

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Sosiaalialan koulutusohjelma

Sanna Pennanen & Hannele Sairanen

Ikäihmisten päihteidenkäytön puheeksiottomalli

Opinnäytetyö 2011

Tiivistelmä

Sanna Pennanen & Hannele Sairanen

Ikäihmisten päihteidenkäytön puheeksiottomalli 53 sivua 2 liitettä

Saimaan ammattikorkeakoulu

Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta

Sosiaalialan koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2011

Ohjaajat: lehtori Leena Byckling, Saimaan ammattikorkeakoulu,

psykiatrinen sairaanhoitaja Jaana Markoff, Eksoten kotihoito

Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda yksi esimerkkimalli helpottamaan päihteidenkäytön puheeksiottoa. Mallissa korostettiin aidon kohtaamisen ja vuorovaikutuksen merkitystä. Puheeksiottomallin tarkoituksena oli osoittaa, minkälaista osaamista sosiaalialan ammattilainen voi tuoda kotihoidossa toteutettavaan päihdetyöhön. Opinnäytetyössä haluttiin rohkaista työntekijöitä ottamaan päihdeasiat puheeksi omalle persoonalleen ominaisella tavalla. Lisäksi työn tarkoituksena oli painottaa, että ikäihmisten päihteidenkäyttö tulisi ottaa puheeksi mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Malli muodostettiin teorian tiedon ja Eksoten kotihoidon päihdevastaaville teetetyn sähköisen kyselyn pohjalta. Kyselyn avulla haluttiin selvittää päihdevastaavien kokemuksia ja näkemyksiä päihteidenkäytön puheeksiotosta. Teoriaosuudessa perehdyttiin muuttuvaan vanhuuteen, ikääntyneisiin alkoholinkäyttäjinä, kohtaamiseen ja palvelujärjestelmän ikäeettiseen päihdetyöhön. Toiminnallisesta opinnäytetyöprosessista on pidetty opinnäytetyöpäiväkirjaa, jonka avulla työn eteneminen on dokumentoitu.

Opinnäytetyön tuloksena syntyi yksi esimerkkimalli ikäihmisten päihteidenkäytön puheeksiottoon. Malliin muodostui kolme eri vaihetta: päihteidenkäytön kartoitus, tavoitteiden asettaminen ja tavoitteita kohti kulkeminen. Mallia on mahdollista soveltaa myös kotiin jalkautuvassa päihdetyössä.

Asiasanat: ikäihmiset, päihteet, kohtaaminen

Abstract

Sanna Pennanen & Hannele Sairanen

A model for addressing the intoxicant use of the elderly 53 pages 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Social Services and Health Care, Degree Programme in Social Services

Bachelor's Thesis 2011

Instructors: Senior Lecturer Leena Byckling, Saimaa University of Applied Sciences, Psychiatric Nurse Jaana Markoff, "EKSOTE" Home Care

The aim of this thesis was to create a model to facilitate addressing the use of intoxicants. The model emphasizes the importance of genuine meetings and interactions with customers. The purpose of the model is to demonstrate the skills that a professional in social services can bring to the home care of intoxicant users. The thesis aims to encourage social workers to address the use of intoxicants in a way that suits their own personalities. Additionally, it is emphasized that the intoxicant abuse of the elderly should be addressed as early as possible.

The model combines theory with the results from an electronic questionnaire given to the people in charge of the home care of intoxicants users at the South Karelia District of Social and Health Services (EKSOTE). The aim of the questionnaire was to find out what kinds of experiences and opinions those in charge of the intoxicant user care had on addressing the use of intoxicants. The theoretical background deals with old age as a changing concept, the elderly as alcohol users, meeting the customers, and age as an ethical question in services for substance users. A thesis journal provides a documentary of the progress of this practice-based thesis.

As a result of the thesis a model of how to address the intoxicant use of the elderly was created. There are three phases in the model: charting the use of intoxicants, setting goals, and progressing towards the set goals. The model can also be adapted to the home care of intoxicant users.

Keywords: the elderly, intoxicants, meeting the customers

Sisältö

1	Johdanto.....	5
2	Ikäihmiset & päihteet	6
2.1	Muuttuva vanhuus	6
2.2	Ikääntyneet alkoholinkäyttäjinä	7
2.3	Alkoholinkäyttöä lisääviä riskitekijöitä	9
2.4	Alkoholinkäytöltä suojaavia tekijöitä.....	9
2.5	Alkoholinkäyttöä kartoittavia testejä.....	10
3	Kohtaaminen.....	12
3.1	Vuorovaikutus puheeksiottotilanteessa.....	12
3.2	Dialogisuus	15
3.3	Motivaatio	16
3.4	Asenteet päihdetyötä määrittämässä.....	17
3.5	Työtunteet.....	20
4	Ikäeettinen päihdetyö palvelujärjestelmässä.....	21
4.1	Päihdepalvelut	21
4.2	Palvelujärjestelmä muutospaineessa.....	23
5	Opinnäytetyön tavoitteet ja toteutus.....	27
5.1	Opinnäytetyön tavoitteet ja kehittämistehtävä	27
5.2	Tiedonhankinta ja käsittely	27
6	Päihdevastaavien näkemykset puheeksiotosta	34
7	Päihteidenkäytön puheeksiottomalli.....	37
8	Prosessin ja tuotoksen arviointi	44
9	Pohdinta.....	46
	Lähteet.....	51

Liitteet

- Liite 1 Saatekirje
- Liite 2 Päihteidenkäytön puheeksiottokysely

1 Johdanto

Opinnäytetyössämme käsittelemme ikäihmisten päihteidenkäyttöä ja erityisesti päihteidenkäytön puheeksiottoa. Aihe kiinnostaa meitä, koska siitä vieläkin helposti vaietaan. Vanhuuteen elämänvaiheena liitetään herkästi tasapäistäviä stereotypioita, vaikka keinutuolissa sukkaa kutovat harmaahapsiset mummot alkavat edustaa vähemmistöä. Ikäihmisten määrä kasvaa ja heidän joukkonsa moninaistuu. Yhä useampi haluaa toteuttaa yksilöllistä, nautinnonhakuista elämää.

Suurten ikäluokkien edustajat ovat työikäisinä tottuneet käyttämään alkoholia enemmän kuin edelliset sukupolvet. Heidän eläköitymisensä myötä päihteitä käyttävien ikäihmisten määrä kasvaa, sillä harva muuttaa käyttötottumuksiaan automaattisesti 65 vuotta täytettyään. Päättynyt työelämä voi jättää arkeen ahdistavan yksinäisyyden aukon, jonka täyttämiseksi eläkeläinen voi etsiä elämäänsä sisältöä alkoholista. Päihteiden ongelmakäyttäjiä löytyy niin hyvätuloisista eläkeläisistä kuin köyhyysrajalla elävistä ikäihmisistä. Suomalainen palvelujärjestelmä on kohdannut uuden haasteen.

Aloitamme työmme tarkastelemalla muuttunutta vanhuuskuvaa ja ikäihmisiä päihteidenkäyttäjinä. Kolmannessa luvussa painotamme kohtaamisen ja vuorovaikutuksen merkitystä puheeksiottotilanteissa. Neljännessä luvussa perehdymme palvelujärjestelmämme ikäeettiseen päihdetyöhön. Teoriaosuuden jälkeen esittelemme opinnäytetyön tavoitteet ja kehittämistehtävän sekä kuvaamme opinnäytetyöprosessin etenemisen. Kuudennessa luvussa käsittelemme päihdevastaavien näkemyksiä puheeksiotosta. Seitsemännessä luvussa esittelemme laatimamme päihteidenkäytön puheeksiottomallin. Lopuksi arvioimme opinnäytetyömme tuotosta ja pohdimme käsittelemäämme aihealuetta.

2 Ikäihmiset & päihteet

2.1 Muuttuva vanhuus

Ikääntyvien määrä lisääntyy voimakkaasti tulevaisuudessa ja heidän elinikänsä pitenee. Lisäksi ikääntyvä väestö monipuolistuu ja eriytyy monella tavalla. Tämä johtaa siihen, että erilaisten erityisryhmien, esimerkiksi päihdeongelmaisten vanhusten, osuus ikääntyneiden joukossa kasvaa. (Levo 2008, 9-10.) Suomessa parin viime vuosikymmenen aikana alkoholia käyttävien ikääntyneiden määrä on lisääntynyt ja raittiiden määrä vähentynyt. Aikaisemmin vanhempien ikäluokkien alkoholinkäyttö on ollut vähäistä. Nuoruutensa ja aikuisuutensa nämä ikäpolvet ovat eläneet kontrolloidun alkoholipolitiikan aikana, jolloin kieltolaki ja valtion säännöstely alkoholinmyynnissä ovat vaikuttaneet heidän suhtautumiseensa. (Sulander 2009, 157.)

Perinteisen vanhuskuvan mukaan alkoholia käytetään enintään sydänlääkkeeksi (Medina, Vehviläinen, Haukka, Pyykkö & Kivelä 2005, 326). Tätä vanhuskuvaa korvaavat nykyään uudet ilmenemismuodot, jossa nautinnonhalu ja riskien ottaminen voivat olla keskeisiä tekijöitä. Ikääntyvien alkoholinkäyttö voidaan nähdä myös keinona määrittää itse omannäköistä vanhuutta. Tulotason kasvu, eläkkeellä oloajan pidentyminen sekä toimintakyvyn parantuminen mahdollistavat tämän päivän ikääntyneille nautinnonhakuisemman elämän kuin edellisille sukupolville. (Levo 2008, 9-10.)

Ikääntyneiden alkoholinkäytön yleistymistä voidaan pitää selkeänä kansanterveydellisenä uhkana. Fyysisen ja psyykkisen terveyden lisäksi alkoholinhaitat voivat ilmetä myös sosiaalisina ja taloudellisina ongelmina. Vaikutukset voivat ulottua paitsi henkilöön itseensä, myös hänen lähiympäristöönsä ja laajemmin yhteiskuntaan. Sulanderin mukaan suuntaus on selvä: ikääntyneiden keskimääräinen alkoholinkulutus tulee kasvamaan lähivuosina, ellei ennaltaehkäisevillä ja alkoholipoliittisilla toimenpiteillä saada

aikaan muutoksia suomalaisten alkoholinkäytön tottumuksiin. (Sulander 2009, 161.)

2.2 Ikääntyneet alkoholinkäyttäjinä

Ikääntyneiden päihteidenkäyttötottumuksissa ja alkoholiasenteissa on suuria eroja. Mitä vanhemmista ihmisistä on kysymys, sitä vahvemmin kieltolain vaikutukset asenteissa ja kulutustottumuksissa ilmenevät. Nykyisin alkoholinkäyttö on kuitenkin arkipäiväistynyt. (Nykky, Heino, Myllymäki & Rinne 2010, 8.) Ikäihmiset käyttävät alkoholia sekä iloon että suruun, kuten nuoremmatkin. Osalle alkoholinkäyttö on nautiskelua hyvistä juomista kulttuuri- ja muiden harrastusten lomassa tai arkea asuttaessa osa vuodesta etelän viinimaissa. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2008, 56.) Valtaosa ikääntyneistä on edelleen alkoholin kohtuukäyttäjiä (Nykky ym. 2010, 8).

Ikääntyneiden päihdeongelmista puhuttaessa tarkoitetaan yleensä yli 60- tai 65-vuotiaiden päihdeongelmia (Nykky ym. 2010, 6). Alkoholin käyttö voi riistäytyä käsistä missä elämänkaaren vaiheessa tahansa (Levo 2008, 42). Ikääntyvien alkoholinkäyttöä ei voida yleistää tietynlaiseksi kulutukseksi. Yhä harvempi ikääntyvä on kuitenkaan enää raitis. (Levo 2008, 41.) Ikääntyneet alkoholiongelmaiset voidaan jakaa kahteen ryhmään: niihin, jotka ovat jo aikaisemmassa elämänvaiheessaan alkoholisoituneet ja niihin, joille alkoholi on tullut ongelmaksi vasta iäkkäänä. (Medina ym. 2005, 326).

Vanhukset kuuluvat alkoholinkäytön erityisryhmään, koska he ovat alttiimpia alkoholin haitoille. Ikääntyessä kehon vesipitoisuus pienenee ja siksi alkoholi vesiliukoisena aineena vaikuttaa voimakkaammin kuin nuoremmilla. Ikääntyessä tasapainoaisti ja ketteryys heikentyvät sekä taipumus verenpaineen liialliseen laskuun pystyasennossa kasvaa. Alkoholi lisää entisestään kaatumisen riskiä. (Aira 2007, 37–38.) Ikääntyneiden päihdeongelmat eivät välttämättä ilmene sosiaalisina ongelmina toisin kuin usein työikäisten kohdalla. Vuosienkin runsas alkoholinkäyttö saattaa pysyä piilossa tai sitä vähätellään. (Holmberg 2010, 93.) Siisti ihminen ja kaunis koti

voivat hämärtää ammattilaisen arviointikykyä, jolloin alkoholin aiheuttamat vaivat, sekavuus ja toimintakyvyn heikkous voidaan tulkita vain tavalliseksi vanhenemiseksi (Karlsson 2007, 6). Riskikäyttäjää ei voida tunnistaa mistään tietyistä ulkoisista tunnusmerkeistä (Päihdelinkki d).

Suurkulutuksen rajat ovat pienemmät ikääntyneillä kuin työikäisellä väestöllä. Yhtenäisiä ikääntyneiden alkoholinkäytön riskirajoja ei eri maissa ole käytössä. Suomi on asettanut Yhdysvaltojen kanssa samat riskirajat ikääntyneille. (Sulander 2009, 158.) Ikääntyneille naisille suositellaan enimmillään vain yhtä ja miehille kahta annosta päivässä. Haasteeksi voi muodostua kuitenkin se, miten aikuisikänsä suurkulutusrajoilla alkoholia nauttinut pystyy vähentämään käyttöönsä 65 vuotta täytettyään. (Lappalainen-Lehto ym. 2008, 56–57.) Ikäihmiset kaipaavat tietoa muun muassa alkoholista ja sen yhteisvaikutuksista lääkkeiden kanssa, päihteiden vaikutuksista terveyteen, toipumisprosesseista ja erilaisista päihdepalveluista. Asiatieto kumoaa myös joitakin päihteidenkäyttöön liittyviä vääriä uskomuksia. (Nykky ym. 2010, 31.)

Yksilön itsemääräämisoikeus liittyy keskeisellä tavalla keskusteluun päihteidenkäytöstä. Kun alkoholinkäytön katsotaan olevan vahvasti yksityisasia, myös sen aiheuttamia ongelmia pidetään yksilön itse hoidettavina. Ikäihmisten kohdalla elämänkokemus tuo lisäksi oman vivahteensa keskusteluun itsemääräämisoikeudesta. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei saa kuitenkaan olla veruke päihdeongelmaan puuttumattomuudelle, eikä se saa myöskään estää ihmisen oikeutta saada tarvitsemaansa hoitoa. Liian tekninen ja tiukka tulkinta itsemääräämisoikeudesta voi johtaa tilanteisiin, jotka muistuttavat heitteillejättöä. (Nykky ym. 2010, 7.)

Kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa ymmärretään ja kunnioitetaan asiakkaan näkemystä. Vaikka ammattilainen tai läheinen saattaa nähdä päihderiippuvuuden ongelmien aiheuttajana, se ei välttämättä asiakkaan mielestä ole kiireellisin muutosta kaipaava asia. Asiakas kohdataan kokonaisvaltaisesti. Hän ei ole pelkästään ”ikäöntynyt päihdeongelmainen”, vaan ainutlaatuinen yksilö, Martta tai Eino, jonka elämässä on paljon muutakin kuin päihdeongelma. (Nykky ym. 2010, 124.)

2.3 Alkoholinkäyttöä lisääviä riskitekijöitä

Riskitekijät ovat itseemme tai lähiympäristöömme liittyviä tapahtumia, tekijöitä tai olosuhteita, jotka voivat lisätä päihteiden käytön todennäköisyyttä. Tutkimuksissa riskitekijäksi on havaittu elämän muutosvaiheet, kuten eläkkeelle siirtyminen, mikä tuo monia muutoksia arkeen, kun osa sosiaalisista suhteista jää työpaikalle. Eläkkeelle jäädessä myös oma arvo ja paikka joudutaan määrittelemään uudelleen työelämän ulkopuolella. Vaikka osalle eläkkeelle jääminen on helpotus, monelle se voi olla suuri, pelottava ja tyhjä tila. Puolison tai läheisen kuolema ja muut elämän kriisit voivat toimia riskitekijöinä. Päihteidenkäytön taustalta voi löytyä aikaisemman elämän käsittelemättömät traumat tai tekemätön surutyö. Leskeksi jäädessä alkoholinkäyttö voi riistäytyä käsistä, jos edesmennyt puoliso on toiminut alkoholinkäyttöä hillitsevä tekijänä. Alkoholin liikakäyttö voi alkaa myös huomaamatta positiivisiksi miellettyistä asioista, kuten nautinnonhakuisesta elämästä. (Levo 2008, 53–55.)

Toimintakyvyn heikentyessä elämästä voi tulla yksitoikkoista ja alkoholista keino kuluttaa aikaa. Ikääntyneen kokemat yksinäisyyden ja tarpeettomuuden tunteet voivat olla riskitekijöinä alkoholin liikakäytölle. Mieltä voivat silloin painaa kuoleman pelko ja kysymykset elämän mielekkyydestä. Nuoremmalla iällä alkanut ja työiässä jatkunut tapajuominen säilyy yleensä melko samanlaisena myös ikääntyessä. Sosiaaliset syyt, kuten alkoholin käyttöön myönteisesti suhtautuva ystävä- ja perhepiiri, ovat merkittävä riskitekijä. Erityisesti ikääntyneillä naisilla on riski alkoholisoitua runsaasti juovan puolison kanssa asuessa. (Levo 2008, 54–55.)

2.4 Alkoholinkäytöltä suojaavia tekijöitä

Suojaavat tekijät toimivat ihmisen itsensä ja riskitekijöiden välissä heikentäen riskitekijöiden vaikutusta. Suojaavana tekijänä voi olla tiivis perheyhteisö, joka on päihteetön tai vähän päihteitä käyttävä. Puolison kuolema voi horjuttaa perheyhteisöä monella tavalla. Jos sosiaalisia verkostoja ylläpitänyt puoliso kuolee, jäljelle jäänyt puoliso ei välttämättä osaa pitää verkostoja yllä. Kokemus

hyödyksi olemisesta on merkittävä suojatekijä. Kokemus voi liittyä nykyhetkeen tai kummuta menneisyyden muistoista. Kaikilla, myös ikääntyneillä päihteiden ongelmakäyttäjillä on tulevaisuuden haaveita. Kun nämä haaveet tulevat kuulluiksi, elämän mielekkyyden kokemus vahvistuu. Kokemus tarpeellisuuden tunteesta lisää myös elämän tarkoituksellisuutta, josta jokaisella on yksilöllinen käsitys. Jokainen joutuu itse löytämään oman elämänsä tarkoituksen. Yhteiskunnan, toimintakeskusten ja asumisyksikköjen tulisi kiinnittää huomiota tarjottaviin toimintamahdollisuuksiin, niiden saatavuuteen ja ikääntyvien mahdollisuuksiin vaikuttaa toimintojen sisältöihin. (Levo 2008, 58–59.)

2.5 Alkoholinkäyttöä kartoittavia testejä

Terveystieteidenhuollossa on käytössä useita erilaisia haastattelutapoja, joilla voidaan kartoittaa asiakkaan alkoholinkäyttöä (Aalto 2010, 33). Ensisijaiseksi testiksi ikäihmisille suositellaan CAGE-testiä. Kansainvälisesti laajassa käytössä oleva testi sisältää vain neljä kysymystä: ”Oletko koskaan ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?”, ”Onko sinua koskaan harmittanut juomistasi koskeva arvostelu?”, ”Onko sinulla koskaan ollut syyllisyydentunteita juomisesi takia?” ja ”Oletko ottanut krapularyyppyä aamuisin?”. (Nykky ym. 2010, 18.)

Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen, ihmisen omista tarpeista ja arvomaailmasta lähtevä ohjausmenetelmä. Sen tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan sisäistä motivaatiota ja muuttaa haitallista toimintaa. Aito kunnioitus, välittäminen ja myötätunto kuuluvat motivoivaan asiakkaan kohtaamiseen. Asiakkaan esiin nostamia ristiriitoja suunnataan kohti muutosta avoimien kysymyksien, yhteenvetojen ja voimaannuttavan palautteen avulla. Motivoivassa haastattelussa vältellään väittelyä. Asiakkaan omaa pystyvyyden tunnetta vahvistetaan, ja häntä autetaan löytämään omia selviytymiskeinoja. Motivoiva toimintatapa perustuu asiakkaan ja työntekijän väliseen luottamukseen. Sen avulla tutkitaan ja rakennetaan uutta ymmärrystä, ratkaistaan ongelmia ja tarkastellaan ristiriitoja. Motivoivassa toimintatavassa uskotaan, että muutosvoimat löytyvät asiakkaasta itsestään ja että hänen motivaatioonsa on mahdollista vaikuttaa. (Salo-Chydenius)

lääkäiden alkoholin ongelmakäytön tunnistamisessa ja neuvonnassa lähtökohtana on suora kysymys alkoholin käyttötavoista ja -määristä. lääkäreiden asiakkaiden kohdalla tämän on selvästi osoitettu vähentävän alkoholin ongelmakäyttöä. (Rintala 2010, 122.) Mini-interventio, eli lyhytneuvonta sisältää alkoholin kulutuksen kartoittamisen, neuvonnan ja mahdollisesti muutaman seurantakäynnin (Päihdelinkki c).

Apukortti on tarkoitettu terveydenhuollon työntekijöiden tueksi alkoholin puheeksiotossa. Apukortin avulla päihteidenkäytöstä keskustellaan terveyshaittojen näkökulmasta. S-Apukortti on tarkoitettu sosiaalialan henkilökunnalle. Siinä keskustellaan alkoholinkäyttöön liittyvistä asioista sosiaalisten haittojen kautta. Apukortin avulla voidaan käydä neutraalisti läpi alkoholin aiheuttamia ongelmia. Osa asiakkaista muistaa asiat paremmin, kun he sekä kuulevat että näkevät käsiteltävän asian. (Päihdelinkki a.)

AUDIT on käytetyin väline alkoholin riskikulutuksen seulomisessa ja alkoholihaittojen varhaisessa tunnistamisessa. Maailman terveysjärjestö on kehittänyt AUDIT testilomakkeen, jonka sosiaali- ja terveysministeriö on suomentanut testiksi ”10 kysymystä alkoholinkäytöstäsi”. Testillä kartoitetaan alkoholinkäytön tiheyttä, käytettyjä määriä ja käytön aiheuttamia haittoja. (Holmberg 2010, 27.) AUDIT-testi tulee liittää aina laajempaan keskusteluun alkoholinkäytöstä (Aalto 2010, 33). AUDIT testi ei kuitenkaan sellaisenaan sovellu ikääntyneille, sillä sen riskirajat ovat heille liian korkeita (Nykky ym. 2010, 18).

FAST-testin lähtökohtana on, että yhdellä kysymyksellä tunnistetaan, onko asiakas alkoholiongelmainen vai kohtuukäyttäjä. Kysymyksen avulla selvitetään, kuinka usein asiakas on kerralla juonut kohtuukäytönrajan ylittäviä alkoholimääriä. Ajatellaan, että tämä yksi kysymys riittää suurelle osalle asiakkaista. Tarvittaessa FAST-testiin kuuluu toinen vaihe, joka tehdään ensimmäisen kysymyksen ylittäessä riskirajat tai tilanteen jäädessä epäselväksi. (Seppä & Aalto 2009, 117–118.) Kun alkoholiriippuvuus on tunnistettu, SADD-testillä voidaan kartoittaa alkoholiriippuvuuden

käyttäytymiseen liittyviä piirteitä (Päihdelinkki f). On tärkeää huomioida, että haastattelutilanteissa ja kyselylomakkeita täyttäessään ihmiset arvioivat alkoholin käyttömääränsä keskimäärin puolta pienemmäksi kuin mitä se todellisuudessa on (Rintala 2010, 122).

Lomakkeet, mittaristot ja muut työn kehittämisen tulokset voivat antaa työntekijöille ja asiakkaille tietoa alkoholinkäytöstä, mutta tämä tieto ei yksinomaan tuota asiakkaalle kokemusta kohtaamisesta. Tavoitteellinen työskentely edellyttää asiakkaan kohtaamista. Kohtaaminen on merkityksellisempää kuin työn välineet tai suoritteet. Kyselytestit toimivat keskustelun herättelijöinä tai täydentävinä tiedonsaantimenetelminä ikäihmisen kanssa työskenneltäessä. (Nykky ym. 2010, 18, 124–125.) Päihteidenkäyttöön puuttuminen saa ihmisen miettimään omaa tilannettaan, toimintaansa, valintojaan ja vastuutaan. Puuttumista voidaan tarvita kerran tai useita kertoja. Jokainen kerta jää elämään ihmisen mieleen. (Holmberg 2010, 27.)

3 Kohtaaminen

3.1 Vuorovaikutus puheeksiottotilanteessa

Alkoholiongelman tunnistaminen ikäihmiseltä on haasteellista. Iäkäs henkilö tuo harvoin oma-aloitteisesti esiin alkoholiongelmansa, ellei ammattilainen esitä asiasta suoraa kysymystä. (Rintala 2010, 122.) Lähes jokainen terveyskeskuksen asiakas suhtautuu positiivisesti tai neutraalisti päihteidenkäytön puheeksiottoon. Heistä vain muutama prosentti tekee itse aloitteen keskustelulle. Puheeksiotto on siten ammattilaisten vastuulla. (Päihdelinkki c.) Päihteidenkäytön puheeksiottaminen voi tuntua työntekijästä haasteelliselta. Kuitenkin rohkeus ja taito puhua myös vaikeista asioista on osa sosiaali- ja terveysalan työntekijän ammattitaitoa. (Nykky ym. 2010, 19.) Samalla kun asiakkaalta kysytään ravinnosta, lääkityksestä ja perussairauksista, kysytään häneltä myös päihteidenkäytöstä. Tällöin ketään ei leimata, kun kysymykset esitetään kaikille ikääntyneille systemaattisesti.

Haastattelut voidaan tehdä esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. (Holmberg 2010, 101.)

Alkoholin puheeksiotto aloitetaan alkoholin käytön kartoituksella, mikä selviää parhaiten kysymällä. Asiakkaalla on lupa kieltäytyä päihteidenkäyttöä kartoittavasta keskustelusta. On tärkeää tuoda esille, ettei keskustelu vaikuta asiakkaan etuusiin. (Päihdelinkki e.) Holmbergin mukaan ikääntyneet odottavat hoitohenkilökunnalta tietoa päihteistä, kiireettömyyttä, arvostavaa ja avointa työtettä sekä kotiin suunnattua päihdehoitotyötä. He haluavat kuulla rehellistä ja suoraa palautetta turvallisessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä. Ikäihmiset voivat jopa toivoa, että heidän päihteidenkäyttönsä tulisi nähdä. Ikääntyneet asiakkaat arvostavat ammattilaista, joka ymmärtää heidän elämäkokemustaan. Arvokkaassa kohtaamisessa luovutaan automaattisesta ”pullantuoksuista” vanhuskuvasta ja lapsenomaisesta lepertelystä. Holmbergin mukaan tiukkaakin päihteidenkäyttöön puuttumista pidetään hyvänä asiana, kun se tapahtuu asiallisesti ja ikääntymisen mukanaan tuomia muutoksia kunnioittaen. (Holmberg 2010, 103–104.)

Asiakas ei aina tiedä käyttävänsä alkoholia liikaa. Tieto mahdollisista alkoholin aiheuttamista haitoista voi tulla ikävänä yllätyksenä, ja asiakkaat voivatkin olla kiitollisia siitä, että saavat tietoa riskeistä ajoissa. Valtaosan kohdalla riskialtis juomatapa selviää ainoastaan kysymällä. Useimmat asiakkaat kokevat myönteisenä sen, että heidän alkoholinkäytöstään ollaan kiinnostuneita. (Päihdelinkki d.)

Kommunikointi ei ylipäätään ole helppoa. Ihmiset ovat taipuvaisia ennakkoluuloisuuteen ja oman näkökantansa puolustamiseen, ja heillä on taipumus olla kuuntelematta ohjeita tai neuvoja. Kun riippuvuus on mukana kuvioissa, kommunikaatio on entistä vaikeampaa. Olennaista puheeksiotossa on keskustelun ja kysymisen sävy. Keskustelulle on varattava riittävästi aikaa, ja hienotunteisuus on huomioitava. Keskustelu kulkee aina ikäihmisen ehdoilla, ja hänen on saatava miettiä vastauksia rauhassa. Asiakkaan pohdinnan mahdollistaminen ja kannustaminen oman alkoholinkäytön tarkasteluun ovat ensisijaisia tavoitteita. Työntekijä tuo tietoa, rohkaisee ja kannustaa

muutokseen. Kysymys asiakkaan päihteidenkäytöstä on hyvä sitoa työntekijän omiin havaintoihin ja omaan huoleen. (Nykky ym. 2010, 19.)

Vuorovaikutuksessa ammattilainen eläytyy empaattisesti asiakkaan kokemukselle ja on aidosti läsnä. Ammattilainen seuraa asiakkaan kokemusta ja reagoi siihen. Hän ilmaisee, mitä on kuullut ja mitä tavoittanut asiakkaan kokemuksesta. Tämä empaattinen vuorovaikutus antaa asiakkaalle kokemuksen, että ammattilainen todella ymmärtää mitä hän tarkoittaa ja miltä hänestä tuntuu. Jos tämä ei toteudu, on ammattilaisen tutkittava mitä kohtaamisessa tapahtui, jottei asiakas luovu pyrkimyksistään ja halustaan tulla ymmärretyksi. (Nissinen 2008, 71.)

Alkoholinkäytön selvittäminen on tärkeää, mutta se ei ole aina kiireellistä, ja asiaan voidaan palata tulevilla tapaamiskerroilla. Asiakkaalla itsellään on viime kädessä vastuu siitä, kertooko hän rehellisesti alkoholinkäytöstään. Kuitenkin ammattilaisen on hyvä välillä pohtia, voivatko asiakkaat kertoa hänelle avoimesti alkoholinkäytöstään. On tietenkin mahdollista, että asiakkaan on vaikea kertoa liiallisesta alkoholinkäytöstään tutulle terveydenhuollon työntekijälle. (Aalto 2010, 32.)

Erityisesti asiakassuhteen alkuvaiheessa tarvitaan ajan antamista ja kiireettömyyden tuntua. Tällaisessa kohtaamisessa työntekijän on unohdettava valmiit mallit ja ajatukset siitä, mitä asiakas tarvitsee ja miten tarpeisiin vastataan. Luottamuksellinen asiakassuhde voi rakentua jo muutaman tapaamisen jälkeen, mutta yhtä lailla sen rakentuminen voi edellyttää hyvinkin pitkää aikaa. Luottamuksellisen suhteen rakentumiseen vaikuttaa esimerkiksi asiakkaan aiemmat kokemukset ihmissuhteiden muodostumisesta tai kuulluksi tulemisesta. Työn tehokkuuden kriteerit määrittävät ikääntyvien kanssa tehtävää työtä ja tekevät tarvittavista kohtaamisista haasteellisia. Suorituskeskeisessä toimintakulttuurissamme voi olla vaikeaa perustella asiakkaan ja työntekijän yhteistä kahvitaukiota, vaikka se olisi asiakassuhteen luomisen ja syntymisen kannalta merkityksellistä. Kiireettömät hetket voivat luoda hyvän alustan keskusteluille ja molemminpuolisille oivalluksille. Halukkuutta ja kyvykkyyttä kohtaamiseen löytyy onneksi työntekijätasolta ja

työyhteisöistä. Arvokas ja tehokas auttaminen ei pidemmän päälle voi perustua viiden tai viidentoista minuutin tapaamisiin. Ajan antaminen ei ole uusi innovaatio, mutta edelleen sitä tarvitaan kipeästi. (Nykky ym. 112, 114, 125.)

Eri auttamismenetelmien vertailussa on huomattu, että toimenpiteitä tärkeämpää on vuorovaikutus ja kannatteleva yhteys (Nissinen 2008, 70). Pelkän ammattilaisen jakaman tiedon avulla asiakas ei voi selviytyä ongelmista. Tekninen suorite ei siis auta, jos todellista kohtaamista ei tapahdu. (Lund 2006, 74.) Vuorovaikutuksesta ei voi laatia yksinkertaista ohjeistoa, jonka mukaan työntekijä voisi edetä tietäen tarkasti mitä kuuluu sanoa. Oikeita sanoja on vaikea löytää eikä niitä aina ole edes olemassakaan. (Vilén, Leppämäki & Ekström 2008, 87–88.)

3.2 Dialogisuus

Sosiaalialan asiakastyön ytimenä voidaan pitää vuorovaikutusosaamista. Dialogisuus on kahden subjektin välistä vuorovaikutusta eikä sitä voi saavuttaa yksin. Dialogissa molemmat osapuolet ovat tasavertaisia, ja toisen osapuolen subjektiutta ja määräysvaltaa omaan elämään kunnioitetaan. Asiakassuhteen perusta on avoimuus ja luottamuksellisuus. On todettu, että asiantuntijakeskeinen vuorovaikutus, jossa työntekijä luokittelee asiakkaan tilanteen, määrittää auttamistoimet yksipuolisesti tai ilman asiakkaan kuulemista, ei toimi. Silloin asiakas on ikään kuin ulkopuolinen kuuntelija omassa elämässään. (Mäkinen, Raatikainen, Rahikka & Saarnio 2009, 138.)

Dialogiseen vuorovaikutukseen kuuluu aktiivinen kuuntelu, joka on osa yhteistä oppimista. Ajattelumallissa lähdetään siitä, että maailma on kaikille sama, mutta kokemukset siitä vaihtelevat yksilöllisesti. Tavoite on yhteisen ymmärryksen rakentuminen ja vuorovaikutuksen edistäminen, jossa toimitaan sekä asiakkaan että työntekijän ehdoilla. Prosessina asiakastyön käynnistyminen vaatii luottamuksellista ja turvallista suhdetta työntekijän ja asiakkaan välillä. Luottamussuhteen synnyttyä työntekijä voi johdatella asiaa kohti henkilökohtaista ulottuvuutta. Avoimuuden nimissäkään työntekijän ei heti

vuorovaikutussuhteen alussa kannata tuoda esille eriävää mielipidettään, sillä ajoitus saattaisi vaikuttaa suuresti dialogin onnistumiseen. (Mäkinen ym. 2009, 138–139.)

Yksi keskeisimmistä asioista dialogisessa keskustelussa on toisen osapuolen kunnioittaminen. Keskustelun lähtökohtana tulisi ymmärtää, että molemmilla osapuolilla on tietoa käsiteltävästä asiasta ja että osallistujat ovat samanarvoisia. Kunnioittaminen on muun muassa sitä, että työntekijät kunnioittavat myös asiakkaan päätöstä jatkaa alkoholinkäyttöä ilman, että tämä päätös vähentää asiakkaan ihmisarvoa työntekijän silmissä. Asiakkaan kunnioittamiseen kuuluu myös hänen rajojensa kunnioittaminen. Keskustelussa ei saa mennä fyysisesti tai henkisesti liian lähelle asiakasta. Jos asiakas osoittaa luottamustaan työntekijään kertomalla vaikeita henkilökohtaisia asioitaan, työntekijä ei saa näyttää kiirettään tai vetäytyä tilanteesta. (Nykky ym. 2010, 21.)

Vaikka asiakas ja työntekijä pyrkivätkin yhteiseen ymmärrykseen, on varottava puhumasta täydellisestä yhteisymmärryksestä. Vuorovaikutuksen osapuolet tulkitsevat asioita aina oman henkilöhistoriansa, taustansa, kokemustensa ja elämäntilanteen luomien edellytystensä pohjalta. Liiallisen yhteisymmärryksen tavoittelemisen saattaa rajata pois todelliset ristiriidat ja näkemyserot. (Mäkinen ym. 2009, 139.)

Dialogisuus ei ole pelkkää puhetta, kuuntelua eikä keskustelua, vaan se on paljon enemmän. Parhaimmillaan dialogisessa suhteessa molemmat osapuolet oppivat ja voivat muuttaa mielipiteitään ja asenteitaan. Dialogi alkaa aina ihmisestä itsestään, ja muutokset kehittyvät jokaisen valmiuksien ja edellytysten mukaisesti. (Mäkinen ym. 2009, 140.)

3.3 Motivaatio

Päihdeongelmasta selviytymisen ja toipumisen keskeinen tekijä on ihmisen henkilökohtainen motivaatio ja sen herääminen (Nykky ym. 2010, 22). Aidon

kiinnostuksen herääminen haitallisen toiminnan lopettamiseen tai vähentämiseen edellyttää, että ihminen kokee asian itselleen henkilökohtaisesti tärkeäksi (Koski-Jännes 2008, 10). Olennaista on se, mistä löytyy halu, kyky ja valmius muutokseen ja kuinka työntekijä voi omalla toiminnallaan edesauttaa muutosta. Ihminen ei ole koskaan liian ikääntynyt tehdäkseen muutosta. Ikäihmisten elämäkokemus voidaan nähdä muutosta edesauttavana vahvuutena. (Nykky ym. 2010, 22.)

Motivaation ymmärtämiseksi on nähtävä, että siihen vaikuttavat yksilön sosiaaliset suhteet, hänen elämäntilanteensa ja laajemmin muun sosiaalisen ympäristön tekijät. Ympäristössä, jossa päihteitä käytetään runsaasti ja jossa käyttö on sosiaalisesti hyväksyttyä, saattaa ihmiselle tulla illuusio oman toiminnan ”normaaliudesta”. Tällaisessa tilanteessa voi olla vaikea nähdä syytä toiminnan muuttamiseksi. Riippuvuuden aiheuttamat käyttäytymisen muodot voivat olla reaktioita epätyydyttävästä tai vaikeasta elämäntilanteesta. Elämäntilanteen muuttuessa tarve näihin käyttäytymisen muotoihin voi vähentyä, jolloin muutos voi tapahtua suhteellisen helposti. (Koski-Jännes 2008, 10.)

On toissijaista pohtia yksilön motivoitumisen astetta muutokseen, sillä motivoitumisprosessin eteenpäin vieminen on hoitosuhteessa henkilökunnan tehtävä. Asiakasta tulisi tukea hoidon alkuvaiheessa löytämään vahvempi omanarvontunto, jonka jälkeen keskitytään asiakkaan muihin vahvuuksiin. Hoidon tulisi tukea asiakkaita terveen elämänhalun löytämisessä. Näin ollen motivaatio ei ole hoidon lähtökohta, vaan sen tulos. (Holmberg 2010, 114.)

3.4 Asenteet päihdetyötä määrittämässä

Ikäihmisten alkoholiongelmat herättävät vahvoja asenteita. Yhteiskunnassamme vallitsevat vahvat normit ja odotukset siitä, mitä ikääntymiseen kuuluu ja millaista on hyvä ikääntyminen. Yksilöllisyyttä korostava aikakausi on tuonut mahdollisuuden ikääntyä monilla eri tavoilla. Kuitenkin tämän nuoruutta ja aktiivisuutta ihannoivan elämäntyylin takia

vanhenemisesta mielellään poistettaisiin hauraus, avuttomuus ja hoivan tarve. (Nykky ym. 2010, 6-7.)

Ammattilaisten asenteilla on suuri merkitys puheeksiottotilanteissa. Osa työntekijöistä ei uskalla, kehtaa tai osaa ottaa alkoholinkäyttöä puheeksi. Asiakas kuitenkin harvoin kokee hankalaksi sen, että työntekijä kysyy hänen alkoholinkäytöstään. Ammatillaiset kysyvät usein alkoholinkäytöstä niiltä asiakkailta, joilla on jo näkyvä ongelma. Puheeksiotto olisi tehtävä kaikkien asiakkaiden kanssa, sillä jokainen ihminen on potentiaalinen riskikäyttäjä. Kun alkoholinkäytöstä kysytään kaikilta, ei tarvitse perustella, miksi juuri tämän asiakkaan kohdalla asia otetaan puheeksi. (Päihdelinkki b.)

Asenne on tunteenomaista käyttäytymisvalmiutta, joka on syntynyt oppimisen ja kokemuksen tuloksena. Emme tiedosta omia asenteitamme kovin herkästi, koska ne ovat osa maailmankuvaamme. Asenteisiin voimme kuitenkin päästä käsiksi tarkkailemalla meissä herääviä tunteita. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 96–97.)

Suhtautumisemme alkoholiin on ristiriitaista: yleisellä tasolla olemme huolissamme alkoholihaittojen lisääntymisestä, vaikka oma alkoholinkulutuksemme arkipäiväistyy. Humalahakuisen juomisen seurauksena tehdyistä töppäilyistä kerrotaan lähes hyväksyvän huvittuneesti. Ristiriitainen suhde alkoholiin näkyy myös asenteissa päihdeongelmaisia kohtaan. Asenteet ovatkin menetelmiä oleellisempi tekijä ikääntyneiden kanssa tehtävässä päihdetyössä. Asenteet vaikuttavat kaikkeen toimintaamme ja ovat meissä syvällä. (Levo 2008, 13–14)

Moralistinen suhtautuminen alkoholiin näkyy ajattelussa, jossa alkoholiriippuvuus nähdään itse aiheutettuna tai opittuna käyttäytymisenä, johon heikot sortuvat (Levo 2008, 13–14). Tällä logiikalla voidaan myös ajatella näiden alojen ammattilaisten käyttävän väärin julkisia varoja (Nissinen 2008, 97). Saatetaan ajatella, että päihdeongelmat korjaantuisivat, kunhan ihmiset vain ”ottaisivat itseään niskasta kiinni”. Voidaan myös kyseenalaistaa, onko päihteitä käyttävien ihmisten hoidosta todellista hyötyä, mutta silti hoitojen

toivotaan olevan ainakin osittainen ratkaisu päihdeongelmiin. (Holmberg 2010, 17.) Tämä arvoasetelma saa auttajan joko kyseenalaistamaan työnsä tai uskomaan siihen entistä vahvemmin. Auttaja voi joutua pohtimaan työnsä merkitystä ja perustelemaan itselleen motiivejaan tehdä työtä. Myös työn kuormittavuuden riski kasvaa, jos työyhteisön ja auttajan arvot ovat ristiriidassa ympäristön arvostusten kanssa. (Nissinen 2008, 97.) Monet elintasosairaudet voitaisiin nähdä myös itse aiheutettuina, mutta silti niiden yhteydessä ei tapahdu samanlaista moraalista ylenkatsomista ja yhteiskunnasta syrjään työntämistä kuin alkoholismissa (Levo 2008, 13-14).

Kun mietitään asiakkaan alkoholiongelmaan puuttumista, joudutaan vastatusten myös omien asenteiden ja alkoholiin suhtautumisen kanssa. Kun puhutaan asenteista, puhutaan yleensä myös ymmärtämisestä ja hyväksymisestä. Ymmärtäminen ja hyväksyminen eivät kuitenkaan tarkoita samaa asiaa. Teon ja toiminnan syyt voidaan ymmärtää, mutta itse tekoa tai toimintaa ei tarvitse hyväksyä. (Levo 2008, 13–14.)

Ammatillisissa tilanteissa kohdataan väistämättä ihmisiä, jotka voivat edustaa ammattilaisille vastenmielisiä asioita. Omien myönteistenkin asenteiden tiedostaminen on tärkeää, sillä ne voivat johtaa empaattiseen vääristymään: ihmisillä on valmius suosia tuttuutta ja samanlaisuutta edustavia yksilöitä. Omien asenteiden tiedostaminen on ensiarvoisen tärkeää, koska asiakkaan puolueeton kohtelu ja edun huomiointi ovat ammattieettisen toiminnan keskeisiä periaatteita. Omien asenteiden tiedostaminen on tärkeää myös siksi, että asiakkaalla on oikeus tulla kohdatuksi omana itsenään. (Juujärvi ym. 2007, 97, 99.)

Muutosta kohti hyväksyttävämpää asenneilmastoa on tapahtunut jonkin verran. Tästä huolimatta päihdeongelmat ovat edelleen moralismin, ongelmaisen syyllistämisen ja vahvojen negatiivien sekä ennakkoluulojen kohteena. (Nykky ym. 2010, 7.)

3.5 Työtunteet

Työ on perinteisesti nähty järjellisenä toimintana. Tunteiden on ajateltu häiritsevän työntekoa ja heikentävän työtehokkuutta. Tunteet kuitenkin kuuluvat erottamattomasti myös työhön. (Molander 2003, 9.) Amerikkalainen sosiologi Hochschild on lanseerannut tunnetyön käsitteen lentoemäntien työtä koskevassa tutkimuksessaan. Useimmat ammatit sisältävät tunnetyötä. Asiakastyössä tunnetyö kuuluu tehtäväkuvaan ja palvelujen laatu on ihmissuhdeasia. Tunteita, jotka istuvat työn luonteeseen, tulee tuoda esille. Roolin mukaisia tunteita kuuluu esittää, mutta samalla täytyy peittää tunteita, jotka eivät siihen sovi. Esimerkiksi työntekijän tulee pitää pettymys omana tietonaan, jos asiakas ei toimikaan odotusten mukaisesti. (Molander 2003, 32-33.)

Autettavan tunnetilat ovat myös hetkellisesti auttajan tunteita. Ammatilliseen erillisyyteen kyetessään työntekijä kuitenkin ymmärtää, että tunteet liittyvät asiakkaan kokemuksiin eivätkä hänen omiinsa. Auttaja tiedostaa omat tunnereaktionsa ja hyväksyy ne työn sisältöön kuuluviksi. (Nissinen 2008, 75.)

Myötätunnon uuvuttavuutta voidaan pitää auttamisen luonnollisena osana, jos kohtaaminen on aito. Uupumuksen kokeminen ei ole auttajassa oleva erityispiirre eikä merkki auttamistyön puutteellisuudesta. Oikeastaan olisi erikoista, jos toistuva kärsimyksen myötätuntoinen kohtaaminen ei uuvuttaisi. Ihmisen hätä herättää työntekijöissä väistämättä voimakkaita tunteita. Jokaisella auttajalla on jollain tavalla riski myötätuntouupumiseen. (Nissinen 2008, 13, 38, 45.)

Auttajan käsitykset itsestään ammattilaisena vaikuttavat kärsimykselle altistumiseen. Ihannekuva reagoimattomasta, tyynestä ja rauhallisesta auttajasta on voinut sisäistyä omaan ammatti-identiteettiin. Tällöin tunnereaktiot työtilanteissa voivat aiheuttaa häpeää ja itesyytöksiä, mikä saattaa vaikeuttaa auttajan omien tunteiden tunnistamista ja käsittelyä. Moni auttaja myös vaatii itseltään paljon, eivätkä välttämättä mitkään suoritukset tunnu riittäviltä. (Nissinen 2008, 66, 40.) Ihmissuhdetyössä tulokset syntyvät työntekijän ja

asiakkaan yhteistyönä. Työntekijä voi turhautua ja tuntea riittämättömyyttä, kun tulosta tuottavaa menettelytapaa ei löydy. Tällaisessa tilanteessa voi kuitenkin olla kysymys siitä, ettei asiakkaalla ole riittävää motivaatiota oman osuutensa hoitamiseen. (Mattila 2010, 129.)

Työntekijöiden tulee luottaa kykyynsä elää vaikeuksien keskellä ja muistaa, että emotionaalinen stressi on tietyssä määrin luonnollinen olotila. Tällaisella stressillä on myös myönteinen puolensa, sillä se synnyttää toimintaa. Työ vie voimia, mutta se ei välttämättä kerro patologisesta stressitilasta, vaan työntekijän aktiivisuudesta. (Nissinen 2008, 13.)

Puhetta emotionaalisesta kuormittumisesta ei kuitenkaan saa vaientaa, sillä vaikeneminen lisää työssä pahoinvointia ja vaikuttaa palveluiden laatuun. Traumatisoitumista voidaan estää avoimella jakamisella, työntekijän kokemusten kuulemisella ja kunnioittamisella. (Nissinen 2008, 14.) Kuluttavista tunteista puhuminen edellyttää sallivaa ilmapiiriä. Me-tunnetta lisää yhteisöllisesti koettujen tunteiden onnistunut käsittely, joka antaa välineitä työn kehittämiseksi tunnenäkökohdat tiedostaen. (Molander 2003, 10.) Erityisen tärkeää on kohdella auttajan reaktioita normaaleina ilmiöinä ja hyväksyä työntekijän ja työyhteisön reagointi työnkuvaan kuuluvaksi. Olemme inhimillisesti kokevia ammattilaisia. (Nissinen 2008, 54, 63.)

4 Ikäeettinen päihdetyö palvelujärjestelmässä

4.1 Päihdepalvelut

Päihdehuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään päihdepalveluja kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. Päihdehuoltolain 7 § laajentaa päihdepalveluihin oikeutettujen joukon koskemaan myös päihdeongelmaisen läheisiä. Oikeus päihdepalvelujen saamiseen ei edellytä päihderiippuvuutta. Hoitoon pääsyä ei voi evätä vetoamalla määrärahojen puutteeseen, eikä kuntalaisia voida asettaa eriarvoiseen asemaan. Oikeus palveluihin ei riipu siitä, mitä päihdettä käyttää

eikä siitä, mikä on päihteidenkäyttäjän yhteiskunnallinen asema. Sosiaali- ja terveysministeriön päihdepalveluiden laatusuosituksien mukaan palvelujen tulisi olla kaikkien esteettömästi saavutettavissa. Tämä on ollut kuitenkin käytännössä vaikeaa erityisesti ikääntyneille, vammaisille sekä kieli- ja kulttuurivähemmistöille. (Levo 2008, 73.)

Päihdepalveluja järjestetään sosiaali- ja terveydenhuollon yleispalveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen on tarkoitus ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäytöstä aiheutuvia haittoja sekä edistää terveyttä ja toimintakykyä. Palvelujen tulisi olla avohoitopainotteisia ja matalan kynnyksen periaatteella järjestettyjä. Lähtökohtana on yleensä omaehtoinen hakeutuminen hoitoon. Palvelut ovat yleensä maksuttomia tai asiakas maksaa palveluista vain asiakasmaksun. Pidempiaikaisiin hoitoihin tarvitaan yleensä sosiaalitoimen myöntämä maksusitoumus. Yleispalvelujen päihdehoitotyöhön kuuluu päihteidenkäytöstä johtuvien ongelmien tunnistamista, akuuttihoitoa, erityispalvelujen käytön tarpeen arviointia, hoitoonohjausta ja päihdekuntoutukseen osallistumista. Yleisten palvelujen tarjoajia ovat esimerkiksi perusterveydenhuolto, sosiaalipalvelut, kotipalvelu ja kotisairaanhoido. (Holmberg 2010, 24.)

Päihdehuollon erityispalvelut voidaan järjestää monin eri tavoin. Kunta tai kuntayhtymä voi hankkia ne ostopalveluina muilta kunnilta, yksityisiltä palveluntuottajilta tai järjestöiltä. Kunnat ja järjestöt ovat myös perustaneet säätiöitä tuottamaan monipuolisia päihdepalvelukokonaisuuksia. Näissä palveluissa päihdehoitotyö on muun muassa päihdeongelman ja hoidon tarpeen arviointia, terapeuttista avohoitoa, katkaisuhoidon ja kuntoutuksen toteuttamista, jälkikuntoutusta, asumispalveluiden ja päivätoiminnan järjestämistä ja asiantuntijapalveluiden ylläpitämistä. Erityispalveluja tarjoavat esimerkiksi a-klinikka, katkaisuhoidoasemat, päiväkeskukset ja laituskuntoutusyksiköt. (Holmberg 2010, 25.)

Päihdehoitotyö edellyttää laaja-alaista yhteistyötä. Eri toimijoiden osaamisella voi olla merkittävä rooli päihteitä käyttävän ihmisen toipumisessa. (Holmberg 2010, 25.) Terveystenhuolto, kotihoito, vanhustenhuollon muut palvelut,

päihdehuollon palvelut, seurakuntien diakoniatyö, sosiaalityö sekä monet järjestöt toimivat yleensä tärkeimpinä yhteistyöverkostoina ikääntyneiden päihdeongelmaisten asioissa (Nykky ym. 2010, 32).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista takaa asiakkaalle oikeuden hyvälaatuiseen hoitoon. Tämä oikeus on päihdeongelmaisilla ihmisillä, ja myös hoitotakuu koskee heitä siinä missä kaikkia muitakin. (Holmberg 2010, 24–25, 110.) Ikääntyvä on oikeutettu saamaan hänelle tarkoituksenmukaisia päihdepalveluja, joiden takaamiseksi työntekijän tulee tarvittaessa asettua puolustamaan asiakkaan oikeuksia. Ikäihminen päättää itse omaan elämäänsä liittyvistä asioista, mutta hänellä on oikeus asianmukaiseen tiedonsaantiin. Ihminen on myös vastuussa omista päätöksistään. Ikääntyvällä päihteidenkäyttäjällä on oikeus tulla kohdelluksi arvokkaana ihmisenä riippumatta siitä, haluaako hän vähentää alkoholinkäyttöään. (Levo 2008, 15–16.)

Päihdeongelmaisen ikäihmisen kohtaamista ohjaavat yleiset eettiset päihdetyön periaatteet, sillä ikäeettisen päihdetyön sisältöä ei ole vielä mietitty kovin laajalti. Yleisten eettisten periaatteiden lisäksi työskentelyssä on huomioitava ikääntymisen mukanaan tuomat fyysisten, psyykkisten, sosiaalisten ja hengellisten tarpeiden muutokset. Merkittävää on myös ymmärtää ikääntyneen elämänhistoria ja nykyinen elämäntilanne. Ikäeettinen päihdetyö perustuu voimavaralähtöiseen ja asiakasta voimaannuttavaan toimintaan. (Levo 2008, 15–16.)

4.2 Palvelujärjestelmä muutospaineessa

Suomessa ikäihmisten päihdeongelmat nousivat julkiseen keskusteluun muutama vuosi sitten. Keskustelu mediassa toi ilmi sen, että asian käsittely suomalaisessa yhteiskunnassa on melko uutta. Suomessa sekä käytännön tieto että tutkimustieto aiheesta on vähäistä. Julkisessa keskustelussa esille nousi se tärkeä asia, että myös ikäihmisillä on päihdeongelmia ja että heillä tulee olla oikeus saada hoitoa ja kuntoutusta iästään riippumatta. Muualla

teollisuusmaissa, esimerkiksi Yhdysvalloissa, ikäihmisten päihdeongelmiin on kiinnitetty runsaasti huomiota jo 1980-luvun loppupuolelta lähtien. (Nykky ym. 2010, 6.)

Ikääntyneiden päihdeongelmia tunnistetaan ja diagnosoidaan huonosti. Ikääntyneet päihderiippuvaiset hakeutuvat harvoin hoitoon ensisijaisesti päihdeongelman takia, vaan yleensä syynä on muut terveyteen liittyvät seikat. Sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalvelut ovat merkittävässä roolissa ikäihmisten päihdeongelmien tunnistamisessa. (Nykky ym. 2010, 17.)

Päihdeasiakkaiden määrä lisääntyy vanhuspalveluissa vuosi vuodelta. Ikääntyvien kanssa työskentelevät tarvitsevatkin tietoa päihteistä ja liikakäyttöön puuttumisesta. Kun ikäihmisten alkoholinkäytöstä puhutaan julkisuudessa, se kannustaa ammattilaisia päivittämään osaamistaan. Ikäihmiset eivät välttämättä osaa hakea apua alkoholiongelmaansa. Monet palvelut ovat pääsääntöisesti suunnattuja työikäisille eivätkä tällöin välttämättä tarjoa ikäihmisille sopivia hoitomuotoja. (Karlsson 2007, 6.)

Päihdetyössä tulisi miettiä, miten eri-ikäisten ihmisten kanssa tehtävä päihdetyö toimisi kokonaisvaltaisesti. Ikäihmisten palvelut eivät saa rajoittua pelkästään sairauksien hoitoon. Ihmisen kokonaisvaltaisuutta ja voimavarojen löytymistä pitäisi tukea kaikissa ikävaiheissa. (Viljanen 2010.) Jos hoitaja havaitsee asiakkaalla esimerkiksi taloudellisia vaikeuksia, kaltoinkohtelua tai vaikeita päihdeongelmia, hänen pitää pyytää yhteistyöhön sosiaalialan ammattilaista, joka tekee vaikeissa elämäntilanteissa tilannearvion. Sosiaalialan ammattilainen hahmottaa yhdessä asiakkaan kanssa, mikä asiakkaan mielestä on hyvää elämää ja miten se voitaisiin saavuttaa. Sosiaalialan ammattilaisen tehtävä on huolehtia asiakkaan kokonaistilanteesta elämänhallinnan näkökulmasta. Hoitajan tulisi saada keskittyä hoitotyöhön, sillä hänellä on oma roolinsa asiakkaan arkipäiväisten askareiden ohjaajana ja hoitotoimenpiteiden suorittajana. (Larmi, Tokola & Välikkiö 2005, 113.)

Päihdeosaamisen ja - kuntoutuksen yhdistäminen osaksi kotihoitoa on osoittautunut toimivaksi työmuodoksi. Asiakkaan näkökulmasta koti koetaan

usein turvalliseksi ja riittävän luottamukselliseksi paikaksi. Koti ei ole ihmiselle pelkkä fyysinen ympäristö, vaan se on osa ihmisen kokonaisuutta, muistoja ja elettyä elämää. Koti yksityisenä alueena asettaa työlle erityisen sensitiivisyyden vaatimuksen: työntekijä on vieraana asiakkaan kodissa ja joskus jopa ”kutsumattoman vieraan” roolissa. (Nykky ym. 2010, 113.)

Espoon kotihoidossa on kehitetty ikääntyneiden kotihoidon päihdehoitomalli. Mallin mukaan päihteidenkäyttö otetaan puheeksi hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Päihteidenkäytön kartoittaminen on luonnollinen osa esimerkiksi ravitsemustilan arviointia. Uuden asiakkaan päihteidenkäyttö arvioidaan asteikolla 1-5. Jokaisessa tasossa on omat toimintaohjeet, jotka ovat kaikkien työntekijöiden tiedossa ja uudet työntekijät perehdytetään mallin käyttöön. Kaikkien asiakkaiden päihteidenkäyttö selvitetään, jotta toiminta olisi tasapuolista ja jotta piilevä riskikäyttö olisi mahdollista tunnistaa. Päihteidenkäyttö otetaan asiakkaan kanssa puheeksi riittävän usein ja tehdään suunnitelma päihteidenkäytön vähentämisestä. Yhdessä asiakkaan kanssa mietitään mielekästä tekemistä päiviin ja uutta sisältöä elämään. (Holmberg 2010, 99.)

Moniammatillisuus on päihdetyössä merkityksellinen työmuoto. Ihanteellista olisi, että kunkin asiakkaan palvelutarve määriteltäisiin yksilöllisesti ja että tarpeellisten palveluiden verkkoa tarkasteltaisiin aina uudelleen tilanteiden muuttuessa. Mahdollisen päällekkäisen työn vähentyminen verkoston tiivistyessä saattaisi vähentää joidenkin asiakkaiden palvelujen tarvetta. Moniammatillisessa verkostotyössä olisi hyvä, jos päihdetyöntekijä olisi asiakkaan mukana ja tukena erilaisissa neuvotteluissa tai asiointitilanteissa. Päihdetyöntekijä varmistaisi, että asiakas tulisi kuulluksi ja että hänen oikeutensa toteutuisivat. (Nykky ym. 2010, 32.)

Tärkeää asiakkaiden ja heidän läheistensä kannalta olisi yhdistää eri ammattilaistahojen näkemyksiä ja vähäisiä resursseja, jotta voitaisiin luoda hyödyllisiä palveluja. Usein kuitenkin alaa valtaavat eri ammattiryhmien ja hoitotahojen reviirikeskustelut. (Holmberg 2010, 18.) Ei siis ole aivan yksinkertaista saada eri sektoreiden ammattilaisia toimimaan yhdessä samaa

kieltä puhuen. Yhteistyö olisi silti välttämätöntä, sillä päihdeongelmainen vanhus ei voi olla vain kotihoidon asiakas. (Viljanen 2010.) Hyvää tulosta syntyy, kun ei välitetä siitä, kenen budjetista rahat kuluvat tai kuka yhteistyö- ja palveluverkostossa saa tuloksen aikaan. Painopisteen tulee siirtyä kilpailemisesta ihmisen kohtaamiseen, mikä tapahtuu yhteistyössä eri ammattilaisten kanssa. Loppujen lopuksi kaikki tekevät työtä terveemmän yhteiskunnan eteen ja käyttävät työssään julkisia resursseja. (Holmberg 2010, 32.)

Asiakaslähtöisessä päihdetyössä apua ja tukea asiakkaille tulisi tarjota heidän tärkeäksi kokemissaan asioissa. Asiakas määrittelee itse, suostuuko hän asiakkuuteen ja minkälaisella aikataululla sekä minkälaista apua hän tämänhetkiseen elämäntilanteeseen tarvitsee. Asiakkaat harvoin kieltäytyvät asiakassuhteesta kokonaan, mutta sellaisessakin tilanteessa on huomioitava, että asiakkaan avuntarve voi tulla ajankohtaiseksi myöhemmin. (Nykky ym. 2010, 114.)

On vaikea kuvitella sosiaali- ja terveysalan ammattilaista, joka ei lainkaan työskentelisi päihteitä käyttävien asiakkaiden tai heidän läheistensä kanssa työuransa aikana. Päihdehoitotyö kuuluukin siis jokaiselle, joka työskentelee sosiaali- ja terveysalalla. (Holmberg 2010, 22, 31.) Vanhustyön ammattilaisten tulisi lisätä päihdeosaamista ja päihdealan työntekijöiden gerontologista tietämystä, mikä mahdollistaisi paremmin sektorirajat ylittävän yhteistyön (Viljanen 2010). Ikääntyneet tarvitsevat heille kohdennettuja päihdepalveluja. Vaikka haasteet ovat olleet tiedossa jo vuosikausia, palveluja on kehitetty liian vähän. (Holmberg 2010, 94.)

5 Opinnäytetyön tavoitteet ja toteutus

5.1 Opinnäytetyön tavoitteet ja kehittämistehtävä

Tavoitteena on luoda yksi esimerkkimalli helpottamaan päihteidenkäytön puheeksiottamista. Mallin muodostamiseen tarvittavaa tietoa keräämme Eksoten kotihoidon päihdevastaaville teetettävän kyselyn ja teorian tiedon avulla. Malli on tarkoitettu toimittamaan sähköisessä muodossa kotihoidon työntekijöiden apuvälineeksi työn arkeen.

5.2 Tiedonhankinta ja käsittely

Toiminnallisina opinnäytteinä opiskelijat tuottavat usein ohjeistuksia tai tietopaketteja, jolloin valittavana on muun muassa painotuote, kansion kokoaminen tai sähköinen muoto. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto ammattikorkeakoulun opinnäytetoille, jotka ovat tyypillisesti tutkimuksellisia. Sen tavoitteena on ammatillisella kentällä tapahtuvan käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjestäminen tai järjeistäminen. Se voi olla esimerkiksi ammatilliseen käytäntöön suunnattu ohje tai opastus. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9, 51–52.)

Ajatus opinnäytetyömme aihepiiristä alkoi kehittyä ensimmäisenä opiskeluvuonna. Ikäihmisten päihteidenkäyttö alkoi ilmiönä kiinnostaa meitä, koska mielestämme aihe oli osittain vaiettu. Käsityksemme mukaan ilmiö kuitenkin näkyi jo työkentällä, ja se tulisi väistämättä lisääntymään ikääntyneiden määrän kasvaessa. Teoriatietoa aiheesta etsiessämme huomasimme, että materiaalia aiheesta on alettu tuottaa vasta 2000-luvun puolenvälin jälkeen. Prosessimme ajan pyrimme pysymään ajan hermolla seuraamalla aiheen käsittelyä ammatillisista julkaisuista ja mediasta.

Vuoden 2010 keväällä pohdimme ensimmäistä kertaa aiheen rajaamista päihteidenkäytön puheeksiottamiseen. Mielestämme oli erityisen tärkeää

keskittyä puheeksiottamiseen, sillä se on ensimmäinen askel päihdehoitotyön prosessissa. Samalla päätimme rajata kohderyhmäksi kotihoidon ammattilaiset, sillä mielestämme ikäihmisten päihdeongelmat näyttäytyvät kotihoitotyössä totuudenmukaisimmillaan.

Tässä vaiheessa aloimme perehtyä ikäeettiseen päihdetyöhön syvällisemmin. Suuntasimme myös koulutehtäviämme aihepiiriin liittyväksi, esimerkiksi päihdetyön kurssilla teimme laajan tehtävän ikäihmisten päihteidenkäytöstä. Syksyllä 2010 aloimme tehdä opinnäytetyösuunnitelmaa, jolloin aihe rajautui entistä selkeämmin huolen puheeksiottamiseen.

Marraskuussa 2010 otimme yhteyttä kotihoidonpäällikköön Raili Paajaseen ja kerroimme opinnäytetyö ideastamme. Kysyimme alustavasti mahdollisuudesta teettää kotihoidon henkilöstölle sähköinen kysely, jossa selvittäisimme työntekijöiden kokemuksia ja ajatuksia päihteidenkäytön puheeksiottamisesta asiakkaiden ja omaisten kanssa. Tavoitteenamme oli selvittää kyselyn avulla, tarvitsevatko työntekijät tukea ja apua puheeksiottamisessa ja jos tarvitsevat, niin minkälaista tukea he kaipaavat. Kerroimme, että opinnäytetyöstämme tulisi toiminnallinen ja että tavoitteena on luoda puheeksiottomalli käytännön työn välineeksi.

Raili Paajanen suhtautui ideaamme myönteisesti. Hän kertoi, että Sininauhaliiton hankkeen kautta kotihoidon tiimeihin oli koulutettu päihdevastaavia. Paajanen ehdottikin, että voisi olla antoisampaa tehdä kysely kotihoidon päihdevastaaville. Mielestämme Paajasen ehdotus oli hyvä, ja päihdevastaavat kohderyhmänä vaikuttivat juuri sopivalta otokselta. Paajanen ehdotti työelämän ohjaajaksemme psykiatrista sairaanhoitajaa Jaana Markoffia.

Seuraavaksi otimme yhteyttä Jaana Markoffiin ja esittelimme hänelle ideamme. Jaana Markoff lupautui opinnäytetyömme ohjaajaksi ja piti sähköistä puheeksiottomallia hyvänä ideana hyödynnettäväksi työelämän tarpeisiin. Markoff totesikin, että päihdekoulutuksista huolimatta puheeksiottaminen koetaan edelleen vaikeaksi. Sovimme ensimmäisen tapaamisen työelämän ohjaajamme kanssa helmikuun 2011 alkuun.

Tammikuun 2011 puolella välissä kokoonnuimme ensimmäistä kertaa ohjaavan opettajamme kanssa tarkentamaan opinnäytetyömme suuntaa. Tapaamisessa pohdimme toiminnallisen opinnäytetyön tavoitetta ja teoriapohjaa. Suunnittelun alkuvaiheessa olimme teorian kannalta katsoneet tärkeäksi dialogisen vuorovaikutuksen ja huolen puheeksioton. Tammikuun tapaamisessa pohdimme, että teoriapohja voisi muodostua kuitenkin laajemmin verkostoteorioista.

Helmikuun alussa tapasimme ensimmäistä kertaa työelämän ohjaajamme Jaana Markoffin. Mielestämme ajatuksemme olivat samansuuntaisia, ja yhteistyö tuntui lähtevän hyvin käyntiin. Keskustelimme opinnäytetyömme aiheen ajankohtaisuudesta. Työelämän ohjaajamme kanssa kartoitimme kaikkien Eksoten alueella toimivien päihdevastaavien yhteystiedot kyselyn lähettämistä varten.

Kyselylomaketta laadimme tammi-helmikuussa 2011. Kyselyn kaikki kysymykset olivat avoimia, koska emme mielestämme tarvinneet määrällistä tutkimustietoa. Rajasimme kysymysten määrän kahdeksaan, sillä emme halunneet kyselystä liian raskasta, vaan ajattelimme siihen vastaamisen olevan helppoa työn lomassa. Olimme kiinnostuneita työntekijöiden subjektiivisista kokemuksista ja halusimme tietää, minkälaiset asiat ovat herättäneet työntekijän huolen. Halusimme selvittää, millä tavalla työntekijät ottavat päihteidenkäytön puheeksi asiakkaan kanssa ja kuinka asiakas on suhtautunut puheeksiottoon. Tiedustelimme myös, mitkä tekijät ovat työntekijän mielestä edistäneet ja mitkä vaikeuttaneet puheeksiottoa. Olimme kiinnostuneita siitä, minkälaisia ajatuksia ja tunteita päihteidenkäytön puheeksiotto työntekijässä herättää. Halusimme kuulla päihdevastaavien näkemyksen siitä, mitä heidän mielestään on otettava huomioon päihteidenkäytön puheeksiottamisessa ja että voisiko käytäntö olla rutiinia jokaisen asiakkaan kohdalla.

Haimme tutkimuslupaa Eksotelta helmikuun lopussa. Hakemukseen liitimme opinnäytetyösuunnitelmamme, joka sisälsi myös laatimamme kyselylomakkeen (Liite 2). Saimme viranhaltijapäätöksen tutkimusluvan myöntämisestä 9.3.2011.

Helmikuussa hankimme myös webropol ohjelman tunnukset ja harjoittelimme ohjelman käyttöä. Opimme webropolin käytön perustaidot ja loimme kyselyn ohjelmalla. Kyselyn lähetimme keväällä 2011 sähköpostitse Eksoten päihdevastaaville. Viestin mukana oli saatekirje (Liite 1). Lähetimme kyselyn 15 työntekijälle, ja vastausaikaa annoimme kaksi viikkoa. Neljä päihdevastaavaa vastasi kyselyymme. Vastausprosentiksi muodostui siis 27.

Saatekirje vaikuttaa koko tutkimuksen onnistumiseen. Sen perusteella tutkittava tekee päätöksen tutkimukseen osallistumisesta. Saatekirjeen ensisijainen tehtävä on vakuuttaa tutkimuskohde tutkimuksesta ja motivoida osallistumaan tutkimukseen. Tutkimuskohteelle on tärkeää pystyä lyhyesti perustelemaan, miksi juuri hänen osallistumisensa on tärkeää. Tutkimuksesta on annettava riittävästi asianmukaista tietoa, jonka perusteella vastaajat voivat päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Päätökseen osallistumisesta vaikuttaa saatteen ja lomakkeen visuaalinen ilme, saatteen sisältö ja kyselyn laajuus ja kieli. (Vilkkä 2005, 152- 155.) Kyselylomaketta laatiessamme kiinnitimme huomiomme siihen, että kaikki käsitteet olivat ymmärrettäviä ja kieli oli yksiselitteistä ja sujuvaa.

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2004, 185) mukaan valikoimattomalle joukolle teetetty kysely tuottaa yleensä alhaisen vastausprosentin: parhaimmillaan vastauksia tulee 30–40 prosentilta otoksesta. Jos kysely teetetään jollekin tietylle erityisryhmälle ja aihe on heidän kannaltaan tärkeä, voi odottaa korkeampaa vastausprosenttia.

Kyselylomaketutkimuksessa vastaaja lukee kirjallisesti esitetyn kysymyksen ja vastaa siihen kirjallisesti. Kyselylomake sopii käytettäväksi silloin, kun tutkimuksessa käsitellään arkaluontoisia kysymyksiä. Etuna onkin se, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi (Vilkkä 2005, 74.) Pohdimme, että vastaaja voi lukea kysymyksen useamman kerran ja tarvittaessa palata kysymykseen myöhemmin. Kyselyyn voi vastata omassa tahdissa ja muotoilla vastauksen rauhassa, jolloin väärinkäsitysten riski voi pienentyä verrattuna suullisesti toteutettavaan haastatteluun. Tosin haastattelussa voi kysyä tarkentavia kysymyksiä ja varmistaa siten oikeinymmärtämisen haastattelijan ja

haastateltavan välillä. Meidän haasteenamme oli toimivan, yksimerkityksisen kyselylomakkeen laatiminen.

Mielestämme kyselylomake sopi opinnäytetyöhömmе, koska se takasi hyvin vastaajan anonyymiuden. Pohdimme, että kyselylomakkeeseen oli helpompi vastata totuudenmukaisemmin kuin haastattelijalle. Mielestämme myös ulkoiset häiriötekijät olivat vähäisemmät sähköiseen kyselyyn vastattaessa.

Sähköisessä kyselyssä on otettava huomioon, että tutkimukseen osallistuvilla on mahdollisuus sähköpostin ja internetin käyttöön (Vilkkа 2005, 74). Pohdimme sähköisen kyselyn olleen käytännöllinen kohderyhmää ajatellen. Kotihoidon henkilöstö on jokaisena työpäivänä jossain vaiheessa tietokoneen äärellä kirjaamassa asiakastapahtumia, jolloin kyselyyn voi olla luontevaa vastata samalla. Kyselylomakkeen laadinnalla ja kysymysten tarkalla suunnittelulla voidaan tehostaa tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2003, 187).

Toiminnallisessa opinnäytetyössä lähtökohtana on se, miten vastaukset suuntaavat tulevan tuotteen sisältöä. Vaikka tieto olisi määrällisen tutkimuksen keinoin hankittua, sen käyttötarkoitus määrää millaista tarkkuutta ja järjestelmällisyyttä kannattaa tavoitella. Tavoitteena on saada tuotteen sisältöön suuntaa antavaa tietoa tai kerätä kirjallisuudesta puuttuvaa lähdetietoa. Tämän takia toiminnallisen opinnäytetyön selvityksellä kerätty aineisto ei ole tilastollisesti merkittävää. Aineisto on kuitenkin analysoitava: vastaukset on ryhmiteltävä ja luokiteltava siis muutettava havainnoitavaan muotoon. (Vilkkа & Airaksinen 2003, 60, 62.)

Loppukeväästä 2011 tyypittelimme kyselystä saamamme vastaukset. Kyselyn tuloksia tutkiessamme huomasimme, että verkostoteoriat eivät olleetkaan työmme ydintä. Menetelmiä oleellisemmaksi tekijäksi nousi aito kohtaaminen. Kyselyyn osallistuneiden päihdevastaavien vastauksissa korostuivat asiakkaan arvostaminen, toimiva vuorovaikutus ja luottamuksellinen ilmapiiri. Oivalsimme, että valmiita menetelmiä ja mittareita on kehitetty lukuisia, mutta loppujen lopuksi kohtaamisessa on kyse hyvin yksinkertaisista asioista. Pohdimme, että

pahimmillaan erilaiset testit voivat jopa estää aidon kohtaamisen. Työntekijä voi suorituksena teettää testin ilman, että hänen täytyy puhua päihteidenkäytöstä asiakkaan kanssa suoraan. Asiakas taas voi vastata testiin päihteidenkäyttöään vähätellen tai työntekijää miellyttääkseen. Pohdimme, että mahdollistaako tämä sellaisen kohtaamisen, jossa asiakas voi rehellisesti kertoa elämäntilanteestaan? Tai mahdollistaako tällainen kohtaaminen sen, että työntekijä voisi ilmaista oman huolensa asiakkaan tilanteesta? Tämän oivalluksen myötä halusimme myös teoriapohjan rakentuvan kohtaamisen ympärille.

Opinnäytetyöpäiväkirja dokumentoi opinnäytetyöprosessia. Opinnäytetyöprosessi on laaja ja sijoittuu pitkälle ajanjaksolle. Ilman dokumentointia ei prosessin loppuvaiheessa kykene muistamaan alussa tehtyjä ratkaisuja. Opinnäytetyöraportin näkökulmasta on hyvä kirjata ideat, tavoitteet sekä kaikki muutokset, jotka koskevat opinnäytetyötä. Se auttaa prosessissa vain, jos sitä tekee järjestelmällisesti. Päiväkirjaan kirjataan myös ohjauksen aikana ilmenneet keskeiset asiat ja käydyt keskustelut. Päiväkirjaan voi liittää myös opinnäytetyötä koskevat sähköpostikeskustelut. (Vilka & Airaksinen 2003, 19–22.)

Keväällä 2011 etsimme aineistoon sopivaa lähdekirjallisuutta ja jatkoimme perehtymistä teorialietoon. Keväällä hahmotelimme teoriapohjan aihealueet, jotka rakentuivat kohtaamisen ympärille. Syksyllä aloimme kirjoittaa teoriapohjaa vuorovaikutuksesta ja ikäihmisistä päihteidenkäyttäjinä. Myöhemmin syksyllä havaitsimme, että mielestämme teoriapohja tarvitsee myös palvelujärjestelmää käsittelevän osion. Pehdyimme palvelujärjestelmään ja pohdimme sen ajankohtaisia haasteita ikäihmisten kanssa tehtävässä päihdetyössä. Lokakuun alkupuolella olimme saaneet teoriapohjan mielestämme kattavaksi kokonaisuudeksi.

Tämän jälkeen aloimme keskittyä päihteidenkäytön puheeksiottomallin luomiseen. Päihdevastaaville tekemämme kysely vahvisti käsitystämme siitä, että olennainen osa puheeksiottoa on kahden ihmisen välillä tapahtuva vuorovaikutus. Myös teorialiedon antama käsitys vahvisti tätä näkemystä. Mallin

luomisen alkuvaiheessa palauttelimme mieleemme päihteenkäyttöä kartoittavat testit. Pohdimme niiden vahvuuksia, mutta halusimme saada malliimme enemmän sosiaalista näkökulmaa käyttömääriä kartoittavien testien sijaan. Mallin luomisen alkuvaiheessa pidimme aivoriihi-iltoja, joissa keskustelimme vapaasti mallin herättämistä ajatuksista ja kirjasimme ideamme paperille. Lähdimme purkamaan auki, mitä sosiaalialan koulutus on opettanut meille vuorovaikutustaidoista.

Suurelta osin keskustelumme veivät meidät ratkaisukeskeisyyden maailmaan, sillä halusimme korostaa ihmisessä olevia voimavaroja ja asiakkaan omaa asiantuntijuutta omaa elämää koskevissa asioissa. Ratkaisukeskeisyyden avulla muodostui myös konkreettisia kysymyksiä, joita halusimme liittää malliin. Ajattelimme, että muutamat esimerkkikysymykset voisivat auttaa työntekijöitä muodostamaan avoimia, omaan puheeseen sopivia kysymyksiä, jotka kannustaisivat asiakasta miettimään omaa elämäntilannettaan. Lisäksi mieleemme muistui monia verkostotyön opinnoissa käsiteltyjä menetelmiä, jotka mielestämme sopivat hyvin pitkäjänteisen työskentelyn tueksi.

Aloimme luoda mallia ja meille alkoi hahmottua sen kolme eri vaihetta: elämäntilanteen kartoitus, tavoitteiden asettaminen ja tavoitteita kohti kulkeminen. Retkahduksista olimme käyneet useita keskusteluja ja päätimme liittää sen malliin, koska halusimme korostaa sitä oppimiskokemuksena. Jokaiseen osioon muotoutui pääajatus kyseisestä vaiheesta, muutamia esimerkkikysymyksiä ja menetelmiä, joita kyseisessä vaiheessa on mahdollista hyödyntää. Mallista alkoi muodostua visioimamme kokonaisuus: ei liian ehdoton, vaan työn apuväline, josta jokainen voi poimia omaan persoonaan ja tilanteeseen sopivia asioita.

Lopuksi kirjoitimme malliin saatesanat, johon kokosimme keskeiset vaikuttavat tekijät, jos mallia hyödynnetään ilman teoriaosuuteen perehtymistä. Halusimme saatesanoissa korostaa, että kaikissa kohtaamistilanteissa samalla kaavalla etenevää mallia ei ole olemassa, eikä se olisi työn kannalta mielekästäkään. Tärkeintä on, että työntekijä luottaa aidon kohtaamisen voimaan ja löytää omalle persoonalle sopivan tavan ottaa päihdeasiat puheeksi.

6 Päihdevastaavien näkemykset puheeksiotosta

Teimme kyselyn Eksoten kotihoidon päihdevastaaville saadaksemme käytännön tietoa päihteidenkäytön puheeksiotosta. Kyselyn vastaukset tyypittelimme ja etsimme aineistosta toistuvasti esille nousevia asioita. Kyselyn perusteella havaitsimme, että päihdevastaavien mielestä olennaisinta on asiakkaan arvostaminen, vuorovaikutus ja ilmapiiri puheeksiottotilanteessa. Seuraavassa taulukossa (Taulukko 1) esittelemme näiden osa-alueiden tekijät, jotka tulivat kyselyssä esille.

<u>Asiakkaan arvostaminen</u>	<u>Vuorovaikutus</u>	<u>Ilmapiiri</u>
Arvostava kohtaaminen	Suorat, avoimet kysymykset	Kiireettömyys
Tasavertaisuus	Hienotunteisuus	Ei syytelyä
Rehellisyys	Konkreettiset perustelut, mistä työntekijän huoli on herännyt	Avoimuus
Luottamuksellisuus	Asiallinen keskustelu	Rauhallinen tilanne

Taulukko 1. Päihdevastaavien näkemykset puheeksioton olennaisista tekijöistä.

Yleisin tapa, jolla työntekijä otti päihteidenkäytön puheeksi asiakkaan kanssa, oli suorien, avointen kysymysten käyttö. Vastauksissa korostettiin myös hienovaraisuutta ja luottamuksellisen suhteen luomista asiakkaaseen. Joissakin tilanteissa asiakas oli itse ottanut päihteidenkäytön puheeksi. Sopivassa tilanteessa pieni määrä huumoriakin katsottiin vuorovaikutusta edistäväksi. Yksi päihdevastaavista kertoi käyttävänsä audit testiä.

Päihteidenkäytön puheeksiottamista oli työntekijöiden mielestä edistänyt erityisesti rauhallinen puheeksiottotilanne, luottamuksellinen asiakassuhde ja työntekijän konkreettiset perustelut siitä, mistä hänen huolensa oli herännyt.

Asiallinen keskustelu, ei syyttävää sävyä, vain faktojen esiin nostamista.

Muita työntekijöiden mielestä edistäviä tekijöitä olivat esimerkiksi rehellisyys, suoruus, asiakkaan arvostaminen ja tasavertainen kohtelu. Asiallinen keskustelu ilman syyttelyä koettiin vuorovaikutusta edistäväksi, ja asiakasta rohkaisi keskustelemaan myös muistutus työntekijän vaitiolovelvollisuudesta. Yksi työntekijöistä kertoi käyttävänsä motivoivan haastattelun tekniikkaa.

Puheeksiottoa oli useimmiten vaikeuttanut rauhaton puheeksiottotilanne ja asiakkaan torjuva suhtautuminen puheeksiottoon. Vaikeuttavia tekijöitä olivat myös luottamuspula asiakkaan ja työntekijän välillä sekä asiakkaan aikaisemmat kokemukset siitä, ettei hän ole saanut apua. Asiakas saattoi myös vähätellä päihteidenkäyttöään ja kieltäytyä puhumasta asiasta. Joissain tapauksissa asiakkaan humalatila esti puheeksioton.

Päihteidenkäytön puheeksiottamisessa työntekijät korostivat erityisesti avoimen ja luottamuksellisen asiakassuhteen merkitystä. Rauhallinen ja kiireetön ilmapiiri olivat myös tärkeitä tekijöitä puheeksiottotilanteessa. Työntekijät korostivat hienotunteisuutta suoruudesta huolimatta: puheeksiottotilanteessa ei kaunistella, mutta ei myöskään syytellä. Asiallinen, selkeä faktatieto puheeksioton perusteluna edisti vuorovaikutusta. Yksi päihdevastaavista myös rohkaisi luottamaan omaan intuitioon.

On luotettava omaan intuitioon siinä, että missä tilanteessa asian voi ottaa puheeksi.

Lisätäksemme omaa ymmärrystämme ikäihmisten parissa tehtävästä päihdetyöstä, kysyimme päihdevastaavilta, minkälaisista asioista työntekijän huoli asiakkaan päihteidenkäytöstä on herännyt. Lisäksi olimme kiinnostuneita

siitä, miten asiakas on päihteidenkäytön puheeksiottoon suhtautunut ja minkälaisia ajatuksia ja tunteita puheeksiottotilanne on työntekijässä herättänyt.

Työntekijöiden huoli asiakkaan päihteidenkäytöstä oli useimmiten herännyt lääkityksen laiminlyömisestä, masentuneisuudesta, yksinäisyydestä ja huomattavista painonmuutoksista. Muita tekijöitä olivat muun muassa itsestä huolehtimisen kyvyn heikentyminen, muuttunut ystäväpiiri, jännittyneisyys, turhautuminen ja alhainen itsetunto. Huoli heräsi myös siitä, ettei asiakas tullut sovituille vastaanottoajoille ja siitä, että hän syytteli itseään, muita ihmisiä ja yhteiskuntaa. Työntekijässä huolta herättivät myös asiakkaiden muuttuneet elämäntilanteet, joita olivat esimerkiksi työttömyys, sairastuminen, leskeksi jääminen tai avioero. Myös ympäristö saattoi ilmaista huolensa työntekijälle, esimerkiksi asiakkaan läheiset ottivat yhteyttä työntekijään tai edunvalvojalta tuli yhteydenotto.

Asiakkaiden suhtautuminen päihteidenkäytön puheeksiottoon vaihteli. Työntekijät kokivat, että useimmiten asiakas joko vastasi avoimesti tai pyrki salaamaan asian. Muita reaktioita olivat esimerkiksi yllättyminen, varovaisuus, myötämielisyys ja asiallinen suhtautuminen puheeksiottoon.

Yleensä ihmiset yllättyvät suorista kysymyksistä alkoholinkäyttöön liittyen. Kuitenkin useimmiten vastaavat avoimesti.

Osa asiakkaista ei ollut hyväksynyt päihteidenkäytön puheeksiottamista lainkaan.

Kysely toi suhteellisen niukasti esille työntekijöissä puheeksiottotilanteissa heränneitä tunteita. Yksi vastanneista kertoi suoran puheeksiottamisen toimintatavan sopivan hänen persoonalleen ja olevan siten itselle helppo ja toimiva tapa työskennellä. Työntekijät kokivat myös tyytyväisyyttä asiakkaan kertoessa rehellisesti ja avoimesti alkoholinkäytöstään. Toisinaan työntekijöissä heräsi epäily siitä, puhuiko asiakas totta ja erityisesti sellaisissa tilanteissa, joissa asiakas selitteli alkoholinkäyttöään ja joissa työntekijä joutui selvittämään ja toistamaan kysymyksiä useita kertoja. Yksi työntekijöistä pohti

selittelyn voivan tarkoittaa myös sitä, että asiakas ei ole riittävän motivoitunut vähentämään tai lopettamaan alkoholinkäyttöään. Vastauksissa nousi esille myös käsitys, että

hoitajan on oltava vahva, ei pidä mennä mukaan säälimään.

Lopuksi tiedustelimme, voisiko päihteidenkäytön puheeksiottaminen olla rutiinia jokaisen asiakkaan kohdalla. Päihdevastaavien mielipiteet jakautuivat puolesta ja vastaan. Kielteisiä vastauksia perusteltiin sillä, että puheeksiotot kannattaa tehdä vain tapauskohtaisesti huolen herätessä. Puolet vastanneista kannatti puheeksiottoa rutiinikäytäntönä ja olivat sitä mieltä, että päihteidenkäyttö tulisi ottaa puheeksi aina jokaisen uuden asiakkaan kohdalla.

7 Päihteidenkäytön puheeksiottomalli

Päihteidenkäytön puheeksiottomalli muodostuu kolmesta eri vaiheesta: päihteidenkäytön kartoituksesta, tavoitteiden asettamisesta ja tavoitteita kohti kulkemisesta. Mallin viimeiseen vaiheeseen liitimme retkahdus-osion, sillä päihderiippuvuudesta toipuminen ei yleensä etene suoraviivaisesti ilman takapakkeja. Lisäksi halusimme korostaa retkahdusta oppimiskokemuksena, josta asiakkaan on mahdollista oppia uusia selviytymiskeinoja ja suunnata katse takaisin kohti tulevaa.

Päihteidenkäytön puheeksiottomalli alkaa saatesanoilla, joissa luomamme mallin arvomaailma kiteytyy. Tämän jälkeen mallissa esitellään kolme eri vaihetta. Puheeksiottomallista jokainen työntekijä voi poimia kuhunkin tilanteeseen parhaiten sopivat kysymykset ja menetelmät.

Saatesanat

Päihteidenkäytön puheeksiottotilanteessa menetelmiä tärkeämpää on aito, asiakasta arvostava kohtaaminen, onnistunut vuorovaikutus ja luottamuksellinen ilmapiiri. Arvostava kohtaaminen edellyttää tasavertaisuutta, rehellisyyttä ja luottamuksellisuutta asiakkaan ja työntekijän välillä. Onnistuneen vuorovaikutustilanteen avaintekijöitä ovat katsekontakti, kuuntelemisen taito, asiallinen keskustelu ja hienotunteisuus. Avoin, luottamuksellinen ilmapiiri päihteidenkäytön puheeksiotolle muodostuu kiireettömyydestä ja rauhallisesta kohtaamistilanteesta. Aito kohtaaminen edellyttää työntekijältä pysähtymistä, keskittynyttä läsnäoloa ja empatiakykyä. Työntekijän asenteet näkyvät helposti keskustelun sävyssä ja siksi niiden tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Jokaisen asiakkaan elämäntarina on erilainen, ja jokainen asiakas on siten oman elämänsä paras asiantuntija. Työntekijän tehtävä on ottaa asioita puheeksi, tukea, motivoida ja kannustaa asiakasta. On hyvä luottaa asiakkaan kykyyn tehdä oikeita valintoja oman elämänsä suhteen. Työntekijän rohkeus käsitellä asiakkaan kanssa vaikeiltakin tuntuvia asioita on osoitus ammattitaidosta. On tärkeää työskennellä oman persoonansa mukaisesti ja löytää itselle luontevin tapa ottaa päihdeasiat puheeksi. On hyvä huomioida, ettei puheeksiotto aina ole kiireellistä, vaan asiaan voi palata seuraavalla tapaamiskerralla.

Päihteidenkäytön kartoitus

Kannusta asiakasta pohtimaan elämäntilannettaan ja päihteidenkäyttöään. Suosi avoimia, tiedustelevia kysymyksiä, jotka alkavat kysymyssanoilla: mitä, miten, miksi, mistä johtuu, milloin jne. Jos ammattilaisella on herännyt huoli asiakkaan päihteidenkäytöstä, hänen on hyvä keskustelussa nostaa esille huolta herättäviä tekijöitä. Keskustelun ja kysymysten avulla asiakas pohtii ja jäsentää omaa elämäänsä ja työntekijä saa arvokasta tietoa asiakkaan tilanteesta.

Päihteidenkäyttöä kartoittavia kysymyksiä voivat olla esimerkiksi:

- Kerro minulle alkoholinkäytöstäsi?
- Mitä mieltä olet alkoholinkäytöstäsi?
- Miten juominen on sinun elämääsi vaikuttanut?
- Minkälaisissa tilanteissa käytät alkoholia?
- Minkälaisissa paikoissa käytät päihteitä?
- Onko lähipiirissäsi päihteitä käyttäviä ihmisiä?
- Onko joku huomauttanut alkoholinkäytöstäsi?
- Miksi arvelet, että hän on sinusta huolissaan?
- Tunnetko syyllisyyttä juomisesi tähden?
- Oletko ajatellut, että sinun pitäisi vähentää juomistasi?
- Minkälaisia pelkoja liittyy mahdolliseen muutokseen?
- Voisitko kertoa siitä, millaista päihteidenkäyttösi oli työikäisenä ja miten se on muuttunut? Vai onko se muuttunut eläkkeelle jäämisen jälkeen?

Jos asiakas on ohjattu joltain muulta taholta:

- Kenen ajatus oli, että alkoholinkäytöstäsi puhuttaisiin?
- Kuka suositteli päihteidenkäytöstä puhumista?
- Mikä saa hänet/heidät ajattelemaan, että alkoholinkäytöstäsi pitäisi puhua?
- Minkä luulet hänen/heidän mielestä aiheuttavan ongelmasi?

Seuraavassa on esimerkkejä menetelmistä, joita voi hyödyntää asiakkaan elämäntilanteen kartoituksessa. Valinnat käytettävistä menetelmistä tulee tehdä kunkin asiakkaan kohdalla erikseen. Menetelmien käyttöä on jaettava useammille tapaamiskerroille, jolloin asiakas jaksaa syventyä käsiteltävään asiaan. Lisäksi aika tapaamiskertojen välillä antaa mahdollisuuden asioiden työstämiselle.

- Testit: CAGE, motivoiva haastattelu, mini-interventio, apukortti, s-apukortti, audit, FAST, SADD

- Asiakkaan kanssa voi pohtia päihteidenkäytön vaikutuksia eri elämänalueisiin. Keskustelussa ilmeneviä asioita on hyvä kirjata ylös havainnollistamaan päihteidenkäytön vaikutuksia koko elämäntilanteeseen. Huomiota voi kiinnittää esimerkiksi seuraaviin osa-alueisiin:
 - terveydentila (myös sairaudet ja lääkitys)
 - toimintakyky
 - mieliala
 - ulkonäkö
 - vapaa-ajan vietto ja harrastukset
 - parisuhde
 - ystävyys-suhteet
 - suhteet lapseen
 - suhteet lapsenlapsiin
 - suhteet muuhun sukuun
 - käsitys omasta itsestä
 - asumistilanne
 - raha-asiat
- Juomapäiväkirja

Juomapäiväkirja voi olla asiakkaalle itselleen väline alkoholinkäytön seuraamiseen. Päiväkirjan pitäminen voi havainnollistaa asiakkaalle todellisten alkoholimäärien kulutusta. Asiakas voi jättää merkitsemättä osan käyttämistään alkoholiannoksista, mutta päiväkirjan tavoitteena onkin saada asiakas itse pohtimaan omaa alkoholinkäyttöään. Juomapäiväkirjan avulla myös ohjaaja voi saada tietoa asiakkaan alkoholinkäytöstä, mutta sen päätarkoitus on kuitenkin rohkaista asiakasta olemaan itselleen rehellinen. Asiakas ja työntekijä voivat yhdessä tarkastella juomapäiväkirjaa, mutta sen näyttäminen ohjaajalle ei saisi olla välttämätöntä. Juomapäiväkirjan herättämistä ajatuksista voi keskustella yhdessä ilman asiakkaan päiväkirjamerkintöjen tutkimista.

- Hyötyjen ja haittojen listaus
Päihteidenkäytöllä on syynsä, kuten myös valinnalla olla juomatta. Ammattilainen voi haastaa asiakkaan pohtimaan alkoholinkäytön hyötyjä ja haittoja. Mitkä ovat asiakkaan kohdalla hyviä syitä juomiseen? Miksi hän ei käyttäisi alkoholia? Tällaisen keskustelun oivalluksia voi asiakkaan kanssa listata, jolloin asiakkaan voi olla helpompi hahmottaa haluaako hän elämäänsä muutosta. Hyötyjen ja haittojen listauksesta on apua myös tavoitteiden laatimisessa. Asiakkaan kanssa voi pohtia, mitkä asiat hänestä tuntuvat merkityksellisimmiltä juuri tässä elämäntilanteessa.

Tavoitteiden asettaminen

Asiakkaat ovat erilaisia, kuten heidän tavoitteensakin. Tavoitteen tulee olla asiakkaalle tärkeä, jotta hän voi kokea sen itselleen hyödylliseksi ja jotta hän haluaa panostaa sen saavuttamiseen. Tavoitteen olisi hyvä olla tarpeeksi konkreettinen, käyttäytymisessä tavoiteltava muutos, jota on helppo seurata. Ammattilaisen tehtävänä on auttaa asiakasta pilkkomaan päätavoite pienemmiksi osatavoitteiksi. Asiakkaan kanssa voi pohtia, minkälaisin askelin tavoitteeseen on realistista päästä.

Seuraavista kysymyksistä voi olla hyötyä tavoitteiden asettamisessa:

- Miten näet tämän päivän ja tulevaisuuden?
- Mitä haluaisit tehdä juomisellesi/alkoholinkäytöllesi?
- Minkälaisia tavoitteita asetat alkoholinkäytöllesi jatkossa?
- Mikä olisi sinun kohdallasi tavoiteltava tilanne suhteessa alkoholinkäyttöön?
- Mitä tekijöitä tulee ottaa huomioon, että pääset tavoitteeseesi?
- Minkä pitäisi muuttua, että saavuttaisit tavoitteesi?
- Miten minä voin tukea sinua tavoitteisiin pääsemiseksi?
- Mitä sellaista voisin tehdä, että siitä olisi sinulle apua?

Asiallisen tiedon jakaminen voi motivoida asiakasta muodostamaan omia tavoitteitaan. Ammatilainen voi keskustella asiakkaan kanssa faktatiedon pohjalta siitä, millä tavoin päihteidenkäyttö vaikuttaa toimintakykyyn ja minkälaisilla muutoksilla omaa terveydentilannetta voi kohentaa.

Tavoitteita kohti kulkeminen

Asiakkaan kanssa on tärkeää keskustella siitä, että muutos on iso prosessi, joka vaatii aikaa ja kärsivällisyyttä. Muutokseen sisältyy erilaisia vaiheita, eikä se etene kronologisesti. Ohjaaja voi jakaa tietoa muutoksen eri vaiheista. Tämä tieto voi rauhoittaa asiakasta ja auttaa häntä olemaan itselleen armollisempi muutoksessa.

Säännölliset tapaamiset tukevat asiakasta muutosprosessissa. Tapaamiskerroilla voidaan seurata edistymistä, joka vahvistaa asiakkaan uskoa muutokseen. Onnistumisen kokemukset voivat synnyttää positiivisen kierteen, jossa myönteiset kokemukset nostavat asiakkaan itsetuntoa ja lisäävät pystyvyyden tunnetta.

Asiakkaan kanssa voi pohtia niitä tekijöitä, jotka auttavat häntä pysymään tavoitteessaan. Nimetessään näitä tekijöitä, asiakas tulee tietoiseksi omista voimavaroistaan ja ymmärtää oman vastuunsa muutoksessa. Työntekijän tehtävänä on kannustaa asiakasta tekemään lisää sellaisia asioita, jotka auttavat häntä tavoitteeseen pääsemiseksi. Näitä tekijöitä pohtiessa seuraavista kysymyksistä voi olla hyötyä:

- Mitä teet silloin, kun voitat kiusauksen juoda?
- Mitä kaikkea sellaista teet, mikä auttaa sinua pysymään raittiina/tavoitteessasi?
- Minkälaisia ovat päiväsi, kun et juo?
- Miten pystyt olemaan juomatta?
- Mitä sellaisia asioita teet, jotka auttavat sinua pysymään suunnitelmassasi vanhojen ystäviesi seurassa?

Asiakkaan kanssa voi yhdessä suunnitella, miten takapakkeja olisi mahdollista välttää. Näistä kysymyksistä voi olla apua yhteisessä suunnittelussa:

- Mitkä asiat ovat paremmin elämässäsi edellisen tapaamisemme jälkeen? Miten sait sen aikaan?
- Mitä sinun pitäisi jatkossa tehdä, että pysyisit tavoitteesi mukaisessa suunnassa?

Ohjaajan tehtävänä on antaa kannustavaa palautetta, herättää toivoa ja ylläpitää asiakkaan kykeneväisyyden tunnetta. Vaikka eteenpäin vievät teot tuntuisivat ohjaajasta pieniltä, ne luovat perustan muutokselle ja ansaitsevat runsaasti positiivista huomiota. Voit myös kiittää asiakasta siitä, että hän on tehnyt töitä ongelman ratkaisemiseksi, vaikka luovuttaminen olisi voinut olla monta kertaa helpompaa. Myönteistä palautetta antaessaan työntekijän on oltava rehellinen ja vilpitön. Yksi merkittävä osoitus ammattitaidosta on työntekijän kyky nähdä asiakkaan vahvuudet ja huomioida hänen positiiviset piirteensä.

Menetelmät:

- Muistelu
Muistelun avulla voi vahvistaa asiakkaan pystyvyyden tunnetta. Muistelussa voi palata asiakkaan aikaisempiin mahdollisiin vaikeisiin elämäkokemuksiin, joista hän on selviytynyt juomatta.
- Verkostokartta
Verkostokartan avulla voidaan esimerkiksi havainnollistaa, ketkä ovat tukena muutoksessa.
- Sukupuun tekeminen
Sukupuun tekeminen voi auttaa asiakasta hahmottamaan ylisukupolvisen käyttäytymisen, esimerkiksi alttius alkoholismiin on voinut periytyä suvussa.

Retkahdus

Muutos alkoholinkäytössä tapahtuu vaiheittain. Työntekijän ja asiakkaan on tärkeää tiedostaa retkahtamisen mahdollisuus ja keskustella siitä prosessiin kuuluvana oppimiskokemuksena. Katse on retkahtamisen jälkeen hyvä suunnata tulevaisuuteen, ja asiakasta on hyvä rohkaista palaamaan muutostavoitteisiinsa. Seuraavista kysymyksistä voi olla apua retkahtamisen käsittelyssä:

- Haluaisitko kertoa minulle, mitä tapahtui ennen kuin aloitit juomisen?
- Voisitko kertoa, mitä tämä retkahdus opetti sinulle alkoholiongelmastasi?
- Mitä tulet tulevaisuudessa tämän opettavaisen kokemuksen myötä tekemään toisin?
- Mitä sellaisia asioita arjessasi on, jotka auttavat sinua pysymään tavoitteessasi?
- Minkälaisia asioita voisit tehdä lisää saavuttaaksesi tavoitteesi?
- Miten voisit jatkossa ennakoida tilanteita, joissa voi olla vaarana retkahtaa?

Menetelmät:

- Onnistumislista
Asiakkaan kanssa voi listata asioita, joissa hän onnistui ennen takapakkia.

8 Prosessin ja tuotoksen arviointi

Opinnäytetyöprosessimme on ollut ennen kaikkea oppimiskokemus kohtaamisen maailmasta. Hakiessamme sosiaalialan koulutusohjelmaan pääsykoekirjana oli Kati Pupita-Mattilan Arvostava kohtaaminen. Mielestämme kirjassa kiteytyi ihmisten kanssa tehtävän työn ydin ja keskustelimme aiheesta useita kertoja koulutuksen aikana. Nyt viimeistä työtä tehdessämme palasimme jälleen kohtaamiseen, siihen olennaisimpaan. Ympyrä on sulkeutunut.

Prosessimme ei sujunut aivan suunnitelman mukaisessa aikataulussa, mutta valmistui määräaikaan mennessä. Prosessin loppuvaiheessa on vaikeaa pohtia, mitä tekisimme toisin, jos aloittaisimme työmme alusta. Mielestämme jokaisella käänteellä on ollut tarkoituksensa ja ne ovat tuoneet meitä kohti päämääräämme. Työmäärä oli suuri, mutta tässä vaiheessa voimme ylpeinä sanoa, että heittäydyimme prosessiin antaumuksella ja uteliaalla mielellä.

Prosessin loppuvaiheessa totesimme omien näkemystemme ja käytännön työn resurssien olevan ristiriidassa. Tätä arvoristiriitaa kävimme keskustellen läpi. Päihdevastaaville teetetyn kyselyn pohjalta on hienoa huomata, että ammattilaisilla on olemassa tahtotila ihmisten kohtaamiseen, vaikka nyky-yhteiskunnassa vallitsee suorituskeskeinen, kiivastahtinen työskulttuuri. Kiireeseen ei mielestämme kannata loputtomasti suostua, se ei aja asiakkaan eikä työntekijän etua.

Mallin toimivuutta on vaikea arvioida ilman käytännön testausta, mutta uskomme sen helpottavan päihdeasioiden puheeksiottoa ja olevan apuvälineenä myös kotiin jalkautuvassa päihdetyössä. Mallin luomisen yhtenä tavoitteena oli korostaa päihteidenkäytön varhaisen puheeksiottamisen merkitystä niin asiakaslähtöisestä kuin kustannustehokkaastakin näkökulmasta. Sepän mukaan päihteidenkäyttöön puuttuminen ja hoitoonohjaus ovat yhteiskunnalle kustannustehokasta ja siten tarpeellista. Näillä toimilla voidaan ehkäistä päihteidenkäytön kehittymistä terveydelle vaaralliseksi toiminnaksi ja tämä on pitkällä aikavälillä edullista. Havainnollistaen voimme ajatella, että mini-intervention voi tehdä 1600 ihmiselle samalla hinnalla kuin hoitaa yhden alkoholiehtoisen haimatulehduksen yliopistollisessa sairaalassa. (Seppä 2004, Holmbergin 2010, 9 mukaan.) Mielestämme jokainen esimerkkimalli jatkaa muutoutumistaan käytännön työssä. Jatkotutkimusaiheena olisi mielenkiintoista selvittää, miten päihteidenkäytön puheeksiottomallimme toimii käytännössä.

Jokainen sosiaali- ja terveysalan ammattilainen voi omalta osaltaan vaikuttaa siihen, millainen on se työntekijä, joka työtä tekee. On tärkeää pohtia omaa ammattieettistä kasvua, omia arvoja, ihmisen kohtaamista ja tarvittavia

vuorovaikutustaitoja. (Nykky ym. 2010, 125.) Halusimme opinnäytetyön avulla herättää ammattilaisia pohtimaan todellisen kohtaamisen merkitystä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi toivoimme aiheen käsittelyn auttavan ammattilaisia tiedostamaan omia työssä herääviä tunteita ja taustalla vaikuttavia asenteita. Halusimme myös madaltaa puheeksioton kynnystä ja muistuttaa varhaisen puuttumisen tärkeydestä. Toivomme, että malli rohkaisisi työntekijöitä ottamaan päihdeasiat puheeksi ja luottamaan omaan ammattitaitoon. Nyky-yhteiskuntamme korostaa hektisyyttä ja tehokkuutta, minkä vastapainoksi halusimme muistuttaa, että ihmiset tarvitsevat edelleen aitoa kohtaamista ja läsnäoloa. Kyse ei ole hienoista menetelmistä, vaan ennemminkin ammattilaisen taidosta olla ihminen ihmiselle.

9 Pohdinta

Perinteinen vanhuskuva on muuttunut. Nyky-yhteiskuntamme korostaa yksilöllisyyttä, ikuista nuorekkuutta ja valintoja ohjaa usein nautinnonhakuisuus. Stereotypia hopeahiuksista kiikkutuolissa istuvasta mummosta ei enää päde, vaan vanhuus elämänvaiheena on nykyään jatkumoa oman näköisen elämän toteuttamiseen. Harva 65-vuotias nykyään mieltää itseään ikäihmiseksi, niinpä vanhuuden käsitettä korvaamaan on määrittynyt termi kolmas ikä. Kolmas ikä kuvastaa elämänvaihetta, jossa työelämän jälkeen on aikaa toteuttaa itseään. Yhteiskunnassamme on sekä hyvätuloisia että köyhyysrajan alapuolella eläviä eläkeläisiä. Hyvätuloisen eläkeikäisen on mahdollista toteuttaa yksilöllistä, nautinnonhakuista elämää ja esimerkiksi matkustella ulkomaille. Osalla eläkeläisistä tulot ovat niin pienet, että ne kuluvat välttämättömiin menoihin. Mielestämme päihdeongelmaisia ikäihmisiä on molemmissa ryhmissä.

Lääketieteen kehittyminen on mahdollistanut sen, että odotettavissa oleva elinikä on noussut ja ikäihmiset pysyvät toimintakykyisinä pidempään. Mielestämme ikäihmisten päihteenkäyttöä tarkasteltaessa on otettava huomioon muutamia erityispiirteitä. Ikäihmisillä on todennäköisemmin enemmän lääkkeitä käytössä kuin nuoremmilla ja heidän alkoholin ja lääkkeiden

yhteiskäytön riski on siten suurempi. On hyvä huomioda, että monet lääkkeetkin ovat jo itsessään huumaavia ja niiden väärinkäyttöä tapahtuu. Pohdimme, että ikäihmisten huumaavien lääkkeiden käyttö on ikään kuin hyväksyttävämpi tapa päihtyä kuin päihtyminen alkoholia juomalla, sillä lääkäri määrää lääkkeet reseptillä.

Mielestämme nykyiset vanhuspalvelut eivät pysty vastaamaan ikäihmisten moninaisiin tarpeisiin. Tasapäistävät palvelut eivät jätä mahdollisuutta yksilölliseen kohtaamiseen. Palveluja kehitettäessä on erityisen tärkeää muistaa, että ikäihmiset ovat ennen kaikkea aikuisia ja että heillä on useimmiten täysi itsemääräämisoikeus. Ammattilaiset eivät voi määrittää, mitä hyvä elämä asiakkaan kohdalla tarkoittaa, vaan määrittelyyn tarvitaan asiakkaan ääntä. Mielestämme olisi hyvä herättää keskustelua siitä, että ikäihmisenkin hyvinvointi koostuu monista eri tekijöistä. Useimmiten vanhuspalvelut ovat hyvin hoitopainotteisia ja keskittyvät pääasiassa sairauksien hoitoon. Ihminen tulee nähdä kokonaisvaltaisemmin kuin vain sairautensa kantajana. Tärkeää olisi mahdollistaa erilaisin keinoin se, että ikäihminen pääsee osallistumaan ja vaikuttamaan yhteiskunnan jäsenenä. Kyse on ihmisoikeuksista ja elämisen arvoisesta elämästä.

Kotihoidon asiakkaina olevien ikäihmisten päihteidenkäytön puheeksiotto sisältää monia erityispiirteitä. Työtä tehdään asiakkaan kotona, jossa työntekijä on vierailijan roolissa. Myös ikäero työntekijän ja asiakkaan välillä luo asetelman, jossa nuoremman on neuvottava vanhempaa elämäntavoissa ja -valinnoissa. Puheeksioton ollessa rutiinikäytäntö työntekijää kuormittava arvailu jää pois, eikä asiakkaalle tarvitse perustella sitä, miksi juuri häneltä kysytään päihteidenkäytöstä.

Pohdimme, että kynnystä päihdepalveluihin hakeutumiseen voisi madaltaa se, että niihin voisi mennä myös päihtyneenä. Yhteiskunnassamme voi toimittaa monenlaisia asioita alkoholin vaikutuksen alaisena, mutta ei hakeutua päihdepalveluihin, lukuun ottamatta katkaisuhoidon asemaa. Päihderiippuvaisilta asiakkailta odotetaan kiltteyttä ja oireidensa kieltämistä. Asiakkaalle selvin päin olo voi olla mahdottomuus juuri sillä hetkellä, kun hän eniten tarvitsisi apua ja

tukea. Eihän diabeetikkoakaan jätetä hoitamatta siksi, että hänellä sattuu olemaan huono sokeritasapaino. Pohdimme, että vaikka alkoholiriippuvuus nykyään määritelläänkin sairaudeksi, asiakkaiden hartioille siitä huolimatta lastataan ylivoimaisia vaatimuksia ja ehtoja.

Mielestämme päihdetyön johtavana tavoitteena ei voida pitää täysraitistumista, sillä se on usein päämääränä epärealistinen sekä työntekijöiden että asiakkaiden näkökulmasta katsottuna. Monesti tavoitteena voi olla, että asiakas on juomatta esimerkiksi tämän illan. Kohti päihteettömämpää elämää kulkiessaan ihminen joutuu tekemään suuria päätöksiä, jotka vaativat sitoutumista.

Yhteiskunnassamme vallitsee alkoholimyönteinen kulttuuri, jossa alkoholinkäyttö on luonnollinen osa juhlia ja tapahtumia. Pienessä hiprakassa tehdyille toilailuille nauretaan. Usein voi joutua selittelemään sitä, miksi ei juo, mutta toisin päin harvemmin. Myönteisyys kuitenkin häviää siinä vaiheessa, kun ihmiselle muodostuu alkoholiongelma. Silloin ryyppyreissuille ei enää naureta vaan tilalle tulee häpeän ja salailun ilmapiiri. Tässä vaiheessa ihmisen myös odotetaan ottavan itseään niskasta kiinni ja odotetaan, että hän pystyisi lopettamaan käytöksen, joka aiheuttaa muissa ihmisissä häpeää.

Päihdeongelmien yhteydessä puhutaankin monesti häpeän tunteesta. Saatetaan todeta, että häpeä estää puheeksiottamisen. Pohdimme sitä, kenen häpeästä oikeastaan on kyse? Puhutaanko asiakkaan, ammattilaisen vai kenties koko yhteiskuntamme häpeästä? Voiko häpeä olla asenne, joka määrittää päihdeongelmiin suhtautumista ja samalla päihdetyötä? Häpeän viljelemistä tulisi vähentää, sillä mielestämme asialla on suuri vaikutus yhteiskunnassamme vallitsevaan asenneilmastoon.

Päihde- ja vanhustyö ovat mielestämme maineeltaan huonoja, eikä niitä pidetä houkuttelevina. Oppilaitoksissa saatetaan liikaa varoitella päihdetyön vaativuudesta sillä päihdetyö esitellään monesti erityisen rankkana valintana. Opiskelija voi joutua perustelemaan myös, miksi juuri vanhustyö kiinnostaa. Ennemmin pitäisi keskittyä pohtimaan sitä, miksi vanhustyö ei kiinnosta.

Tulisi kantaa huolta tulevaisuudesta ja ihmetellä kuka yhä kasvavan vanhusväestön kohtaisi arvostavasti. Koulutuksella on suuri merkitys asenteiden muokkaajana. Pohdimme sitä, kenellä oikeastaan on oikeus määritellä ja arvottaa työkenttiä? Mitä kertoo yhteiskunnastamme se, että elämän rosoisuutta ja tosiasioiden keskellä työskentelyä pidetään rankkana? Mielestämme tulisi ymmärtää, että mikä tahansa työ on rankkaa väärälle ihmiselle. Kukaan ei kuitenkaan voi toisen puolesta määritellä sitä, miten eri työkentät pitäisi kokea.

Kaikki työ herättää tekijässään tunteita. Vaikka tunteita ja työtä ei helposti yhdistetä, tunteet vaikuttavat väistämättä työskentelyymme. Työssä herääviä tunteita kannattaa kuunnella ja käsitellä, sillä ne kertovat meistä itsestämme. Työntekijä voi vuorovaikutustilanteen jälkeen keskittyä kysymään itseltään: Mikä tunne minussa heräsi? Mistä tämä tunne nousi? Syntyivätkö nämä tunteet juuri tästä vuorovaikutustilanteesta vai heräsikö minussa jokin kokemus menneisyydestä? Siten on mahdollista tiedostaa ja päästä käsiksi meissä syvällä oleviin asenteisiin. Tunteiden tunnistaminen ja salliva suhtautuminen työtunteisiin lisäävät mielestämme työssä jaksamista ja työhyvinvointia.

Päihdeongelmainen ikäihminen tarvitsee moniammatillista tukea ja paras tulos saavutettaisiin mitä todennäköisimmin siten, että ammattilaiset saisivat tuoda yhteistyöhön juuri oman vahvimman osaamisensa. Pohdimme sitä, rajoittaako puheeksiottoa ammattilaisten tietoisuus ikäihmisille suunnattujen päihdepalvelujen niukkuudesta? Mihin asiakkaan voi ohjata, jos ilmenee, että kotihoidon tarjoamat toimenpiteet eivät riitä? Työntekijällä voi herätä huoli siitä, että palvelujärjestelmämme ei pysty ottamaan vastaan päihdeongelmaista ikäihmistä. Nykyiset päihdepalvelut ovatkin työikäisille ja nuorille suunnattuja, mutta palvelujen tarve on perusteltua myös ikäihmiselle. Esimerkiksi katkaisuhuoltoon on päästävä, oli asiakas miten iäkäs tahansa. Päihdeongelmaiset ikäihmiset tarvitsevat heidän oikeuksiaan puolustavia ammattilaisia selviytyäkseen. He kaipaavat toimeksipaniijoita, jotka raivaavat heille tietä mahdollistaen ne palvelut, joiden vuoksi muiden väestöryhmien ei tarvitse taistella.

Ikäihmisten päihteidenkäytön puheeksioton tueksi on mahdotonta laatia pilkun tarkkaa, orjallisesti noudatettavaa ohjeistusta. Suurin merkitys on ammattilaisen ja asiakkaan välisellä vuorovaikutuksella ja aidolla kohtaamisella. Laatimamme puheeksiotto malli rakentuu avointen kysymysten, rauhallisen tilanteen ja luottamuksellisen ilmapiirin varaan. Puheeksiottajan rooli on olla avoimin mielin asiakkaan kuuntelijana, keskustelun tukijana ja motivoijana. Asiakkaan tehtävänä on sanoittaa omaa elämäänsä ja olla sen paras asiantuntija. Puheeksiottajan on hahmotettava asiakkaan elämäntarina kokonaisuutena ja kunnioitettava hänen tarinaansa. Kenenkään elämäntarina ei ole parempi kuin toisen, on vain erilaisia tarinoita.

Lähteet

- Aalto, M. 2010. Ongelmakäytön tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholi riippuvuus. Helsinki: Duodecim, 31-38.
- Aira, M. 2007. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. Teoksessa Alanko, A. & Haarni, I. (toim.) Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto, 37–42.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10 painos. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. 12 painos. Helsinki: Tammi.
- Holmberg, J. 2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita.
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pesso, K. 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Tammi.
- Karlsson, M. 2007. Vanhastakin voi viina saada yliotteen. Dialogi 4, 4-8.
- Koski-Jännes, A. 2008. Itsemääräämisteoria ja muutostietoisuus. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi, 9-10.
- Lappalainen-Lehto, R., Romu, M-L. & Taskinen, M. 2008. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- Larmi, A., Tokola, E. & Välkkiö, H. 2005. Kotihoidon työkäytäntöjä. Helsinki: Tammi.
- Levo, T. (toim.) 2008. Ikääntyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Helsinki: Sininauhaliitto.
- Lund, P. 2006. Torjuttu toivottomuus. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mattila, K-P. 2010. Asiakkaana ihminen. Työnä huolenpito ja auttaminen. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Medina, A., Vehviläinen, S., Haukka, U-M., Pyykkö, V. & Kivelä, S-L. 2005. Vanhustenhoito. Helsinki: WSOY.
- Molander, G. 2003. Työtunteet – esimerkkinä vanhustyö. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Mäkinen, P., Raatikainen, E., Rahikka, A. & Saarnio, T. 2009. Ammattina sosionomi. Helsinki: WSOY.

Nissinen, L. 2008. Auttamisen rajoilla. Myötätuntouupumisen synty ja ehkäisy. Helsinki: Edita.

Nykky, T., Heino, T., Myllymäki, E. & Rinne, T. 2010. Ikääntyminen ja päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja.

Päihdelinkki a. Apukortti ja S-Apukortti.
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/apukortti-ja-s-apukortti>.
(Luettu 24.9.2011)

Päihdelinkki b. Henkilökunnan osaaminen ja asenteet.
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/asiakassuhteen-rakentaminen-henkilokunnan-osaaminen-ja-asenteet>. (Luettu 24.9.2011)

Päihdelinkki c. Mini-interventio eli lyhytneuvonta.
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mini-interventio-eli-lyhytneuvonta>. (Luettu 24.9.2011)

Päihdelinkki d. Mistä riskikäyttäjän tunnistaa?
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/mista-riskikayttajan-tunnistaa>. (Luettu 24.9.2011)

Päihdelinkki e. Miten lähdän liikkeelle?
<http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/miten-lahden-liikkeelle>.
(Luettu 24.9.2011)

Päihdelinkki f. Tulostettavat testit. <http://www.paihdelinkki.fi/tulostettavat-testit>.
(Luettu 24.9.2011)

Rintala, J. 2010. Iäkkäiden alkoholinkäyttö. Teoksessa Seppä, K., Alho, H. & Kiianmaa, K. (toim.) Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim, 119–124.

Salo-Chydenius, S. Motivoiva haastattelu/motivoiva toimintatapa.
<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/644-motivoiva-haastattelu>. (Luettu 24.9.2011)

Seppä, K. & Aalto, M. 2009. Lyhyet alkoholikyselytestit Suomen riskikuluttajilla. Teoksessa Tammi, T., Aalto, M. & Koski-Jännes, A. (toim.) Irti päihdeongelmista. Helsinki: Edita, 109–123.

Sulander, T. 2009. Alkoholit maistuu yhä useammalle ikääntyneelle ihmiselle. Gerontologia 23 (3), 157–162.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3. uud. laitos. Helsinki: WSOY.

Viljanen, M. 2010. Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet. <http://www.a-klinikka.fi/tiimi/884/ikaantymisen-alkoholi-ja-laakkeet>. (Luettu 17.8.2011)

Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Hei!

Olemme kaksi sosionomi (AMK) opiskelijaa Saimaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä ikäihmisten päihteidenkäytön puheeksiottamisesta.

Kyselyn avulla keräämme tietoa puheeksiottotilanteiden kokemuksista. Vastauksesi on tärkeä, sillä Sinun käytännön kokemustesi avulla lähdemme luomaan esimerkkimallia puheeksiottamisesta. Malli tulee Eksoten kotihoitohenkilöstön hyödynnettäväksi sähköisessä muodossa.

Kyselyyn vastaaminen tapahtuu anonyymisti ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti.

Kyselyyn pääset tästä linkistä:

<https://www.webropol.com/P.aspx?id=540611&cid=70287198>

Toivomme vastaustasi 25.4.2011 mennessä.

Kiitos ajastasi!

Terveisin,

Sanna Pennanen & Hannele Sairanen

Päihteidenkäytön puheeksiotto

1. Minkälaisista asioista huolesi asiakkaan päihteidenkäytöstä on herännyt?
2. Millä tavalla otat päihteidenkäytön puheeksi asiakkaan kanssa?
3. Miten asiakas on suhtautunut päihteidenkäytön puheeksiottoon?
4. Mitkä tekijät ovat mielestäsi edistäneet puheeksioton onnistumista?
5. Mitkä tekijät ovat mielestäsi vaikeuttaneet puheeksiottoa?
6. Minkälaisia ajatuksia ja tunteita puheeksiotto on sinussa herättänyt?
7. Mitä asioita mielestäsi on otettava huomioon päihteidenkäytön puheeksiottamisessa?
8. Voisiko päihteidenkäytön puheeksiottaminen olla rutiinia jokaisen asiakkaan kohdalla?