukset asiakaskunnassa vaikuttavat kiistattomilta. Pidemmän aikavälin tulokset, alkoholista johtuvien terveyspalvelujen käytön vähenemisessä, vähentävät muun muassa terveyskeskusten henkilöstön paineita. Laitoshoidosta koituvat kustannukset ovat huomattavasti suuremmat verrattuna jalkautuvaan päihdetyöhön, jolloin työ koetaan kustannustehokkaampana

Kuvio 4. Vaikuttavuus prosentteina



Syys-, lokakuun aikana asiakkaisiin, joihin oltiin oltu yhteydessä noin kolme kuukautta jalkautuvan päihdetyökäynnin jälkeen, otettiin yhteys uudelleen. Asiakkaisiin otettiin yhteys puhelimitse ja muutamat heistä toivoivat myös kotikäyntiä. Henkilökohtaisesti kohdattuja asiakkaita oli viisi. Seitsemään aiempaan asiakaskontaktiin ei enää saatu yhteyttä.

Asiakkaista tavoitettiin 13 ja heille esitettiin samoja kysymyksiä, kuin aiemmin lähetetyssä kyselykaavakkeessa. Erona lähetettyyn versioon verraten oli asiakkaiden aktiivisempi osallistuminen aiheeseen suullisesti. Keskustelujen aikana tehtiin muistiinpanoja. Saadut suulliset vastaukset olivat monisanaisempia ja vastaajat olivat kokeneet jalkautuvan päihdetyön hyväksi vaikka se ei olisikaan tuottanut muutoksia asiakkaan alkoholikäyttäytymiseen sillä hetkellä. Tätä perusteltiin sillä, että palvelu tuli kotiin ja herätti paljon ajatuksia omasta senhetkisestä tilanteesta. Tieto monenlaisista päihdepalvelujen tarjonnasta oli tervetullutta ja madalsi asiakkaiden kertoman mukaan kynnystä ottaa rohkeasti yhteys kyseessä oleviin muihinkin palveluihin. Pidemmän aikavälin tavoitetut asiakkaat koostuivat 11:stä miehestä ja kahdesta naisesta.

Verrokkiryhmän asiakkaista neljä jatkavat alkoholikäyttäytymistään samalla tavalla kuin ennen jalkautuvaa päihdetyötä ja yksi heistä on uusinut jaksojaan katkaisuhoidossa. Positiivista asiassa kuitenkin on kyseessä olevien asiakkaiden tietoisuuden herääminen päihdepalveluista, sillä otettu ensimmäinen kontakti oli

ylipäättään ensimmäinen puuttuminen aiheeseen heidän kohdallaan. Yksi asiakkaista on jatkanut käyntejään vertaistukiryhmässä ja yksi jatkanut kuntoutumistaan A-klinikan terapeutin jälkeen muussa palvelussa. Loput kuusi ovat kertomansa mukaan pysyneet kohtuudessa tai asettamassaan tavoitteessaan.

Kaikenkaikkiaan yhdeksän tavoitetuista asiakkaista katsoi jalkautuvan päihdetyön käyntien auttaneen heitä täyteen raittiuteen tai vähentämään alkoholinkäyttöään niin, että se ei aiheuta enää ongelmia. Tässä on kuitenkin huomattava, että käsitys oli asiakkaan oma. Keskustelujen yhteydessä ei ole ollut muuta perhettä läsnä tai henkilö asui yksin. Mainitussa luvussa yhdeksän on mukana kolme henkilö, joita ei tavoitettu kolmen kuukauden jälkeen lähetetyssä kyselyssä, mutta heihin saatiin yhteys puhelimitse myöhemmässä yhteydenotossa. Alla oleva kuvio neljä kuvaa työmuodon vaikuttavuutta tarkasteltuna pidemmän aikavälin jälkeen.

Kuvio 4. Vaikuttavuutta noin puoli vuotta asiakastapaamisista



Yhteydenottoja koskien jalkautuvaa päihdetyötä, tulee edelleen yhdestä kolmeen viikossa. Hyvää asiassa on se, että yhä useampi yhteydenotto koskee henkilöitä, jotka eivät vielä ole olleet päihdepalvelujen asiakkaina. Surullista asiassa on huomata, että monissa tapauksissa yhteydenotto tapahtuu kovin myöhäisessä vaiheessa, jolloin jalkautuva päihdetyö on riittämätön. Asiakkaalle tarjotaan aina kuitenkin jotakin toista vaihtoehtoa.

Ikäihmisten keskuudessa ongelmaksi nouseva alkoholin suurkulutus konkretisoitui käytännössä tehdyssä työssä. Lähes puolet yhteydenotoista koskivat henkilöitä, jotka olivat täyttäneet 65 –vuotta tai sen kynnyksellä. Ikäihmisten ollessa kyseessä, varhainen puuttuminen ongelmaan saattaa estää eräiden somaattisten sairauksien puhkeamisen tai alkoholin liiallisesta käytöstä johtuvat tapaturmat, kuten kaatumiset. Asiakasryhmässä lääkkeiden vaikutus yhdistettynä alkoholiin aiheutti haasteita. Lääkkeitä ei joko muistettu ottaa ollenkaan tai niitä oli otettu liikaa humalatilan aiheuttamasta muistamattomuudesta johtuen.

Hedelmällisintä jalkautuva päihdetyö oli tilanteissa, jolloin henkilö tavoitettiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa suhteessa alkoholikäyttämiseensä, hänen omasta toiveestaan. Asiakkaan motivaatio oli tuolloin korkea eikä tilanne ollut vielä päässyt eskaloitumaan liian pitkällä. Usein kyseessä oli ensikertalainen, jonka terveydentilan romahtaminen oli herättänyt ja saanut aikaan halun muutokseen.

5.5 Tulosten yhteenveto ja menetelmän arviointi

Kokemuksista asiakaskontakteissa ja saaduista vastauksista lähetetyssä kyselyssä voitiin todeta jalkautuvan päihdetyö Kloorin tarpeellisuus. Käynnit asiakkaan omassa kodissa otettiin positiivisesti vastaan. Ainoastaan yksi 20:stä asiakkaasta koki myöhemmin otetun kontaktin aiheen tiimoilta loukkaavana. Häntä ei häiritty tämän jälkeen, mutta kerrottiin kohteliaasti, että voi edelleenkin olla yhteydessä niin halutessaan. Keskustelussa haluttiin välittää asiakkaalle työntekijän hyväksyvä asenne.

Yhteydenotot, joissa toivottiin jalkautuvaa päihdetyötä koskivat useissa tapauksissa ikäihmisiä. Valitettavan usein huolta aiheuttanut alkoholikäyttäytyminen oli jatkunut useiden vuosien ajan vaikuttaen negatiivisesti asiakkaan terveydentilaan sekä parisuhteeseen. Viime vuosina ollaankin oltu huolissaan ikäihmisten kasvavasta alkoholin käytöstä vai onko aihepiiri vasta nyt tullut/otettu näkyväksi? Jokatapauksessa huolesta asiaan on voitu lukea eri lehtien palstoilta ja kuulla alan työntekijöiden puheista. Kehitystyön aikana ikäihmisten luona tehdyt asiakasprosessit onnistuivat kuitenkin suhteessa paremmin kuin niin sanottujen nuorempien kohdalla, <65- vuotiaiden.

Saadut tulokset osoittivat alkoholin käytön vähentyneen lähes kaikkien kohdalla. Asiakkaista vain yksi kertoi jatkavansa juomistaan entiseen tapaan. Ikäihmisten kohdalla pyrkimys, käytyjen keskustelujen perusteella, oli täysraittuteen ja hieman nuoremmat pohtivat usein niin sanotun kohtuukäytön mahdollisuutta. Aiheesta keskusteltaessa hämmennystä herätti lähinnä kohtuulliset alkoholin annosmäärät, joita pidettiin kovin pieninä.

Terveyspalveluiden käyttö väheni lähes samassa suhteessa alkoholikulutuksen vähentämiseen, mikä oli ilahduttavaa. Terveyspalveluiden henkilökunnan kanssa käytyjen keskustelujen perusteella voidaan todeta päivösyksen sekä terveyskeskuspalvelujen olevan kovin ruuhkaisia ja henkilökunta kiireistä. Asia on todettu lähinnä niiden keskustelujen yhteydessä, jolloin asiakkaat ovat lähteneet hakemaan lähetettä päästäkseen katkaisuhuoltoon ja paikkavaraus sinne jo tehty. Ambulanssihenkilökunnan kanssa käydyissä keskusteluissa haastetta, niin sanottuja turhia ajoja aiheuttavat humalasta johtuvat tarpeettomat ambulanssihälytykset. Ambulanssi on voitu hälyttää paikalle esimerkiksi yksinäisyyden iskiessä tai ystäväporukassa, jossa alkoholia on nautittu suhteellisen suurina määrinä ja tehdään porukalla ”diagnoosi” ystävän kokiessa ”outoja tuntemuksia”. Jalkautuvan päihdetyön auttaessa vähentämään edellä mainituja toimia voidaan todeta työn olevan myös yhteiskunnallisesti merkittävää.

Jokaisella on omat vahvuutensa, niin myös yksikkömme työntekijöillä. Kaikki eivät koe vahvuudekseen mennä tuntemattoman kotiin pohtimaan asujan päihdeongelmaa. Työntekijän ei kuitenkaan ole tarkoitus mennä asiakaskäynnille yksin. Klairin työtapa oli suorittaa kotikäynti yhdessä työparin kanssa. Näin autettiin myös työntekijää, joka ei kokenut olevansa riittävän rohkea näissä tilanteissa. Mukaan lähtevä työntekijä voi olla myös toisen työyksikön työntekijä, joka katsottiin tarpeelliseksi asiakaskontaktissa. Yksikkömme työntekijöistä lähes jokainen on valmis lähtemään jalkautuvaan päihdetyöhön työpariksi, joka edesauttaa asiakkaan nopeaa avun saantia.

Arviointia tehdystä työstä käytiin läpi työntekijöiden kesken tapauskohtaisesti sekä yleisesti aiheesta keskustellen. Voitiin todeta, että jalkautuva päihdetyö Klaari oli löytänyt paikkansa Porin psykososiaalisissa laitospalveluissa ja eri tahoilta tulleiden yhteydenottojen toivottiin jatkuvan ja lisääntyvän tietoisuuden asiasta kasvaessa.

Työmenetelmään luotu malli todettiin riittäväksi tällä hetkellä. Sitä oltiin valmiita kehittämään ja muokkaamaan tulevaisuudessa aina tarpeen mukaan yhteisten näkemysten pohjalta Yhteistyön eri organisaatioiden välillä toivottiin lisääntyvän ja poistavan päällekkäistä saman työn tekemistä. Työ oli tällöin myös asiakasta ajatellen laadukasta moniammatillisuudesta johtuen ja yhteiskunnan kannalta kustannustehokkaampaa.

Kehittämistyön alkuperäinen ajatus oli mallintaa ja juurruttaa jalkautuvan päihdetyön struktuuri juuri kyseessä olevaan työyhteisöön ja asiakastapausten pohjalta tarkastella hieman sen vaikuttavuutta. Katse oli suunnattu tulevaisuuteen ja niihin muutoksiin, joita päättävät elimet olivat sinne visioineet. Tulevaisuus vaikutti, tämän kehittämistyön lähetessä loppua, vieläkin epävarmemmalta kuin sen alkuvaiheessa. Lopputulosta tehdystä kehittämistyöstä voitiin kuitenkin pitää onnistuneena saatujen tulosten valossa. Työyhteisön jäsenten kanssa saavutettiin jäsenelty työmuoto asiakkaan luomenevään jalkautuvaan päihdetyöhön ja sen syventäminen työyhteisöön jäi itämään kehittämistyön päättymisen jälkeen.

5.6 Työmenetelmä tunnetuksi yhteistyökumppaneille

Jalkautuvaa päihdetyötä on pyritty tuomaan esiin yhteistyökumppaneille muun muassa muutaman dian käsittävään Power point esityksen kautta (Liite 2). Liitteen diat ovat osa hieman laajempaa esitystä aiheesta, joka on suunniteltiin yhdessä työyhteisön avainhenkilöiden kanssa. Siinä pyritään yksinkertaistamaan jalkautuvan päihdetyön struktuuri ilman väliarviointeja, joita kuitenkin tehtiin kussakin työvaiheessa kts. Taulukko 1. Liite esittää työmenetelmän kulun ensikontaktista alkuhaastattelun ja arviointikäynnin kautta tuen tarpeen määrittelyyn, jonka jälkeen aloitetaan varsinainen työskentely asiakkaan luona. Työskentely pyrittiin rajaamaan muutaman käyntikerran kookonaisuuteen, jonka jälkeen tarpeenmukainen kontakti järjestetään avohoidon puolelle. Esitystä on esitetty muun muassa Porin Kaupunginsairaalan auditoriossa, jossa läsnä oli sairaalan henkilökuntaa. Suullisesti jalkautuvaa päihdetyötä on esitelty lisäksi osastoilla T3 ja T4 samassa sairaalassa. Infotilaisuuksia on tarkoitus järjestää myös tulevaisuudessa eri foorumeilla.

Sain tilaisuuden esittää Porin psykososiaalisten laitospalveluiden jalkautuvan päihdetyön mallia Tampereen yliopistossa pidetyillä Valtakunnallisilla Terveysso-siaalipäivillä 4.10.2018. Esitys oli yksi neljästä työpajassa nimeltä Koti sairastamisen ja kuntoutumisen paikkana pidetyistä puheenvuoroista. Työpajan puheenjohtajina toimivat Tampereen yliopiston tutkija Suvi Holmberg sekä väitöskirjatutkija Johanna Ranta. Molemmat kuuluivat MARGI tutkimusryhmään, joka tutki aikuisten parissa tehtävää sosiaalityötä fokuksina mielenterveys-, päihde- ja asunnottomuus. Pidetyssä tilaisuuden työpajassa oli paikalla hieman yli 20 kuulijaa ja esityksen jälkeen vastasin aihetta kohtaan esitettyihin kysymyksiin. Esitetyt kysymykset koskivat lähinnä asiak-kaiden kokemuksia työmenetelmästä ja yhteydenottojen määrästä kehitystyön aikana.

Yksi tutkimusryhmän projekteista on ollut Kodeissa tapahtuvien palvelukohtaamisten maantiede hyvinvoitipalvelujen marginaaleissa Suomessa ja Ruotsissa (2017-2021). Aiemmin syksyllä vastaavan Ruotsissa olevan tutkimusryhmän jäsen sosiologi Doris Lydahl vieraili työyksikössämme ja sain tilaisuuden esitellä psykososiaalisia lai-tospalveluja hänelle kertoen yksikköömme kehitteillä olevasta jalkautuvasta päihdetyöstä. Projektissa oli monta yhtymäkohtaa jalkautuvaan päihdetyöhön. Näitä olivat esimerkiksi asiakkaan koti asiakastyön ympäristönä, jalkautuminen pois varsi-naisesta työyksiköstä ja asiakkaan kohtaaminen.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET

Käytännössä tehty jalkautuvan päihdetyömallin voitiin katsoa toimivan hyvin. Se jät-tää riittävästi tilaa työntekijälle käyttää omaa persoonallista työtapaansa ja muuttaa sitä asiakaskohtaisesti tarvittaessa. Työtavan juurrutus työyksikössä jatkuu siis edelleen. Työn viimeaikaisen hektisyyden vuoksi aikaa työntekijöiden perehdytykseen oli todella vähän ja monet asiakaskäynnit oli suoritettava yksin henkilöstöresurssien vähyyden vuoksi ja usein vielä omalla autolla.

Kaikille työmenetelmän sisäistäminen ei ollut yhtä sujuvaa. Etenkin hoitajien kohdalla, jotka tekevät kolmea vuoroa, haastetta toi asiakasprosessissa mukana olo

koko jalkautuvan päihdetyöjakson ajan. Tätä vaikeuttaa suhteellisen lyhyt asiakastyön ajanjakso ja työntekijän tekemä vuorotyö, jossa useat yövuorot sekä niiden jälkeen tulevat vapaat haastoivat yhteistyötä. Asiakastapauksissa oli tärkeää, että ainakin toinen työntekijöistä seurasi asiakaskontakteja alusta loppuun riittävän luottamuksellisen ilmapiirin saavuttamiseksi.

Asiakastilanteissa asiantuntijan tulee tavallaan aistia se kokonaisvaltainen tilanne, joka vallitsee siinä tilassa johon työntekijä on saapunut. Ilmapiiri tulee jotenkin laukaista riittävän leppoisaksi, jotta asiakas ja muut paikalla olevat henkilöt voivat tuntea olevansa asiantuntijoita, jossa paikalle saapunut työntekijä lähinnä luotsaamassa käsiteltävää asiaa kohti tavoitetta. Tämän seikan haluan nostaa esiin, koska pidän sitä äärimmäisen tärkeänä työssä, jossa työntekijä haluaa muuttaa henkilön totuttuja tapoja ja ikäänkuin määrittelee hänelle paremman tavan elää. Ei siis ole ihme asiakkaan suhtautuu vähintään epäluuloisesti käsiteltävään asiaan. Edellä mainitun vuoksi on tärkeää saavuttaa asiakkaan luottamus saaden aikaan abstrakti sopimus asiakassuhteen edistämiseksi. Ilmapiirin ollessa avoin ja luottamusta herättävä on asiakkaan motivoiminen huomattavasti tuloksekkaampaa. Henkilön suhtautuessa myötämielisesti muutokseen positiivisella asenteella, jalkatuva päihdetyö tukien, muutos on mahdollinen.

Yksittäisissä tapauksissa haasteena voitiin kokea laitospalveluiden lääkärin puuttuminen. Joissakin asiakastapauksissa pienen lääkityksen saaminen olisi ollut tarpeen ja helpottaneen asiakaskontaktin saamista tai ohjautuvuutta laitospalveluihin. Nykyinen lähetekäytäntö ja vakituisen lääkärin puuttuminen psykososiaalisista laitospalveluista luovat selvästi erilaisia haasteellisia tilanteita tehtävään työhön. Helpotusta asiaan ei ilmeisesti ole tulossa, sillä suunnitteilla oli päihdehuoltolain poistaminen kokonaan ja sen liittäminen johonkin toiseen kokonaisuuteen.

Sosiaali- ja terveysministeriön raporttien Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuosille 2009- 2015 -suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset antavat kuitenkin positiivisen kuvan tulevaisuuden mielenterveys- ja päihdetyöstä. (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, 27-28.) Kuitenkin tällä hetkellä yhteiskunnassa tehdyt, voimakkaat säästötoimenpiteet jopa perusterveydenhuollossa aiheuttavat

hämmennystä. Sosiaali- ja terveysalan uudistus sekä väestön ikääntyminen ovat luoneet ja luovat paineita alentaa terveydenhuollon kustannuksia, jota puolestaan aiheuttavat työvoiman vähenemistä lähes jokaisessa Suomen kunnassa ja kaupungissa. Mielen- ja päihdehuollon osalta tämä näkyy mielestäni työskentelynä yhä pienempien henkilöstöön ja toimialaan suunnattujen varojen vähenemisenä sekä kiireen ja asiakkaiden kanssa tapahtuvien keskustelujen ja ohjauksilanteiden supistumisena.

Porin psykososiaaliset laitospalvelut ovat kehittäneet, toivottavasti ainakin pitkällä tähtäimellä, kustannustehokkaampaa toimintaa päihdetyöhön. Suurempaa vaikuttavuutta työmenetelmän osalta voidaan tavoitella pyrkien huostaanottojen vähentämiseen. Jalkautuvan päihdetyön tavoittaessa esimerkiksi perheen, jossa lastensuojelun tukitoimista huolimatta, pohditaan lapsen tai lasten huostaanottoa, johtuen vanhempien, joko toisen tai molempien päihdeongelmasta, voitaisiin keskittyä hoitamaan perheen päihdeongelmaa. Mikäli näin pystyttäisiin estämään yksikin huostaanotto tilanne olisi kaikkia osapuolia palveleva, yhteiskunnalle koituvista säästöistä puhumattakaan. Esimerkki voi vaikuttaa suurelliselta, mutta käytännössä mielestäni täysin realistinen.

Tässä kehittämistyössä on monta kertaa mainittu ennaltaehkäisevä päihdetyö sekä varhainen puuttuminen päihdeongelmaan. Näiden seikkojen merkitystä ei kuitenkaan tuoda esiin tarpeeksi usein, sillä juuri edellä mainittujen työmuotojen vaikutus on todella suuri. Varsinkin nuorten kohdalla päihdeongelmaan puuttuminen on merkittävässä asemassa heidän tulevaisuuttaan ajatellen. Päihdeongelman kanssa kamppailevien henkilöiden kanssa keskustellessa, tulee ilmi lähes poikkeuksetta, nuorena aloitettu päihteiden käyttö, joka on johtanut yhä vahvempien aineiden käyttöön tai alkoholisoitumiseen.

Ruotsalaisessa päivälehdessä nimeltä Metro 7.3.2018 julkaistussa artikkelissa Undersökning: Ungdomar mer positiva till alkohol, pohditaan 16-29-vuotiaiden, nuorten entistä positiivisempaa suhtautumista alkoholiin viimeisten kolmen vuoden aikana. Karin Hagman, joka tutkii vuosittain ruotsalaisten alkoholi-indeksiä, arvelee alkoholimyönteisyyden johtuvan siitä, että sitä nähdään kaikkialla päivittäin. Hälyttävää hänen mukaansa on alkoholin riskikäytön kasvaminen, ne jotka juovat alkoholia juovat sitä yhä enemmän, etenkin yli 44-vuotiaat miehet. (Hagman 2018, 4.)

Kehitettäessä Kloorin mallia haluttiin työmuodossa korostaa psykososiaalista kuntoutusta. Ajatus puuttua ongelmaan riittävän ajoissa, jolloin motivoinnilla ja kahdenkeskisillä keskusteluilla on suuri merkitys. Toki sillä on merkitystä muissakin tapauksissa, mutta silloin saattaa medikalisoituminen asiakkaan kohdalla olla jo tapahtunut ja haasteet kuntoutumisen onnistumiseen syventyneet. Näissä tapauksissa laitoshoito oli parempi vaihtoehto.

Ongelmaa ikäihmisten keskuudessa ei myöskään voida poissulkea, vaikka suhde alkoholiin onkin jatkunut jo useita vuosia. Asiakaskontakteissa, kehitystyön yhteydessä, ongelmalliseen alkoholin juomiseen ikäihmisten kohdalla oli johtanut useimmiten yksinäisyys, joka astui kuvaan yleensä läheisen poismenon kautta. Kaikki kehitystyön yhteydessä olleet asiakkaat, jotka kärsivät yksinäisyydestä olivat vanhempia miehiä ja motivoituminen aktiivisempaan elämään haasteellista.

Ikäihmisten kohdalla juomakierteen katkaiseminen ja kokonaan lopettaminen on tärkeää juuri korkean iän ja siitä johtuvien heikkouksien vuoksi. Alkoholi yhdessä lääkkeiden kanssa johtaa usein tasapainon heikkenemiseen entisestään ja sen myötä kaatumisiin, jotka voivat olla kohtalokkaita, johtaen esimerkiksi hintaviin keinonivel-leikkauksiin ennen aikojaan.

Moraalista ja eettistä pohdintaa aiheuttivat tilanteet, joissa kyseessä oli korkean iän saavuttanut henkilö. Kuvitteellisena esimerkkinä oletettu 80-vuotias henkilö, joka putoasi sängystä. Tapaus johtui tässä tilanteessa liiallisesta alkoholin käytöstä. Henkilö joutui sairaalaan ja siellä todettiin syyksi putoamiseen humalatila. Oliko asiakkaalla siis päihdeongelma!? Mitä nautintoja kyseessä olevan henkilön kohdalla enää oli ja voisiko hän kenties nauttia kyseistä ainetta vielä ne muutamat vuodet, jotka hänellä oli mahdollisesti jäljellä? Voidaan toki miettiä, että asiaan olisi puututtava viimeistään putoamisten yleistyessä. Tai jos niistä aiheutui haittaa vaikkapa jollekin muulle samassa taloudessa asuvalle tai jos kyseeseen putoamisen yhteydessä tuli vakava tapaturma tai vamma. Mihin kohtaan tulee vetää raja asiakkaan itsemääräämisoikeutta ajatellen ja kenen näkökulmasta päätös tehdään?

Asiakastyö on vaativaa, mutta myös hyvin antoisaa. Tilanne muistuttaa mielestäni eräänlaista hälytykseen lähtemistä. Yhteydenoton tullessa ei koskaan voi tietää mitä

kohteessa odottaa. Tämä tekee työn sekä haasteellisiksi että mielenkiintoiseksi. Asiakastapausta aletaan rakentaa pala palalta vähitellen huomaten sopimuksen asiakkaan kanssa syntyneen. Työntekijän on heittäytyttävä ennekkoluulottomasti tilanteeseen löytäen se oikea kohtaamistyyli kunkin asiakkaan kanssa, jonka avulla asiakas löytää mahdollisuuden muutokseen aktivoituen etenemään kohti tavoitettaan.

Jokainen asiakastapaaminen on omalla tavallaan erilainen vaikka omaakin samoja piirteitä edellisten kanssa. Työntekijän tulee uskoa asiakkaan kertomaan ja tavoitteisiin. Asiakkaan kanssa rehellisesti ja avoimesti keskustellen löydetään yhdessä ne realistiset raamit muutokseen. Näin lopputuloksessa vältytään raskailta pettymyksiltä, tavoitteiden ollessa asetettu liian korkealle. Yhdessä asiakkaan kanssa tehty kuntoutumissuunnitelma, jossa edetään pienin askelin asiakkaan ehdoilla toi parhaan tuloksen.

Työntekijän tulee hyväksyä päihdetyötä tehdessään, alkoholismien piirteet ja sairauden laatu, joka poikkeaa huomattavasti monista somaattisista sairauksista. Esimerkkinä sairauden uusiminen hoidosta huolimatta, joka on juuri tälle sairaudelle luonteellista. Alkoholismi parantuu tuskin koskaan asiakkaan tai asiantuntijan toiveesta tai yhdestä käynnistä katkaisuhoidossa. Työ vaatii asiakkaalta pitkäjänteisyyttä ja omien tapojensa muuttamista. Asia tulee usein puheeksi varsinkin asiakkaan läheisten kanssa keskusteltaessa. He epäilevät usein päihdetyön olevan turhauttavaa, koska se ei välttämättä johda parantumiseen tai ainakin hyvin usein vasta ajan kuluttua. Työntekijän näkökulmasta katsottuna jokainen pienikin onnistuminen antaa toivoa ja asiakkaassa huomattava muutos on työstä saatu kiitos, vaikka se ei vastaisikaan ihan tavoitetta. Yksikin selvä päivä on aina edisysaskel!

Matalan kynnyksen omaavat palvelut ovat saaneet myös kritiikkiä osakseen, kuten kappaleessa 5.1 mainittiin. Niitä on arvosteltu muun muassa siitä, että hiljaisimmat asiakkaat olisivat vaarassa jäädä palveluista. Kokemukseni mukaan useat niin sanotut hiljaiset avuntarvitsijat omaavat ympärillään henkilöitä, jotka ovat huolestuneet läheistään. Varsinkin ensikontakti päihdepalveluihin tapahtuu usein juuri asiakkaaksi tulevan henkilön läheisen yhteydenottona. Asiakkaalla, joka ei itse ole aktiivinen hoitoon hakeutumisessa, on usein aktiivinen lähipiiri, joka hoitaa asiaa asiakkaan puolesta.

Tulevaisuudessa toivoisin, että jalkautuva päihdetyö muodostaisi tiimin johon voisi kuulua neljästä viiteen henkilöä. Työpareja voisi olla kaksi. Yksi henkilö olisi toimistolla organisoimassa ja aikatauluttamassa tehtäviä asiakaskäyntejä. Samalla hän voisi ottaa vastaan asiakkaita tai heidän läheisiään, jotka haluaisivat keskusteluapua. Ne voisivat olla tietynlaisia tukikäyntejä toimistolla, joko ennen tai jälkeen Klaarin käyntien. Tiimin käytössä olisi jokin kiinteä tila jossa olisi ainakin yksi tietokone ja työpareilla omat puhelimet. Ajoneuvo tulisi myös olla, jolloin hieman pidemmät matkat voisi suorittaa. Auto voisi olla yhteiskäytössä jonkun toisen työryhmän kanssa, mutta kooltaan sen verran pieni, että se ei tuottaisi vaikeuksia esimerkiksi parkkipaikkaa etsittäessä. Toimistolla olevalla henkilöllä voisi tietokoneessa olla reaaliaikainen chat, jolloin pidemmällä oleva asiakas voisi olla yhteydessä työntekijään.

Tulevaisuudessa aiheesta olisi mielenkiitoista tehdä kvantitatiivinen tutkimus, jossa tutkittaisiin jalkautuvan päihdetyön vaikutuksia vaikka kahden vuoden kuluttua ensimmäisestä käynnistä. Samassa tutkimuksessa voisi vertailla sitä jalkautuvan päihdetyön mallia, tässä työssä esitettyyn malliin. Mitä mahdollisia muutoksia oli tehty? Miten työntekijät suhtautuivat työmuotoon siinä vaiheessa? Oliko työmuoto edes käytössä? tai Tehtiinkö jalkautuvaa päihdetyötä huumeasiakkaiden kanssa?

Haasteen edellä esitettyyn mahdolliseen uuteen tutkimukseen tuo asiakkaiden yksityisyyden suojaaminen. Miten saada kontakti asiakkaisiin, joiden luona Klaari on vierailut kyseessä olevan ajan kuluessa, koska heistä ei saa tehdä mitään kortistoa. Nyt asiakailta on kysytty suullinen suostumus käyttää saatuja kyselyn tuloksia, pohdittaessa vaikuttavuutta tässä kehitystyössä. Kaikki asiakkaat antoivat suostumuksensa tietojen analysointiin.

Tanskalaisen filosofi Søren Kierkegaardin ajatuksia auttamisesta:

“Jos haluan onnistua johdattelemaan jonkun ihmisen tiettyyn päämäärään, minun on ensin ymmärrettävä hänen tämänhetkinen tilansa ja aloitettava juuri siitä. Jos en osaa, petän itseäni uskoessani pystyväni auttamaan muita. Auttaakseni jotakuta minun on toki ymmärrettävä asiasta enemmän kuin hän, mutta ennen kaikkea minun on ymmärrettävä mitä hän ymmärtää. Jos en pysty, ei auta, että osaan ja tiedän, enemmän kuin hän.

Jos kuitenkin haluan osoittaa oman taitavuuteni, se johtuu turhamaisuudestani ja ylimielisyydestäni ja etsin oikeastaan hänen ihailuaan auttamisen sijaan. Kaikki aito auttaminen alkaa nöyryydellä autettavan edessä. Siksi minun tulee ymmärtää, ettei auttaminen ole hallitsemista vaan palvelemista, Mikäli en tähän pysty, en pysty myöskään auttamaan ketään.”

LÄHTEET

Aalto-Kallio, M., Saikkonen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2009. Arvioinnin kartalla. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 7/2009. Viitattu 25.9.2018.

https://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/arvioinnin_kartalla.pdf

Aalto, P. 2017. Kotikatko onnistuu, jos asiakas on sitoutunut. Satakunnan Kansa 24.12.2017, Uutiset, 6

Juomiskulttuurin muutokset juomatapa-aineistojen valossa Suomessa vuosina 1968 – 2008. 2013. Teoksessa Alkoholitutkimussäätiön vuosikirja 2013. Helsinki. Viitattu 17.10.2018. http://www.alkoholitutkimussaatio.fi/core/wp-content/uploads/2013/06/2013_Fin.pdf

Allan, C., Smith, I. & Mellin, M. 2000. Detoxification from alcohol: a comparison of home detoxification and hospital-based day patient care. Alcohol and Alcoholism 35, 66-69. <https://academic.oup.com/alcalc/article/35/1/66/142543>

Andersson, P. 2011. Kommunen bryter mot lagen när pengarna styr missbruksvården. Accent – Sveriges största tidning om droger och nykterhet. Viitattu 22.8.2018.

<http://www.accentmagasin.se/missbruk/kommuner-bryter-mot-lagen-nar-pengarna-styr-missbruksvarden/>

Alwyn, T., John, B., Hodson, R.J. & Phillips, C.J. 2004. The Addition of a Psychological Intervention to a Home Detoxification Programme. Alcohol and Alcoholism 6, 536-541. Viitattu 22.4.2018. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agh092>

Ehkäisevä päihde- ja mielenterveystyö n.d. Viitattu 5.9.2018. <https://www.pori.fi/sosiaali-ja-terveys/mielenterveys-ja-paihde-ja-mielenterveystyo>

Haahtela, R. & Juhila, K. 2016. Arjen valinnat ja neuvot kotikuntoutuksen kohtaamisissa. Teoksessa K. Juhila & T. Kröger (toim.) Siirtymät ja valinnat asumispoluilla. Jyväskylä: SoPhi, 192-214

Haavisto, K. 2017. Päihdeongelmat ja sosiaalityö. Teoksessa Kananoja, A., Lähteenen, M. & Marjamäki Sosiaalityön käsikirja. 4. uud. p. Helsinki: Tietosanoma

Hagman, K. 2018. Undersökning: Ungdomar mer positiva till alkohol. Metro 7.3.2018, Nyheter, Hälsa, 4.

Heikkinen, H. L.T., Rovio, E. & Kiilakoski, T. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L.T., Rovio, E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toiminta-tutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. p. Helsinki: Kansanvaalistusseura

Hirsijrvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi

Hovi-Pulsa, R. 2011. Strukturoitua avoimuutta. Lisensiaattitutkimus. Itä-Suomen yliopisto Viitattu 7.5.2018. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120001/urn_nbn_fi_uef-20120001.pdf

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkimus prosessina. Teoksessa Heikkinen, H. L.T., Rovio, E. & Syrjälä L. (toim.) Toiminnasta tietoon. Toiminta-tutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korj. p. Helsinki: Kansanvalistusseura

Iinainen, H. 2018. Porin Sininauhan hyvän kotikäyntityön käytännöt. AMK opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 7.5.2018.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201801111217>

Ikonen, E-R. 2015. Kehittyvä kotihoito. Helsinki: Edita.

Järvinen Matti 8.4.2018. Toipumisorientaation lähtökohtia Porissa. Viitattu 8.4.2018.
<http://www2.pori.fi/perusturva/psykososiaaliset.html>

Kananen, J.2009. Toimintatutkimus yrityksen kehittämissä. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 101.

Kananoja, A. & Karjalainen, P. 2017. Hyvinvoinnin edistäminen ja yhteisötyö sosiaalipolitiikan uusissa rakenteissa. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki Sosiaalityön käsikirja. 4. uud. p. Helsinki: Tietosanoma

Kananoja, A. 2017. Sosiaalityö ammattina. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki Sosiaalityön käsikirja. 4. uud. p. Helsinki: Tietosanoma

Kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman toimeenpanon ohjausryhmä 2009–2015. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. 2016. Teoksessa: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.10.2018. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS_JA_PAIHDESUUNNITELMA_2009-2015.pdf?sequence=1

Kaupunginvaltuusto 23.5.2016. Hyvinvointiohjelma 2016-2025. Viitattu 18.5.2018.
https://www.pori.fi/sites/default/files/atoms/files/hyvinvointiohjelma_2016-2025.pdf

Kinnunen, R. 2003. Palvelujen suunnittelu. Helsinki: Werner Söderström

Kumpulainen, P. 2017. Tutkimus- ja kehittämisprosessin suunnittelu. Luento Satakunnan ammattikorkeakoulu YAMK Ohjelmateoria tutkimuksellisen kehittämisen ydinoletuksena sosiaalialan koulutuksessa. Syksy 2017.

Kuusela, P.2015. Realistinen toimintatutkimus? Helsinki:

Työturvallisuuskeskus

Laitinen, P., Komminaho, A., Mäkelä, M., Järvinen, M., Hilama, P., Nykky, T., Morning, J., Partanen, A & Sutela, S. (toim.). 2013. Työpaperi 19/2013. Itä kohtaa lännen. Mielisuunnitelmaa toteuttamassa 2010 – 2013.

Laki sosiaalihuollon ammattihenkilöistä 26.6.2015/817. Viitattu 21.9.2018.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150817>

Lähteinen, S., Raitakari, S., Hänninen, S., Kaittä, A., Kekoni, T., Krok, S. & Skaf-fari, P. 2017. Sosiaalityön koulutuksen tuottama osaaminen. Sosnet julkaisuja 7. Viitattu 23.9.2018. <https://www.sosnet.fi>

Millainen luonne olen? 2018. Suomen mielenterveysseura. Viitattu 23.9.2018. <https://www.mielenterveysseura.fi/fi/mielenterveys/itsetuntemus/millainen-luonne-olen>

Mäkelä, P. 2012. Muutostyö asiakkaan kotona tehtävässä katkaisuhoidossa. Pro Gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Viitattu 4.9.2018. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83353/gradu05745.pdf?sequence=1>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014 Kehittämistyön menetelmät. 3. uud. p. Helsinki: Sanoma Pro

Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälteenä 2 uud.p. Jyväskylä PS-kustannus

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015 Päihdehoitotyön kehittäminen ja tutkimus tulevaisuudessa. Teoksessa Kurki, M., Salo-Chydenius, S., Partanen, A., Holmberg, J. & Inkinen, M. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro

Partanen, A., Kuussaari, K., Forsell, M., Varis, T. & Markkula, J. n.d. Päihdepalvelut. Viitattu 4.9.2018. <https://thl.fi/documents/2616650/2646346/P%C3%A4ihdepalvelut.pdf/6a590557-e15d-44ff-b72e-32f9c5a6c0d9>

Rinta-Jaskari, S. n.d. Viitattu 2.10.2018. <http://paihdeyonkehittamisyksikko.pbworks.com/w/page/13683502/3-3-2%C2%A0Mainiemen%C2%A0kuntoutumiskeskuksen%C2%A0arviointisuunnitelma>

Seppänen, E., Kumpulainen, J. & Heikkinen, M. 2018. Kotikonsti -toiminta Asiakkaiden kokemuksia kotona tapahtuvasta päihdekuntoutuksesta AMK opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.9.2018. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/141450/Opinnaytetyo_SRE14S1_SSO14S1_Heikkinen_Merja_Kumpulainen_Jenna_Seppanen_Eveliina

Seppänen, M. 2017. Gerontologinen sosiaalityö. Teoksessa Kananoja, A., Lähteinen, M. & Marjamäki Sosiaali-työn käsikirja. 4. uud. p. Helsinki: Tietosanoma

Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301 Viitattu 4.9.2018 <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009 – 2015. 2016. Helsinki. Viitattu 4.9.2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3694-2>

Viittaus: (Ranta, Kaltiala-Heino & Karttunen 2011, 267)

Lähdeluettelo: Ranta, K., Kaltiala-Heino, R. & Karttunen, M. 2011. Sosiaalisten tilanteiden pelko ja sen hoito eri ikäkausina. Lääkärilehti 4, 261-268. Viitattu 1.2.2011. <http://www.fimnet.fi>

Suomen virallinen tilasto (SVT). 2015. Kuolemansyyt. Alkoholikuolleisuus väheni jälleen. Helsinki: Tilastokeskus. Viitattu 5.6.2018.

http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_kat_004.fi.htm

Swahn, C. 2013. Alkohol dilemma inom hemtjänsten. Kommunal arbetaren. Viitattu 22.8.2018. <https://www.ka.se/alkohol-dilemma-inom-hemtjansten>

Tampereen kaupunki 2018. Viitattu 4.9.2018. <https://www.tampere.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/mielenterveys-ja-paihdepalvelut/paihdepalvelut/katkaisu-hoito/konsti.html>

Tuomi, S & Latvala, E. Opinnäytetyön ohjaajan käsikirja. <https://oppimateriaalit.jamk.fi/yamk-kasikirja/tyoelaman-tutkiva-kehittamistoiminta/>

Törmä, S. 2009 Kynnyskysymyksiä. Huono-osaisimmat huumeiden käyttäjät ja matala kynnys. Hämeenlinna: Offset Kolmio

Viljanen, M. 2010. Ikääntyminen, alkoholi, lääkkeet. Viitattu 20.5.2018 <https://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantyminen-alkoholi-ja-laakkeet>

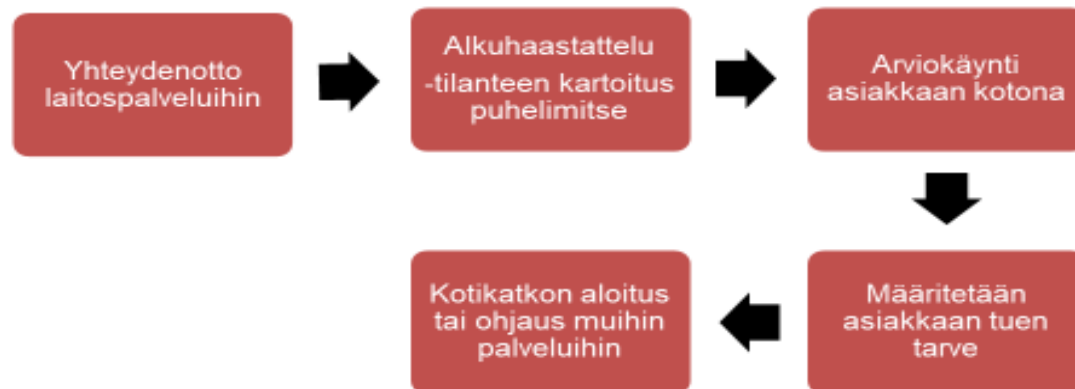
KOTIKATKOKÄYNNIT -KYSELY

1. Käynti ____ . ____ .20__ Viimeinen yhteydenotto ____ . ____ .20__

1. **Rastita** kyllä, ei tai ei tarvetta ollut

<u>VÄHENIKÖ?</u>	Kyllä	Ei	Ei tarvetta ollut
a) Alkoholin käyttö	_____	_____	_____
b) Lääkärikäynnit	_____	_____	_____
c) Ambulanssikäynnit	_____	_____	_____
d) Kotihoidon/turvapalvelun käynnit	_____	_____	_____
e) Kaatumiset	_____	_____	_____
f) Ristiriidat parisuhteessa	_____	_____	_____

2. Millaisina koit kotikatkokotoiminnan käynnit?
(Oliko käynneistä hyötyä?)



Kenelle?

- ❖ asiakas haluaa katkaista päihteidenkäytön ja kykenee omatoimiseen kuntoutumiseen
- ❖ asiakas tarvitsee tukea päihitteettömyyteen
- ❖ asiakkaalla jokin syy, joka vaikeuttaa laitoshoidon toteutumisen
- ❖ aiemmat yritykset laitoshoidossa eivät ole onnistuneet

