

Jenni Haarala

Eeva Majuri

S158SN

REPUN TÄYTETTÄ

Ikäihmisten päihdehoitopolun mallin kehittäminen Mikkelin kaupungin kotihoitoon

Opinnäytetyö
Sosiaalialan koulutusohjelma

Joulukuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU <small>Mikkeli University of Applied Sciences</small>	Opinnäytetyön päivämäärä 20.12.2011	
Tekijä(t) Haarala Jenni & Majuri Eeva	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Sosiaalian koulutusohjelma sosionomi (amk)	
Nimeke Repun täytettä - Ikäihmisten päihdehoitopolun mallin kehittäminen Mikkelin kaupungin kotihoitoon		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää asiakaslähtöinen ikäihmisten päihdehoitopolku Mikkelin kaupungin kotihoitoon käyttöön. Mikkelin kaupungin kotihoitoon työntekijät kohtaavat yhä useammin päihde- ja mielenterveysasiakkaita ja heidän mukanaan tuomia haastavia tilanteita päivittäisessä työssään. Asiakaskunta on yhä heterogeenisempi joukko, mikä aiheuttaa moninaisen osaamisen tarpeen. Työntekijöiltä tullut kehittämistarve selkeiden ja yhtenäisten toimintamallien laatimiseksi sai meidät ryhtymään ikäihmisten päihdehoitopolun mallin kehittämiseen. Malli on tehty kotihoitoon työntekijöille helpottamaan alkoholinkäytön tunnistamista, puheeksiottoa, hoitotyötä ja asiakkaan päihdeidenkäytön vähentämisen tukemista. Malliin on koottu yleistietoa ikäihmisten päihdeidenkäytöstä, päihdeongelman luonteesta ja esimerkiksi lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista. Polulta löytyy myös päihdetyön välineitä ja toimintamalleja osana varhaista puuttumista. Työmme on toiminnallinen, mikä tarkoittaa sitä, että se liittyy läheisesti käytännön työelämän kehittämisen tarpeeseen yhdistäen teorian, tutkimuksellisuuden ja raportoinnin. Menetelmänä käytimme teemahaastattelua asiakkaille ja -kyselyitä työntekijöille ja yhteistyötahoille. Olimme mukana vuoden 2011 aikana Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa Vanhus Kaste II-hankkeen kehittämistyöryhmässä, jossa kehitettiin päihdetyötä luomalla uutta toimintamallia kotihoitoon. Kehittämistyön tuotoksena syntyi tavoitteemme mukainen ikäihmisen päihdehoitopolku Mikkelin kaupungin kotihoitoon.		
Asiasanat (avainsanat) päihdetyö, ikääntyneet, alkoholi, kotihoito, toimintamalli, kehittäminen		
Sivumäärä 48+7 liitettä	Kieli suomi	URN
Huomautus (huomautukset liitteistä) Liite 1 Opinnäytetyön lupa-anomus Liite 2 Teemahaastattelurunko asiakkaille Liite 3 Teemakyselyn runko kotihoitoon työntekijöille Liite 4 Kyselyrunko yhteistyökumppaneille Liite 5 Omat eettiset toimintaohjeet-huoneentaulu Liite 6 Sopimus opinnäytetyön tekemisestä Liite 7 Päihdehoitopolun malli		
Ohjaavan opettajan nimi Saksio Mauno	Opinnäytetyön toimeksiantaja Mikkelin kaupungin kotihoito	

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 20.12.2011	
Author(s) Haarala Jenni & Majuri Eeva		Degree programme and option Degree Programme in Social Services Bachelor of social services	
Name of the bachelor's thesis Filling the backpack – Development of model treatment path for elderly intoxicant abuse clients in Mikkeli city home care			
Abstract <p>The aim of the thesis was to develop a customer-oriented treatment path for elderly intoxicant abuse clients. The personnel in Mikkeli city home care are daily facing more and more challenging situations with clients having problems with alcohol and mental health. The customer base is becoming increasingly heterogeneous which causes a diversified need for knowledge and necessary skills. The lack of a clear and coherent operation model noted by the personnel encouraged us to develop a treatment path model for elderly people. The model is designed to help the personnel identify alcohol abuse as well as ease discussion of the matter, nursing the customers and supporting the decrease of alcohol consumption. The model includes general information about the intoxicant abuse of elderly people, the nature of the alcohol problem and the cumulative effect of alcohol and pharmaceuticals. The model also introduces tools for work against intoxicant abuse and activity models for early intervention.</p> <p>Our thesis is functional which means it is closely linked to the need for developing practical working life combining theory, research skills and reporting. Theme interviews with the clients and inquiries for the personnel and cooperation levels were used as research methods. We were taking part in the development group of Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa Vanhus Kaste II–project which developed a new operation model for intoxicant abuse work for home care. We created a treatment path for the elderly intoxicant abuse clients in Mikkeli city home care which was the objective of our thesis.</p>			
Subject headings, (keywords) work against intoxicant abuse, elderly people, alcohol, home care, operation model, development			
Pages 48+7 appendices	Language Finnish	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Mauno Saksio		Bachelor's thesis assigned by	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISTOIMINNAN LÄHTÖKOHDAT	2
2.1	Työelämän tarpeista lähtevä kehittämistehtävä	4
2.2	Linjauksia koskien vanhenemista tai päihdetyötä	5
2.3	Aikaisemmat tutkimukset ja kehittäminen	6
2.4	Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi.....	8
3	KEHITTÄMISTYÖ	9
3.1	Tiedonhankinta	10
3.2	Päihdeasiakkaan muutosprosessi	12
4	KEHITTÄMISPROSESSI	14
4.1	Tutkimuksen toteutustapa	16
4.2	Asiakkaiden haastattelujen toteutus.....	16
4.3	Työntekijöiden teemakyselyjen toteutus	17
4.4	Yhteistyökumppanien kyselyjen toteutus	18
5	KOTIHOIDON PÄIHDEHOITOPOLKU	18
5.1	Asiakkaiden kokemuksia haastattelujen pohjalta	18
5.2	Työntekijöiden kyselyjen tuloksia.....	29
5.3	Yhteistyötahojen kyselyjen tuloksia	36
5.4	Kehittämistyöryhmästä aihioita polulle.....	38
6	POHDINTA	39
	LÄHTEET	45

LIITTEET

1 JOHDANTO

Toiminnallisessa opinnäytetyössämme tutkimme, millainen on turvallinen ja asiakaslähtöinen ikäihmiselle tarkoitettu päihdehoitopolku. Tavoitteenamme oli luoda polun malli, joka sisältää selkeässä ja konkreettisessa muodossa aineistosta nousseita ja oikein kohdistuvia palveluita kyseessä olevan asiakasryhmän kohtaamiseen ja hoitoon. Kiinnostuksen kohteina opinnäytetyössämme ovat ikäihmisten (+65-vuotiaat) palvelut. Hoitopolun mallin suunnittelua ohjasivat sekä asiakas- että organisaationäkökulmat unohtamatta kotihoidon eri yhteistyötahoja. Kolmannen sektorin ja yksityisen palveluntuottajan näkökulman nivominen hoitopolun suunnitteluun oli tärkeää, mutta halusimme tuoda esille etenkin kohtaamisessa ja puheeksiottamisessa ikäeettisen näkökulman.

Saimme opinnäytetyömme aiheen projektivuotenumme 2009–2010, jolloin teimme kyselyn ikääntyneitä asiakkaita kohtaaville ammattilaisille. Kyselystä kävi ilmi, että Mikkelin kaupungin kotihoidolta puuttui selkeä, yhteinen työkalu ikäihmisten päihdetyöhön. Polun mallia voivat hyödyntää toimijat Mikkelin kaupungin kotihoidossa, jolloin epäselvät toimintatavat yhtenäistyvät. Myös muut kunnat, ikäihmisten parissa työskentelevät tahot ja opiskelijat voivat käyttää polun mallia hyödykseen. Polun suunnittelussa merkitykselliseksi nousi Vanhus Kaste II-hankkeen kehittämistyöryhmämatapaamiset, joiden tehtävänä oli antaa eväitä kehittää päihdetyön toimintamalli kotihoitoon.

Opinnäytetyömme raportissa kerromme työn taustasta, mikä auttaa lukijaa ymmärtämään ikäihmisten päihteidenkäyttöä ilmiönä, päihdetyön nykytilaa sekä polun kehittämisen tarpeellisuutta. Raportin tarkoituksena on selostaa opinnäytetyöprosessin toteutusvaiheet ja kuvata hoitopolun muotoutuminen ideasta suunnitelmaksi.

Asiakastyön perusteet – opintokokonaisuuden luennolla painotettiin, että sosiaalityön ammattilaisen menetelmät ja työkalut eivät saa tulla asiakkaan ja työntekijän väliin, vaan ne löytyvät tarvittaessa selkäreputa (Huotari, 2009). Myös toteuttamistamme asiakkaiden haastatteluista ”reput täyte” nousi erään vastaajan puheissa hänelle merkitykselliseksi asiaksi. Näistä nostimme opinnäytetyömme nimeksi ”Reput täytettä”,

joka kuvaa pyrkimystämme nostaa päihdelähtöisen kotihoidon työn monimuotoisuutta.

2 KEHITTÄMISTOIMINNAN LÄHTÖKOHDAT

Kotihoidon päihde- ja mielenterveystiimi aloitti toimintansa vuoden 2011 maaliskuussa. Tiimi oli mukana Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa Vanhus Kaste II-hankkeen kehittämistyöryhmässä. Oli tärkeää, että kehittäessämme päihdetyön toimintamallia huomioimme mielenterveys- ja päihdetiimin sekä kotihoidon muiden tiimien työntekijöiden toiveet, visiot ja heidän kokemuseräisen tietotaitonsa ikäihmisten alkoholinkäytöstä ja hoitoprosessista. Mielenterveys- ja päihdetiimin tekemän työn tärkeä luonne on tullut selvästi esille, esimerkiksi asiakkaiden pidentyneinä juomattomina jaksoina ja vähentyneenä aggressiivisuutena (Hellman, Sari 2011).

Kotihoidon työntekijät ottavat Mikkelin kaupungin ehkäisevän päihdetyön strategian (Terve, elämä 2009, 33) mukaisesti kotikäynneillään puheeksi alkoholinkäytön muun muassa suhteessa lääkkeisiin, ohjaavat hoitoon, auttavat tukitoimien järjestämisessä sekä huolehtivat seurannasta. Hyvä hoito toteutuu kotona vain, jos asiakas ja/tai hänen edustajansa sekä kotihoidon työntekijä sopivat seuraavansa ja arvioivansa säännöllisesti yhdessä laadittua hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Kehittämistyömme aihe eli päihdehoitopolun mallin suunnittelu nousee Mikkelin kaupungin ehkäisevän päihdetyön strategiasta, jossa on toimialakohtaiset toimintasuunnitelmat huomioiden yhteistyö eri toimijoiden kanssa. Vanhuspalveluissa ja kotihoidossa on myös oma toimintasuunnitelmansa, jonka tavoitteina ovat muun muassa varhainen puuttuminen tai esimerkiksi asiakkaan elämänhallinnan tukeminen tarvittaessa yleisen edunvalvonnan avulla. (Terve, elämä 2009.) Mikkelin kaupungilla on myös hyvinvointiohjelma vuosille 2010–2012, jossa yhtenä painopistealueena on päihdehaittojen vähentäminen (Hyvinvointiohjelma 2011).

Möttösen (2010, 12) mukaan ongelmallista päihteidenkäyttöä voidaan pitää tyyppillisenä pahoinvointina, johon lukeutuvat syrjäytyminen, osattomuus sekä muutoinkin huono-osaisuutta synnyttävät ongelmat, joista kunnat joutuvat vastaamaan nykyään yhä enemmän. Kotihoidon asiakkaat eivät ole poikkeus alkoholia yhä enemmän käyttävästä ikäihmisten joukosta, joten uuden asiakkaan kotitilannetta kartoitettaessa kysytään myös päihteidenkäytöstä. Levon (2011a) mukaan ikäihminen harvoin ilmaisee huo-

lensa alkoholinkäytöstään ilman suoraa kysymistä. Nykyisin muun muassa kotihoidon toimesta tehtävässä päihdelähtöisessä työssä korostuu palveluohjauksellisen toimintatavan ja verkostotyön tarpeellisuus (Sulkkio 2004, 80).

Opinnäytetyömme ensisijaisena tarkoituksena on tuottaa kotihoidon asiakkaana olevan ikäihmisen päihdehoitopolun malli. Polun tulevana käyttäjäryhmänä ovat Mikkelin kaupungin kotihoidon työntekijät. Kehittäminen on lähtenyt liikkeelle kaupungin kotihoidon palvelujen tilanteesta ja kehittämistarpeista. Mikkelin kaupungin kotihoidossa on tarve ikäihmisten päihdetyön toimintamallille. Henkilöstö otetaan mukaan työn suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin, mikä edesauttaa mallin omaksumista pysyväksi käytännöksi arkeen.

Toinen vuosi opiskeluissamme keskittyi projekteihin, jolloin kartoitimme ikääntyneiden päihdeidenkäyttöä Mikkelissä. Tuolloin meitä kiinnosti se, miten ikäihmisten parissa työskentelevät ammattilaiset näkivät ikääntyneiden alkoholinkäytön. Vaikka selvityksemme tästä monimuotoisesta ilmiöstä oli suppea, se antoi meille sysäyksen tehdä aiheesta opinnäytetyö. Toteuttamissamme kyselyissä ilmeni tarve selkiyttää ja yhtenäistää ikääntyneiden kanssa tehtävän päihdetyön käytäntöjä. Yhteisten toimintaohjeiden puuttuessa organisaatiossa vallitsee epätietoisuus siitä, kuinka asiat täytyisi hoitaa. Asiakastyö on haasteellisempaa päihdeongelmaista ikäihmistä hoidettaessa muihin kotihoidon asiakkaisiin verrattuna. Asiakas voi olla aggressiivinen, häiritsevä, sitoutumaton hoitoon tai vastahakoinen hoitotoimenpiteitä kohtaan. Työ voi kuormittaa ja aiheuttaa tekijälleen erilaisia tunteita kuten turhautumista sekä muita erilaisia negatiivisia tuntemuksia (Alueellinen RAVA-koulutus 2009). Parhaimmillaan päihdehoitopolulta löytyy konkreettisia keinoja eri toimijoiden yhteistyön sujuvuuden ja saumattomuuden parantamiseen, esimerkiksi polku sisältää ohjeistusta ongelmatilanteisiin puuttumisesta ja hoitoonohjauksesta.

Selvityksen mukaan jopa Helsingin kokoisesta kaupungista puuttuvat ikääntyneelle päihdeongelmaiselle tarkoitettu selkeä palvelujärjestelmä sopivine hoitopaikkoineen (Paulig, Salovaara ja Anttila 2010, 32). Aikaisemmin mainitun projektivuoden aikana tehdyistä haastatteluista tuli ilmi myös Mikkelin palvelujärjestelmän pirstoutuneisuus, joka vaatii työntekijältä jatkuvaa tietojensa päivittämistä. Myös Laapio (2009, 69) kirjoittaa ikäeettisyyttä käsittelevässä kirjassaan, kuinka tärkeää on eettiseltä kannal-

takin tukea asiakasta löytämään sopivia päihdehoidollisia ratkaisuja. Haastatteluissa tuli esille myös asiakkaan elämänlaadun kannalta tärkeiden arjen rytmin ja mielekkyyden sekä tulevaisuuden toivon ylläpitäminen. Myös Laapio (2009, 69) painottaa sitä, kuinka tärkeää on eettisestikin tarkasteltuna pyrkiä palauttamaan asiakkaan elämäntarkoituksellisuus.

Työntekijän rooli on myös tukea ja madaltaa kynnyistä joskus vaikeastikin löydettävien ja katkeilevien päihdepalveluiden piiriin. Näiden lisäksi asiakkaalla ei ole välttämättä tietoa, taitoa tai voimavaroja hakea hänelle oikeutettuja etuuksia sekä eri tuki- ja turvapalveluja. Tämän päivän kotihoidon arjessa korostuvatkin enenevässä määrin sosiaalityön ja gerontologisen hoitotyön tarve asiakkaan kokonaisvaltaisessa kohtaamisessa. Toimenpiteissä ja palveluissa on kuitenkin huomioitava myös asiakkaan oma vastuu hyvinvoinnistaan ja terveydestään.

2.1 Työelämän tarpeista lähtevä kehittämistehtävä

Kartoittaessamme palveluja nousi päällimmäisenä esille se, että ikäihmisille suunnatut päihdepalvelut ovat Mikkelissä melko suppeat, eivätkä ne ylläpidä asiakkaan kokonaisvaltaista hyvinvointia parhaalla mahdollisella tavalla. Vanhusten palvelut erityispiirteineen tarvitsevat panostusta omaan päihdehuoltosuunnitelmaan, jonka osaksi suunnittelemamme päihdehoitopolku sopii. Ikääntyneiden määrän lisääntyessä myös juomisesta aiheutuvat haitat lisääntyvät, joten on asianmukaista, että päihteitä ongelmallisesti käyttävät ikäihmiset otetaan asiakasryhmänä huomioon palveluissa. Kokonaisuutta tulisi tarkastella ennaltaehkäisevien palveluiden ja varhaisen tuen näkökulmasta. Tämä heijastuu myönteisesti organisaatioon myös taloudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna.

Myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna opinnäytetyömme kaltainen kehittämistoiminta on merkityksellistä. Seniori-projektin kehittämistyössä (Myllymäki 2010) on nostettu esille yleisinä yhteiskunnallisina tavoitteina esimerkiksi syrjäytymisen ehkäiseminen, yksinäisyyden vähentäminen ja ikäihmisen selviytyminen arjessa, jotka ovat olleet myös meidän toimintaamme ohjaavia tärkeitä osa-alueita.

Opinnäytetyössämme pyrimme mahdollisimman totuudenmukaiseen ja realistiseen eri haastatteluiden ja taustatietojen pohjalta syntyneeseen päihdehoitopolun malliin. Opinnäytetyötä tehdessämme pyrimme käsittelemään aihetta neutraalisti, mutta tuomaan esille myös omia perusteltuja näkemyksiämme asiasta. Lisäksi halusimme soveltaa polussa kuntoutujakeskeistä toimintamallia, joka tarkoittaa Kettusen ym. (2009, 28) mukaan sitä, että kliinisestä mallista pyritään kuntoutujan vaikutusmahdollisuuksia lisäävään malliin. Periaatteina tässä ovat yksilöllisyyden kunnioitus, itsenäisyyden ja aktiivisuuden tukeminen, voimavara- ja lähtöolosuhteiden, kuntoutuksen systemaattisuus sekä sosiaalisten verkostojen vahvistaminen, toisin sanoen omaisten ja läheisten mukaan ottaminen ja tiedon lisääminen. Jo ikäihmisten palvelujen laatusuosituksessa (2008) korostetaan asiakkaiden itsemääräämisoikeutta, joka on työssämme tärkeä peruselementti.

2.2 Linjauksia koskien vanhenemista tai päihdetyötä

Vuonna 1991 voimaan tulleissa Yhdistyneitten kansakuntien ikäihmisiä koskeissa periaatteissa (päätöslauselma 46/91) todetaan, että ikäihmisellä on oikeus arvokkaaseen ja mielekkääseen elämään. Lauselman mukaan ikäihmistä koskevaan hoitoon ja huolenpitoon kuuluvat esimerkiksi oikeus sosiaali- ja terveystalouteen, kuntouttavaan hoitoon sekä hyvinvoinnin säilyttämiseen. (YK:n ikäihmisten vuosi 1999.) Haasteeksi lauselmasta nousee kattavan hoito- ja palveluketjun tarjoaminen ikäihmisille. Periaatteissa korostuu myös oikeudenmukaisuus ja turvallisuus. Erityisen merkittävää työmme kannalta olivat myös Eettisen neuvottelukunnan (Etene julkaisut 2001) periaatekysymykset, jotka koskivat yhdenvertaisuutta ja syrjimättömyyttä hoitopäätöksissä. Ikään vedoten hoitamatta jättäminen on yksiselitteisesti syrjintää.

Päihdehuoltolain (41/1986) 1. luvun 7. §:n mukaan palveluja tulee antaa henkilölle, jolla on päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia ja hänen omaisilleen, sekä 6. §:n mukaan päihdepalvelut ovat ensisijaisesti yleisiä palveluja (ja avomuotoisia), mutta tarvittaessa on järjestettävä erityispalveluja. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992) 2. luvun 3. §:ssä säädetään, että jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun

lain 812/2000 2. luvun 4. §:n mukaan asiakkaalla on oikeus saada sosiaalihuollon toteuttajalta laadultaan hyvää sosiaalihuoltoa ja hyvää kohtelua ilman syrjintää. Edellä mainitun lain 8 §:ssä on turvattu myös asiakkaan itsemääräämisoikeus ja osallisuus häntä koskevaan palvelun suunnitteluun ja toteutukseen.

Ikäihmisten päihdetyö

Raittius ei ikäihmistenkään joukossa ole enää niin yleistä eikä sitä pidetä hyveenä kuten ennen. Suuret ikäluokat ovat tottuneet käyttämään alkoholia enemmän kuin aiemmat ikäluokat. Ikääntyessään kehon vesipitoisuus vähenee ja alkoholin sietokyky pienenee. Alkoholin riskikäytön annosrajat ovat pienempiä kuin nuoremmalla väestöllä. Ikäihmisillä se tarkoittaa kahta alkoholiannosta kerralla, yhtä annosta säännöllisesti päivittäin tai seitsemää annosta viikossa. (Levo ym. 2008, 27.)

Alkoholihaitat voivat liittyä ikäihmisen fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen selviytymiseen (Alanko & Haarni 2007, 25–26). Levo (2011a) kertoo alkoholin olevan syynä noin 60 eri sairauteen ja vaivaan. Tasapainon, reaktiokyvyn ja tarkkavaisuuden heikkeneminen aiheuttaa kaatumisia ja tapaturmariskin kasvamista. Se myös pahentaa kaikkia sairaustiloja, kuten sydän- ja verisuonitauteja sekä ruoansulatuselinten häiriöitä. Ongelmallinen alkoholinkäyttö voi johtaa ravitsemushäiriöihin, ja se voi aiheuttaa myös lihomista. Alkoholinkäyttö ja psyykkiset sairaudet kulkevat usein käsi kädessä. Levo ym. (2008, 31–33) jatkaa, että myös univaikeudet ovat yleisiä.

2.3 Aikaisemmat tutkimukset ja kehittäminen

Yhdysvalloissa ikääntyneiden alkoholinkäyttöä on tutkittu jo 1980-luvulta saakka, mutta Suomessa ilmiö on julkisen keskustelun kautta noussut käsittelyyn vasta 2000-luvulla (Nyky ym. 2010,6). Kehittämistyötä on tehty erilaisissa projekteissa ja hankkeissa, joista näkyvin on ollut Liika on aina liikaa - ikääntyminen ja alkoholi –hanke vuosina 2005–2008. Ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin Sininauhaliiton koordinoimana asiakastyön tutkimukseen, kehittämistyöhön, tiedotukseen ja koulutusmateriaalien tuottamiseen sekä systematisointiin. Osahankkeina oli Sininauhasäätiön ja Helsingin Diakonissalaitoksen toteuttama etsivä ja liikkuva päihdetyö. Tyynelän ke-

hittämiskeskuksen Seniori-projekti tuotti jalkautuvaa päihdetyötä ja ryhmätoimintaa Pieksämäellä ja Savonlinnassa. Mukana toiminnassa oleva Ikäinstituutin palvelutalosen päihdeosaamista lisäävä osahanke keskittyi tutkimaan ja kehittämään päihdeongelmien tunnistamista ja ratkaisemista asukkaiden ja henkilöstön kanssa yhdessä. Projekti toimi RAY:n tuella. (Viljanen 2010, 8–9.)

Hankkeen tiimoilta järjestettiin ikäihmisten parissa työskenteleville ammattilaisille koulutuksia osana kehittämistoimintaa muun muassa päihdetyön perusteista. Tämän tiedon lisäämisen jälkeen heidän oli helpompaa lähteä oman työnsä työkalujen ja -menetelmien kehittämiseen. Kohderyhmälle eli ikäihmisille järjestettiin yleisöluentoja, pienryhmätoimintaa, opintopiirejä ja keskustelua ilmiön ympäriltä. (Viljanen 2010, 86.)

Hankkeesta seurasi myös jalkautuvaa päihdetyötä ja vertaisryhmätoimintaa. Kehitettiin myös ikäeettistä ja ikäerityistä päihdetyötä sekä verkostotyötä, joka Viljasen (2010, 86) mukaan tarkoittaa myös ongelmallisesti alkoholia käyttävän ikäihmisen mukaan ottamista tämän elämää koskevaan päätöksentekoon. Kaikkiaan projekti on tehnyt hienoa työtä esimerkiksi tutkimuksen alalla. Projektitoiminta on vaikuttanut kuntien yleisiin linjauksiin (päihde- ja mielenterveysstrategiat) päihdeongelmaisiin ikäihmisiin kohdistuvissa toimissa. Projekti on kehittänyt moniammatillista verkostotyötä ja yhteistyö A-klinikkasäätiön kanssa on lisännyt lääketieteellistä kiinnostusta asiasta. Projekti on poikanut myös erilaisia julkaisuja, kuten Otetaan selvää - opas, ikäerityisyyttä käsittelevä raportti Osattomuudesta osallisuuteen (Laapio 2009) sekä koulutuskansioita ja tutkimusraportteja. (Viljanen 2010, 84–88.) Jatkohanke vuosina 2009–2011 on keskittynyt ikäihmisten päihdetyön juurruttamiseen työntekijöiden koulutuksen, tukemisen ja konsultoinnin kautta. (Liika on aina liikaa 2011).

Nykyn ym.(2010, 20) mukaan kotihoidon mielenterveys- ja päihdetyötä on käsitelty viime vuosina useissa projekteissa kuten Seniori-projektissa ja Kotihoito-Sateenvarjo-projektissa. Kaikissa projekteissa keskitytään päihdeongelman varhaiseen tunnistamiseen ja nopeaan puuttumiseen. Polkumme kehittämisprosessissa syntyneessä produktissa hyödynnettiin muiden tutkimusten ja projektien tuloksia sekä kokemuksia.

2.4 Mikkelin kaupungin sosiaali- ja terveystoimi

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Keskelle elämää -psykiatrian kehittämishankkeen suunnitelmassa (2010, 15) sanotaan, että päihdehuollon palvelukenttä alueella on sekava. Myös Mikkelin kaupungin kotihoito tarvitsee tekemämme projektivuoden kyselyn pohjalta toimintojen yhdenmukaistamista ikäihmisten päihdetyön palvelukokonaisuudessa.

Mikkelin kaupungissa sosiaali- ja terveystoimi on elämänkaarimallin mukaan jaettu neljään tulosalueeseen, joista yksi on vanhusten palvelut. Elämänkaarimallin mukaisesti terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevät palvelut on huomioitava palvelutuotannossa. (Sosiaali- ja terveystoimi palveluorganisaatio 2011.) Palvelukokonaisuusprosessien joukosta keskityimme ikäihmisten palveluiden kehittämiseen. Parhaimmillaan tällaisen prosessin mallintaminen karsii turhia päällekkäisyyksiä ja tietokatkoksia. Prosessissa suurta roolia näyttelee moniammatillisuus, eli yhteistyön eri ammattiryhmien välillä on oltava joustavaa. Selvityksen (Paulig ym. 2010, 17) mukaan ikäihmisille suunnatun päihdetyön vaikuttavuutta on pystytty lisäämään erilaisin heille suunnatuin toimenpitein. Näitä voivat olla esimerkiksi tihennetyt kotihoidon käynnit, sovitut lääkärin vuosikontrollit, fysioterapeutin apuvälinearviot, asiointipalvelu, tilattu ateriapalvelu, kuljetustuki, toimeentulotuki, avattu välitystili, järjestetty veteraanikuntoutus ja intervallijaksot laitospäästökäytökseen.

Sosiaalihuoltolain 3. luvun 20. ja 21.§:n mukaan kotihoitoon voidaan ottaa asiakas, jonka toimintakyky on alentunut ja joka tarvitsee apua päivittäisissä toiminnoissaan. Tällä tarkoitetaan asumiseen, henkilökohtaiseen hoivaan/huolenpitoon sekä muuhun tavanomaiseen elämään kuuluvien tehtävien ja toimintojen suorittamista ja niissä avustamista (Sosiaalihuoltolaki 710/1982.) Asiakkaan päivittäisistä toiminnoista selviytymistä vaikeuttavat ensisijaisesti sairaus ja ikä. Kotihoidon henkilöstön tehtäviin kuuluu muun muassa auttaa asiakasta henkilökohtaisen hygienian hoitamisessa, ravitsemuksessa, kodin pienimuotoisessa siistimisessä ja asioinneissa. Prioriteettilistan kärjessä on lääkityksen valvominen, lääkehoidon toteutuminen ja asiakkaan voinnin seuranta. Yhä enenevässä määrin kotihoidon hoitosuhteissa kohdataan päihdeongelmaisia ikäihmisiä, jotka vaativat yhä suuremman osan kotihoidon rajallisista resursseista unohtamatta erityisosaamista kyseistä ilmiötä käsiteltäessä.

3 KEHITTÄMISTYÖ

Opinnäytetyömme on muodoltaan toiminnallinen. Vilkan (2010) mukaan se tarkoittaa sitä, että työhön on yhdistetty toiminnallisuus, teoreettisuus, tutkimuksellisuus ja raportointi. Vilkaa lainaten tutkimuksemme tavoittelee tietoa, jota me voimme perustellusti käyttää kehittäessämme produktiamme eli hoitopolun mallia mahdollisimman hyvin asiakasta ja työntekijää palvelevaksi. Toisin sanoen tämän toiminnallisen opinnäytetyön tutkimusongelmaa vastaavana tehtävänä oli kehittää asiakaslähtöinen kaavio ikäihmisten päihdehoitoprosessista. Vilkaa (2010) mukaillen keräämämme haastatteluaineisto valjastettiin palvelemaan produktin ideointia ja kehittämistä. Kuten toiminnallisessa työssä yleensäkin produktimme vaikuttavuus ja saatu palautetieto jää käyttäjien hyödyksi.

Tarpeet kehittämistyölle

Mikkelissä kuten muissakin kunnissa on suunnitteilla muutoksia koskien ikääntyneiden palvelujärjestelmää. Rakenteita kehitetään kohti avohoidon ensisijaisuutta ja asiakkaiden osallisuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa, että vanhainkodit ja terveyskeskusten hoivaosastot ajetaan alas. Tilalle tulee tehostettu palveluasuminen sekä kotihoito, joten paine avohoidon palvelujen kehittämiseksi on suuri. Henkilöstön riittävyys ja osaaminen ovat kivijalka kehittämistoiminnassa. Päihdestrategiassa painotetaan henkilökunnan koulutusta ikäihmisten päihteiden käytön suhteen, ja myös työnohjausta on järjestettävä. (Terve, elämä 2009). Mikkelin kaupungin vanhusten palveluiden toimintaohjelman mukaan palveluketjujen toimimattomuus tekee mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden jatkohoidon suunnittelun vaikeaksi. Asiakasta palvelevan kokonaisuuden saavuttamiseksi tarvitaan neutraalia asennoitumista mielenterveys- ja päihdekuntoutujia kohtaan heidän palveluissaan ja koko yhteiskunnassa.

Edessämme oleva väestön ikärakenteen muutos aiheuttaa myös sosiaalisten ongelmien painottumisen myöhempään ikään. Kotihoidon asiakkuuden kriteereissä on, että asiakkaan toimintakyvyyn tulee olla selkeästi alentunut. Kotihoidon asiakkaana oleva iäkäs henkilö on siis todennäköisesti kykenemätön hakeutumaan palveluiden piiriin muun muassa alentuneen toimintakyvyn tai sosiaalisen tuen puuttumisen vuoksi.

Päihdeongelmainen ikäihminen ei välttämättä tunnista tai myönnä avuntarvettaan. Laapion (2009, 69) mukaan on eettisten periaatteiden mukaista auttaa asiakasta myös tunnistamaan riippuvuutensa ja myöntämään ongelmansa – kuitenkin häntä nöyryyttämättä. Myös häpeä ja leimautumisen pelko voivat estää asianmukaisten palvelujen hakemista. Kotihoidossa työskentelevien ammattilaisten apu on siis tarpeen. Tavoitteenamme on rakentaa suunnitelmallinen ja koko palvelujärjestelmän huomioonottava malli. Häkkinen (6/2011) kiteyttää johdonmukaisesti myös meidän tavoitteenamme olevan hoitopolun hyvien käytäntöjen työkalupakiksi, jossa toimintamallit, käytännöt ja menetelmät ovat pähkinänkuoressa. Kotihoidon työntekijöille tarkoitetun työkalun keskeinen tehtävä on toimia muun muassa tarkistuslistana siitä, miten kussakin James O. Prochaskan ja Carlo DiClementen kehittämän transteoreettisen muutoksen vaihemallin osuudessa voi asiakasta tukea. Päihdepalvelupolun mallintaminen auttaa työntekijää koordinoijan, yhteensovittajan ja palveluohjaajan vaativassa tehtävässä palvelualikoiman keskellä kertoen kuka tekee, mitä tekee ja milloin tekee.

3.1 Tiedonhankinta

Työmme tiedonhankinnallinen osuus oli kvalitatiivinen eli laadullinen, joka on luonteeltaan kokonaisvaltainen, ja siinä pyritään tutkittavan ympäristön käsitteelliseen ymmärtämiseen. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 155.) Laadullisessa tiedonhankinnassa halutaan tutkia luonnollisia tilanteita, joissa kaikkia vaikuttavia tekijöitä ei voi kontrolloida. Hirsijärvi ym.(2004, 155) jatkavat, että kvalitatiivisen tutkimuksen edetessä voi suunnitelma vielä muotoutua, joten menetelmä on joustava muuttuvissa olosuhteissa. Tiedonhankintamme koostui kotihoidon asiakkaiden teemahaastatteluista sekä työntekijöiden ja yhteistyötahojen teemakyselyistä.

Teimme kymmenelle kotihoidon asiakkaalle teemahaastattelun. Haastattelujen tarkoituksena oli saada ikääntyneen oma ääni ja näkökulma kuuluviin. Haastatteluiden avulla haimme ikääntyneiden näkemyksiä, kokemuksia, ajatuksia ja tunteita. Oleellista työssämme oli ikäihmisten mukana oleminen ja osallisuuden tunne.

Päihdehoitopolkua kehittäessämme kartoitimme muun muassa päihde- ja mielenterveyksiin työssään kohtaamia tilanteita, työntekijöiden näkemyksiä varautumisesta tulevaisuuden haasteisiin sekä heidän osaamistaan ja mahdollisia lisäkoulutustarpeitaan.

Konkreettisten toimenpiteiden ja prosessien osuus auttamispolulle tuli työntekijöiden ja yhteistyötahojen kyselyjen avulla. Merkittäväksi työmme kannalta nousi myös mukanaolo Vanhus-Kaste II-hankkeen päihdetyön toimintamalli kotihoitoon – kehittämistyöryhmässä sekä sieltä saadut materiaalit ja keskustelut. Tämä sattui kannaltamme juuri oikeaan aikaan opinnäytetyöprosessiamme ajatellen.

Haastateltava joukko ikäihmisten osalta valittiin tarkoitushakuisesti kotihoidon asiakkaista kriteerinä se, että asiakas oli ikääntynyt ja käytti alkoholia ongelmallisesti. Ongelmakäytön muodot ovat Levon (2011a) mukaan alkoholin riskikäyttö, alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. Me keskityimme ikäihmisen jo olemassa olevan alkoholiriippuvuuden hoitoprosessin suunnitteluun. Löysimme kyseisen kohde-ryhmän kotihoidon mielenterveys- ja päihdetiimin kautta.

Asiakasnäkökulman ohella oli meidän hoitopolkua kehittäessämme huomioitava myös organisaation näkökulma, joten kotihoidon tiimit ja niistä saatava tieto olivat työssämme avainasemassa. Myös päihdehoitopolun varrella toimivat yhteistyökumppanit palveluineen oli kartoitettava.

Kartoitimme Mikkelissä toimivia eri yksiköitä, myös yksityisiä palveluntuottajia, joilla on osaamista ja tietoa ongelmallisesti alkoholia käyttävien hoidosta. Tällä tarkoitamme kotihoidon kanssa yhteistyötä tekeviä tahoja, kuten Mikkelin keskussairaalan psykiatrien poliklinikka, A-Klinikka, Tuustaipaleen kuntoutumiskeskus, terveyskeskuksen osastot sekä järjestöt, seurakunta ym. sosiaali- ja terveysalan toimijat. Vaikka kyselyyn vastasi vain murto-osa kotihoidon yhteistyökumppaneista, saimme toimintamallin kannalta vähän mutta tarkoituksenmukaista tietoa Mikkelin kaupungin palvelujen nykytilanteesta ja palvelujen saatavuudesta.

Aineiston käsittely tapahtui mahdollisimman nopeasti keräämisen jälkeen ja tavaksi valittiin ymmärtämiseen pyrkivä lähestyminen, joka soveltuu kvalitatiiviseen tutkimukseen (Hirsjärvi ym. 2004, 211–212). Analysointimenetelmänä käytimme induktiivista eli aineistolähtöistä tarkastelua. Tavoitteenamme oli kartoittaa tunnistamisen, puheeksioton, varhaisen puuttumisen ja ohjauksen elementtejä, jotka hoitopolulle kuuluvat. Kokosimme siis yhteen ikäihmisille sopivia päihdepalveluja ikäihmisten päih-

detyön toimintamalliksi. Käytännössä eri asiakkailta polku on hyvinkin erilainen, sillä se räätälöidään joustavasti kunkin asiakkaan tarpeiden mukaan.

Yleisiksi tiedonhankinnallisiksi kysymyksiksi nousivat:

- Millainen on turvallinen ja toimiva ikäihmistä palveleva päihdehoitopolku?
- Mitkä tekijät vaikuttavat alkoholia ongelmallisesti käyttävän kotihoidon asiakkaana olevan ikäihmisen kuntoutumiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen?
- Millaisia palveluja ja muita tukitoimia nousee aineistosta ikäihmisen päihdehoitopolun toteuttamisen piiriin Mikkelissä? Mitä palvelua, mistä ja milloin on saatavilla?
- Miten kotihoidon työntekijä tukee ja ohjaa asiakasta tämän valinnoissa muutoksen vaihemallin eri vaiheissa? Mitä työvälineitä ja keinoja työntekijä voi käyttää kussakin asiakkaan alkoholinkäytön muutosprosessin vaiheessa?

3.2 Päihdeasiakkaan muutosprosessi

Näemme päihdekuntoutumisen pitkäaikaisena ja monisyisenä prosessina. Päihteistä irtautuminen voidaan nähdä pitkäkestoisena polkuna, jossa prosessiin voivat liittyä retkahdukset ja muut ongelmat. Oikea-aikainen ja nopea hoitotarpeeseen vastaaminen on ensiarvoisen tärkeää asiakkaan toipumisen ja arjen hallinnan kannalta (Kaipio 2004, 37). Asiakkaan kuntoutumisen tukena tarvitaan Kaukosen (2004, 44) mukaan myös asumispalveluja, tiivistä palveluohjausta ja muita tukitoimia.

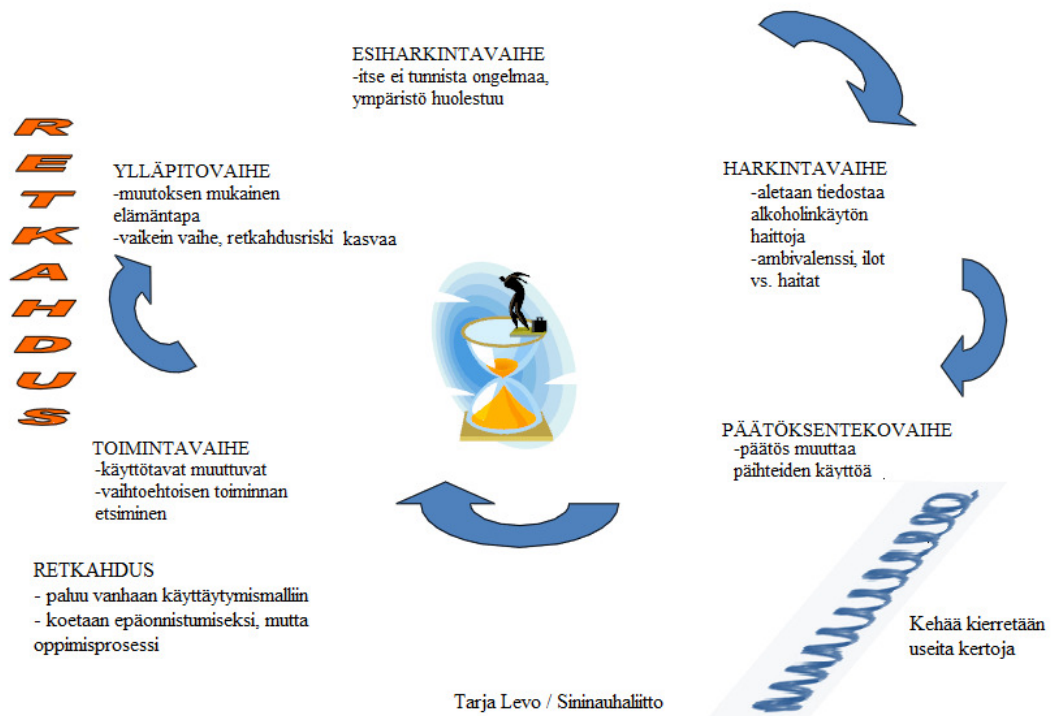
Ryhdyttyämme kehittämään kotihoidolle toimintamallia mietimme sopivaa lähestymistapaa. Päädyimme James O. Prochaskan ja Carlo DiClementen muutosprosessiin, koska se on ikäihmisille soveltuva ja siinä painotetaan motivaation merkitystä. Myös koulussa käymässämme päihdetyön opintokokonaisuudessa nostettiin juuri kyseessä oleva malli lähempään tarkasteluun. Motivaatio on monimerkityksellinen asia, johon suuresti vaikuttaa sosiaalinen kanssakäyminen työntekijän kanssa. Esimerkiksi kotihoidon työntekijän tehtävänä on vaikuttaa myönteisesti asiakkaan motivaation kehittymiseen eli hänen henkilökohtaiseen muutoshalukkuuteensa (Miller, 2008, 16–21.) Muutosprosessi (kuvio 1) jakautuu esiharkintaan, harkintaan, päätökseen, toimintaan ja ylläpitovaiheeseen. Myös retkahdukset saattavat kuulua muutosprosessiin. Miller (2008, 31) kertoo artikkelissaan, että muutosprosessi on syklinen, ja eri kuntoutujat

voivat tehdä useita pyörähdyksiä eri vaiheiden välillä ja etenevät muutenkin yksilölliseen tahtiin. Eteneminen muutosprosessissa tapahtuu Millerin mukaan spiraalinomaisesti eikä lineaarisesti. Esiharkintavaiheessa asiakas ei itse tunnista ongelmaa alkoholinkäytössään eikä aio muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa, mutta ympäristö, esimerkiksi kotihoidon työntekijä huolestuu ja ilmaisee huolensa. Näin ollen ongelma tulee näkyväksi myös asiakkaalle. Tämä voi siis olla ensimmäinen askel siihen, että jokin muuttuu. Harkintavaiheessa asiakas alkaa miettiä alkoholinkäyttönsä ongelmallisuutta ja mahdollisesti tiedostaa muutoksen tarpeellisuuden. Tässä vaiheessa mukaan astuu asiakkaan ambivalenssi; ristiriita käytön hyvistä ja huonoista puolista, muutoshalun ja -haluttomuuden välillä saattaa kestää vuosia.

Valmistautuminen muutokseen johtaa päätöksentekovaiheeseen, jossa asiakas arvioi pystyvyytään muutokseen ja hänen sitoutumisensa voimistuu. Työntekijä voi auttaa tässä vaiheessa löytämään asiakkaalta itseltään löytyvän potentiaalin ja auttaa tavoitteiden asettelussa ja niiden myöhemmässä tarkastamisessa. Toimintavaiheessa asiakas valitsee selviytymissuunnitelmansa ja toteuttaa sitä aktiivisesti. Haasteelliset tilanteet kuuluvat tähän vaiheeseen, mutta muutosprosessin seuraava taso eli ylläpitovaihe on vielä vaikeampi, sillä se vaatii jo pitkäaikaista käyttäytymisen muutosta. Polkumme ylläpitovaiheeseen tuli päihteidenkäytön vähentämisen tukemisesta sosiaalisten suhteiden virittely ja niin sanottujen kuivien ihmissuhteiden tärkeys. Asiakasta ei missään tapauksessa saa unohtaa tässä vaiheessa, vaan asiakaskontaktin on säilyttävä esimerkiksi seurannan, välittämisen ja kannustamisen muodoissa.

Prosessiin yleensä kuuluvat retkahdukset näkyvät paluuna jopa esiharkintavaiheeseen. Niitä tulisi pitää oppimistilanteina, joissa työntekijän rooli empaattisena tukijana, uskonvalajana ja tienviitoittajana muutosprosessiin palaamisessa on suuri (Miller, 2008, 30–33.) Työntekijöiden kyselystä tuli esille se, että myöskään työntekijä ei saa asiakkaan retkahdettua luovuttaa tai turhautua. Päihdeongelmaisten kohtaaminen onkin välillä haastavaa, joten jokaisessa tiimissä pitäisi olla mahdollisuus käydä asiakastilanteita läpi sekä saada työyhteisöltä tukea ja neuvoja. Kaikilla työntekijöillä pitäisi olla mahdollisuus työnhajukseen, koska ikäihmisten kanssa tehtävä päihdetyö saattaa vaikeuttaa työssä jaksamista ja työhyvinvointia. Työnohjaus auttaa myös säilyttämään ammatillisen työtteen.

ALKOHOLIN KÄYTÖN MUUTOSPROSESSI



Kuvio 1 Lähestymistapa, joka toimii yhtenä polkumme rakennuspalikoista
(Tarja Levo 2011a)

Syvennyttyämme Prochaskan ja DiClementen vaihemalliin neljänneksi tiedonhankinnalliseksi kysymykseksi nousi: miten kotihoidon työntekijä tukee ja ohjaa asiakasta tämän valinnoissa muutoksen vaihemallin eri vaiheissa. Toisin sanoen mitä työvälineitä ja keinoja työntekijä voi käyttää kussakin asiakkaan alkoholinkäytön muutosprosessin vaiheessa.

4 KEHITTÄMISPROSESSI

Opinnäytetyömme idea sai alkunsa projektivuotenumme 2009 –2010 tekemästämme selvityksestä, jossa ilmeni tarve selkeälle, kotihoidon henkilöstölle suunnatulle päihdetyön mallille, jossa olisi esimerkiksi verkostotietoja, pelisääntöjä päihdeasiakkaan kohtaamiseen ym. työkaluja hoitoprosessiin. Ensimmäinen tapaaminen Mikkelin kaupungin kotihoidon tulosyksikön esimiehen Ulla Yli-Karron kanssa oli lokakuussa 2010, jolloin saimme hyväksynnän tämankaltaisen työn toteuttamiselle organisaatiossa. Toinen meistä osallistui kotihoidossa tekemänsä harjoittelun aikana marraskuussa

2010 Vanhus- Kaste II-hankkeen järjestämään ensimmäiseen kehittämispäivään teemalla Päihdetyön toimintamallin kehittäminen kotihoitoon. Päivän pohjalta vahvistui entisestään halumme toteuttaa konkreettinen ja oikeita työvälineitä sisältävä tietopaketti tästä ajankohtaisesta ja kotihoidon tekemän työn ytimessä olevasta aiheesta.

Alkuperäinen visio oli konkreettisesta hoitopolusta, jonka eri vaiheet löytyvät selkeästi Mikkelin alueella toimivasta päihde- ja mielenterveystyön kokonaisuudesta. Polun varrelta löytyisivät hoitoketjut ja ohjeet pähkinänkuoressa, esimerkiksi tunnistaminen, puheeksiottaminen, puuttuminen jne. Ideaalitapauksessa olisi voitu hyödyntää toimintojen synergiaa ja selkiyttää eri tahojen työnjakoa palveluketjun vaiheissa tekemällä ne kokonaisuutena mahdollisimman konkreettisiksi ja läpinäkyviksi. Tavoitteenamme oli toiminnan yhtenäistäminen ja yhteistyön helpottaminen. Järjestämässämme tapaamisessa kotihoidon päihdeasioihin perehtyneiden työntekijöiden kanssa kävi ilmi, että tuolloin Mikkeliissä ei ollut tarjota ikäihmiselle suunnattuja päihdepalveluja poluksi asti. Ympäristön mielipiteistä huolimatta halusimme jatkaa ideointiamme ja pysyimme alkuperäisessä suunnitelmassa. Teimme mind mapin, jossa apuna käytimme benchmarkkaamiamme ikäihmisten päihdehoitopolun malleja Seinäjoella, Sastamallas ja Espoossa. On mainittava, että saimme tukea ja kannustusta kotihoidon tulosityksikön esimieheltä. Saimme häneltä työmme yhdeksi mahdolliseksi malliksi Vankka verkko-projektin (2006–2010) ja Suomen vanhusten turvakotiyhdistys Ry:n toimintamallikaavion vanhusasiakkaisiin kohdistuvaan kaltoinkohteluun puuttumisesta. Prosessi eteni jatkuvasti reflektoiden toimintaamme ja itseämme. Aloitimme myös tutustumisen olemassa olevaan teorialietoon.

Ideaseminaarissa lokakuussa 2010 esittelimme ideapaperin, jossa meillä oli kunnianhimoisia tavoitteita muun muassa kehittää moniammatillisia verkostotyö- ja konsultaatiomenetelmiä soveltuvaksi kotihoidon päihdeongelmaisen asiakkaan interventioon ja palveluohjaukseen. Tuolloin mukana ideassa seikkaili sosiaalipedagoginen viitekehys, joka joissakin konsepteissa soveltuu hyvin päihdetyön taustaksi, mutta teoria ei taipunut käytäntöön työmme loogiseksi viitekehyyksi asti.

Työ ajoittui vuodelle 2011 siten, että tutkimussuunnitelma esitettiin toukokuussa. Tätä ennen olimme perehtyneet alan aiempiin tutkimuksiin, teoreettisiin selvityksiin eli ikääntyneiden alkoholin käytön erityispiirteisiin ja muutoksen vaihemalliin sekä laati-

neet teemahaastatteluja varten alustavan kysymysrunon. Osallistuimme toukokuussa myös Vanhus-Kaste II- hankkeen toiseen kehittämistyöryhmätapaamiseen, jossa saimme lisäkoulutusta ja teoriapohjalle varmuutta. Kehittämistyö edellytti meiltä vahvaa teoreettista tietopohjaa, jota nämä tapaamiset hyvin tukivat. Kirjallinen opinnäytetyömme suunnitelma ei ollut vielä esitysvaiheessa jäsentynyt ja ehjä kokonaisuus, joten jouduimme palaamaan sen pariin vielä kesän aikana. Tuolloin olimme molemmat töissä ja syventävien ammattikäytäntöjen harjoittelussa, joten työstimme suunnitelmaa satunnaisessa aikataulussa. Toisaalta saimme harjoittelusta paljon kokemusta, perehdytystä ja myös materiaalia työtämme varten. Opinnäytetyön suunnitelman viimeistely kesällä oli tarpeellista ja näin ollen perusteltua. Kun perustieto teoriasta oli suunnitelmaa kirjoittaessamme vahvaa, tuli suunnitelmapaperista suoraan materiaalia myös itse opinnäytetyön raporttiin.

4.1 Tutkimuksen toteutustapa

Työntekijöiden, asiakkaiden ja yhteistyökumppaneiden haastatteluaineiston keruun teimme syksyllä 2011. Asiakkaille suunnattujen haastattelujen tekoon tarvitsimme tutkimusluvan, jonka meille myönsi Mikkelin kaupungin vanhustenpalveluiden johtaja Niina Kaukonen.(LIITE 1). Syksy meni haastatteluissa ja niistä nousseiden suuntaa antavien tietojen kokoamiseen, mikä Vilkan ja Airaksisen (2004, 63) mukaan riittää hyvin toiminnallisen opinnäytetyön aineiston käsittelemiseksi. Kyseessä olevissa töissä ei välttämättä tarvinnut analysoida kerättyä aineistoa vaan sitä voidaan käyttää lähteenä kuten konsultaatioitakin (mts. 64). Haastatteluista ja kyselyistä saimme aihioita hoitopolulle tuleviin teemoihin.

4.2 Asiakkaiden haastattelujen toteutus

Aloitimme opinnäytetyön aineiston keruun tapaamisella kotihoidon mielenterveys- ja päihdetiimin työntekijöiden kanssa. Sieltä saimme 12 potentiaalisen haastateltavan asiakkaan yhteystiedot. Otimme yhteyttä 10 asiakkaaseen puhelimitse saadaksemme heidän suostumuksensa osallistumisesta tutkimukseen ja sopiaksemme haastatteluajan. Yhden luona kävimme sopimassa tapaamisen paikan päällä, yhtä emme tavoittaneet yrityksistä huolimatta. Haastatteluista yhdeksän toteutui suunnitelman mukaan, yksi vasta kolmannella yrityksellä ja yksi perui suostumuksensa kokonaan. Haastatte-

luun valikoituneet kotihoidon asiakkaat olivat iältään 54–79-vuotiaita, miehiä oli kuusi ja loput neljä naisia. Kaikki haastatellut olivat eläkkeellä, mutta muuten elämäntilanteet poikkesivat toisistaan. Kaksi asiakkaista asui puolisonsa kanssa, kolme heistä oli leskiä ja loput eronneita tai muuten yksin asuvia. Kaikki haastattelut toteutimme syyskuun aikana. Teemakysymysten teemoja olivat asiakkaan elämäntilanne ja arki, hoito ja palvelut, kotihoidon henkilökunnan kohtaaminen sekä odotukset ammattiavun suhteen.

Haastattelut olivat lähinnä tilanteita, joissa keskusteltiin vapaamuotoisesti ennalta määrätystä teemoista (LIITE 2), mutta täsmentävillä kysymyksillä pidimme keskustelut teemojen ympärillä ja haastattelun joustavasti etenevänä. Tunnelman haastattelutilanteissa pyrimme pitämään rauhallisena ja avoimena kiireettömällä sekä asiakastakunnioittavalla käytöksellä. Heti haastattelujen jälkeen purimme auki molempien kirjoittamat muistiinpanot ja listasimme haastateltavien ajatuksista nousseista materiaalista elementtejä polullemme. Yritimme olla vetämättä liian suorita johtopäätöksiä materiaalista, koska halusimme asiakkaan subjektiivisia käsityksiä palvelujen tarpeesta. Haastatteluja emme halunneet nauhoittaa, koska halusimme luoda mahdollisimman luontevan keskustelutilanteen; ottaen huomioon myös sen, että osalle haastateltavista kyse oli arasta ja tabuluonteisesta asiasta (Hirsjärvi ym. 2009, 206–207). Haastattelut kestivät asiakkaasta riippuen 45 minuutista puoleentoista tuntiin. Haastatteluista tuli paljon polun kannalta epäolennaista tietoa, koska haastateltavilla oli mahdollisuus kertoa kokemuksistaan, mutta koimme tilanteet ainutkertaisina ja myös asiakkaita sinällään palkitsevina. Kaiken kaikkiaan pidimme mielessämme, että ikäihmisten monenkirjavista kokemuksista ja selviytymistarinoista voi löytyä polkua hyödyttävää tietoa.

4.3 Työntekijöiden teemakyselyjen toteutus

Toteutimme työntekijöille suunnatun haastatteluaineiston keruun lähettämällä sähköisesti kotihoidon ohjaajille teemakyselyt (LIITE 3) lähetettäväksi eteenpäin tiimien vetäjille, jotka valtuuttaisivat vastaajat omista tiimeistään. Johtuiko huonosta tiedonkulusta, suuresta työn määrästä kotihoidon keskijohdossa vai meidän käytännön toteutuksen puutteista, mutta ohjaajilta kyselyt eivät menneet eteenpäin. Ajattelimme, että selkeä vastuuttaminen toivomistamme toimenpiteistä ja aikataulutus olisi helpottanut

kyselyjen eteenpäin toimittamista, mutta otamme vastuun siitä, että meidän viestintäämme kotihoidon suuntaan olisi voinut olennaisesti tehostaa. Vastausajan umpeuttua ryhdyimme jatkotoimenpiteisiin ottamalla uudestaan yhteyttä kotihoitoon, josta saimme tiimien vastaavien yhteystiedot. Otimme ensin yhteyttä puhelimitse kahdeksaan tiimivastaavaan ja lähetimme kyselyt suoraan tiimeihin.

Tarvittiin siis suoraa vuorovaikutusta ja tiedonjakoa. Niistäkin huolimatta kyselyyn vastattiin vaihtelevasti. Yksi tiimi putosi pois ohjaajan ilmoitettua, ettei juuri toteutetun päihdetapauslaskennan mukaan heillä ollut asiakkaana päihdeongelmaisia ikäihmisiä merkittävässä määrin. Hänen mukaansa tämän tiimin työnkuvassa ei kyselymme aikaan ollut näkyvissä päihdetyötä. Yhdestä tiimistä tuli vastaus, ettei heilläkään ole päihdeasiakkaita. Varsinaiseen kyselyyn tuli seitsemän vastausta. Olimme tyytyväisiä tähän palautuneiden kyselyjen määrään, koska Mikkelin kaupungin kotihoidossa tuntuu olevan meneillään muutoksia vähäisine resursseineen ja vakansseineen, joten tekemämme kyselyyn vastaaminen voi jäädä kiireessä pintapuoliseksi tai kokonaan tekemättä.

4.4 Yhteistyökumppanien kyselyjen toteutus

Lähetimme kotihoidon yhteistyökumppaneille ja ikäihmisten parissa toimiville kolmannen sektorin toimijoille kyselyn (LIITE 4), jossa halusimme kysyä heidän mahdollisuuksiaan olla tekemässä ikäihmisten parissa tehtävää päihdetyötä. Lähettämistämme 30 kyselystä palautui kahdeksan, joista yhdestä puuttui kokonaan liite, jota emme pyynnöstämme huolimatta saaneet. Vaikka hyöty tekemästämme kyselystä tuntui aluksi niukalta, saimme vastauksia käsitellessämme polkua palvelevaa tietoa, jota suoraan voimme liittää polun malliin. Kotihoidon työyhteisön tarpeita tämä tieto palvelee, ja sitä voidaan käydä läpi esimerkiksi henkilöstön perehdytyksessä polun mallin hyödyntämiseksi. Varsinainen toimintamallin jalkautus ja sen käytettävyyden arviointi jää kuitenkin organisaation itsensä tehtäväksi.

5 KOTIHOIDON PÄIHDEHOITOPOLKU

5.1 Asiakkaiden kokemuksia haastattelujen pohjalta

Kaikki haastateltavamme olivat elämäntilanteessa, jossa olivat asiakkaina Mikkelin kaupungin kotihoidon mielenterveys- ja päihdetiimissä. Se toimii asiakkaan arjessa selviytymisen ytimessä, ja sen tekemä työ saa kiitosta kaikilta haastateltavilta. Asiakkaan arjessa selviytymistä pyritään turvaamaan kotihoidon perushoitotyön lisäksi toimimalla oppaana ja tukijana yhteiskunnan monimutkaisessa palvelu- ja tukijärjestelmässä unohtamatta asiakkaan yksilöllistä elämäntilannetta. Mielenterveys- ja päihdetiimissä työntekijän perustyötä ovat asiakkaan ohjaaminen päihdehoitoon, joka vaatii yhteydenottoja sosiaalitoimeen ja kuntoutuslaitokseen sekä asiakkaan motivoimista ja auttamista hakemuksien teossa. Työntekijällä kokonaisuuden näkeminen, palveluohjauksellinen työote ja asiantuntijan rooli näyttelevät suurta osaa asiakkaan kotitilanteessa.

Asiakas keskiössä

Haastatellut asiakkaat olivat erityisen hyvillään siitä, että mielenterveys- ja päihdetiimin työntekijät kohtaavat asiakkaan siten, että tämän ei tarvitse menettää kasvojaan. Tiimin merkitys tärkeänä ja jopa päihteidenkäyttöä vähentävänä tekijänä tuli esille monen asiakkaan puheissa. Saimme käsityksen sellaisesta asiakaslähtöisestä toiminnasta, jossa on ymmärretty, että päihteidenkäytön vähentäminen on aina asiakkaan oma prosessi. Koska haastatellut asiakkaat tuntuivat olevan yleisesti ottaen tyytyväisiä tiimin toimintaan, kohdataan heidät varmaankin tasavertaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Tällöin Levon (2011b) mukaan esimerkiksi puheeksiottamisessa ei kiinnitetä huomiota ainoastaan asiakkaan päihteidenkäyttöön. Heidän arjen tarpeensa ja omat voimavaransa otetaan huomioon, mikä Laapion (2009, 68–69) mukaan on ikäeettisen työn ydintä. Tähän voidaan lisätä vielä työntekijän tuki asiakkaalle tämän etsiessä kanavia ilmaista itseään.

Eräs asiakas oli erityisen pahoillaan siitä, että katkaisuhuolto oli sinällään hyvä, mutta kotiin palatessa tuki loppui kuin seinään. Tämä epäkohta nousi esille myös kysyessä työntekijöiltä ikäihmisten nykyisten päihdepalvelujen heikkouksista. Osallistuimme Arjen mieli-hankkeen mielekäs arki- keskustelutilaisuuteen, jossa tämä sama pulma tuli eräässä puheenvuorossa esille. Siinä painotettiin sitä, että kun katkaisuhuolto lääketieteellisesti on ohi, tuen tarve ei lopu, vaan se on suurimmillaan. Ruisniemen (2008) mukaan asiakas on tuolloin muutoksen vaihemallin harkintavaiheessa, jolloin

hän on halukas puhumaan ongelmastaan ja hankkimaan tietoa asiaan liittyen. Hänen ambivalenssiaan eli ristiriitaista olotilaansa olisi hyödynnettävä. Hänen etsiessään ratkaisua ongelmaansa ja vaihtoehtoisia toimintatapoja pitää tarjota suhteellisen hienovaraisesti esimerkiksi vertaistukea kokemusasiantuntijan ominaisuudessa, mutta puheenvuorossa painotettiin myös ammattiavun jatkumisen tärkeyttä. Tällöin asiakkaan halutessa käsitellä aihetta soveltuu työmenetelmäksi motivoiva haastattelu, joka perustuu kognitiiviseen oppimiskäsitykseen. Koski-Jänneksen (2008, 50–53) mukaan työntekijän tehtävänä on motivoivan keskustelun aikana herätellä ja voimistaa asiakkaan motivaatiota muutokseen avoimien kysymysten avulla. Motivoivaan haastatteluun kuuluvat aktiivinen kuuntelu ja reflektio sekä selventävät yhteenvedot.

Motivoivan keskustelun elementeistä poimimme hoitopolkumalliin soveltuvia parhaita paloja kuten päihteidenkäytön hyöty-/haittaerittely, jossa asiakkaan kanssa pohditaan avoimesti keskustellen käytön ja lopettamisen hyviä ja huonoja puolia. Laidonerin, Karvisen, Stojanovicin ja Holmbergin (2005, 3) mukaan harkintavaiheessa tämä hyöty-/haittaerittely on mainio työväline, jossa esimerkiksi nelikentän avulla voi eritellä raittiuden ja käytön jatkamisen hyviä ja huonoja puolia.

Hoito- ja palvelusuunnitelmien tulee olla tarpeeksi pitkäkestoisia, ja niihin on kirjattava selkeästi eri tahojen vastuut ja asiakkaalle palvelujen kautta tarjottu portaittain kevenvä tuki. Päihdetyön tulee aina olla suunnitelmallista. Edellä mainitusta asiakkaan haastattelusta päällimmäiseksi nousi huoli tuen ja ohjauksen puutteesta sekä epävarmuus niiden jatkumisesta. Myös Myllymäki (2010) Kehittämiskeskus Tyynelästä kertoo työelämälähtöisen koulutuksen tavoitteina olleen ikäihmisen päihdekuntoutuksen mahdollistaminen, joka tarkoittaa hoitoonohjausta sekä tukipalveluiden oikea-aikaisuutta ja soveltuvuutta iäkkäille.

Kodin ulkopuoliset suhteet ovat monella haastatelluista jääneet vähiin esimerkiksi paikkakunnan vaihdosten ja harrastuksista luopumaan joutumisen myötä. Kivelän ja Vaapion (2011, 33) mukaan yksinäisyys voi vaikuttaa alkoholinkäyttötottumuksiin lisäävästi. Tällöin sosiaalisen kanssakäymisen lisääminen ja mielekkään tekemisen löytäminen hyödyttävät myös ikäihmistä. Konkreettisesti tämä tuli esille, kun eräs haastatelluista kertoi toiminnallisen harrastuksensa siirtävän jokailtaisen ryyppiskelyn aloittamista myöhäisemmäksi. Tietoa harrasteryhmistä ja muusta toiminnallisesta tu-

esta ei joidenkin haastateltavien mielestä ollut tarpeeksi saatavissa, ja näin heidän mahdollisuutensa osallistua sosiaaliseen hyvinvointiin vaikuttavaan toimintaan ei järjesty. Ainakin juuri paikkakunnalle muuttanut haastateltava esittää kritiikkiä tarjolla olevan informaation puutteesta esimerkiksi toiminnallisten ryhmien suhteen. Myös työntekijöiden kyselyssä tuli esille tiedotuksen puutteellisuus. Haastattelusta nousikin esille se, että ikäihmiselle voi olla vaikea hahmottaa palvelukenttää, koska ei omisteta tietokonetta eikä ole totuttu internetin käyttöön. Toiminta- ja ylläpitovaiheessa onkin tärkeä jakaa tietoa vaihtoehtoisista toimintatavoista alkoholinkäytön sijaan houkutus-ten välttämiseksi myös painettujen esitteiden muodossa. Toisaalta haastatteluista nousi esille myös omaehtoinen eristäytyminen. Vaikka tietoa saisi tarvittaessa menovinkeistä radiosta tai lehdistä, ei haluta lähteä ihmisten ilmoille. Tällöin avuksi voi olla saattaminen tai kuljetusavun järjestäminen lähtemisen kynnyksen madaltamiseksi.

Näkemyksemme mukaan työntekijällä on tärkeä tehtävä rohkaista ja innostaa asiakasta esimerkiksi vertaisryhmiin tai palaamaan ennestään tuttuun harrasteryhmään. Konkreettisesti polulle tulikin sosiaalinen tuki, motivointi ja ohjaaminen kodin ulkopuolelle esimerkiksi vertaisryhmiin, seurakuntien ryhmiin tai järjestötoimintaan. Myllymäki (2011a) kertoo, että on tärkeää tutustua asiakkaan elämänhistoriaan etsittäessä vaihtoehtoisia toimintaa päihteidenkäytön tilalle. Esimerkkinä voidaan mainita Mikkelissä Virike ry:n vetämä, myös ikäihmisille suunnattu Oma kalaämpäri-hanke, josta kuullessaan eräs asiakas innostui elvyttämään vanhan rakkaan harrastuksensa. Hankkeessa yhdistyvät yhteisöllisyys, elämyksellisyys ja luonto.

Vertaistukea

Sosiaalisen eristäytyneisyyden ja emotionaalisen yksinäisyyden torjumiseen tarvitaan Laapion (2009, 68–69) mukaan osallisuutta yhteisöön kuten vertaistukiryhmään. Haastattelemiemme asiakkaiden joukko osoittautui tässäkin asiassa heterogeeniseksi, sillä esimerkiksi AA-kerho jakoi haastateltavien mielipiteitä: siinä kun yksi on saanut positiivisia kokemuksia ja tukea päihteidenkäytön vähentämiseen, kokee toinen ryhmät vastenmielisenä:

”vanhojen juoppojen kehuskelupiiri, jossa vain valehdellaan”

tai kolmas toimimattomana konseptina päihitteettömyyteen pyrittäessä:

”pelkkää vanhojen juoppojen jorinaa, josta tuli vain viinanhimo kun niitä kuunteli. Ihan kuin olisi omia juttuja kuunneltu.”

Omaiset mukaan

Ikäihmisten palveluiden laatusuosituksessa (2008, 22) korostetaan omaisten ja läheisten suurta merkitystä ikäihmisen hyvinvoinnissa ja kotona selviytymisessä. Haastattelussa tuli selvästi esille myös omaisten rooli alkoholinkäytön rajoittamisessa, esimerkiksi ei haluttu pahoittaa läheisen mieltä. Haastateltava toi konkreettisenä osana esille läheisensä merkityksen:

”vaimo pitää elämänrytmin säännöllisenä.”

Merkitys näyttäytyy myös haastattelun kohdassa, jossa haastateltava toteaa:

”en halua pahoittaa toisen mieltä näillä pienillä pyrähdyksillä”

Haastateltava tarkentaa pyrähdysten tarkoittavan yhden tai kahden päivän juopotteluputkea. Omaisten merkitys juomisen vähentämiseen ei kaikkien haastateltavien kohdalla kuitenkaan ollut itsestäänselvyys. Eräs asiakas kertoo omaan vapauteen ja valintaan nojaten, että omaisten suremisella ei ole väliä. Kuitenkin tämäkin haastateltava kertoo rajoittavansa alkoholinkäyttöään lastenlastensa takia tyttärensä luona vieraillessaan. Omaisten apuun voidaan nojautua myös vuorovaikutustilanteissa palvelujen saamiseksi. Tällöin kotihoidon tai muun palvelutuottajan henkilöstön ja asiakkaan välillä käytävä keskustelu keskittyykin omaisten kanssa tehtävään yhteistyöhön. Omaisten osallistuminen asiakasta koskeviin hoito- ja palvelukokouksiin, -suunnitelmiin ja -päätösten tekoon korostuu. (Kivelä ja Vaapio 2011, 157.) Suurin osa haastateltavien joukosta asui kuitenkin yksin. Välit entiseen puolisoon tai lapsiin olivat katkenneet, tai nämä asuivat toisella paikkakunnalla. Luonnollisen lähiverkoston puuttuessa alkoholi helposti valtaa aseman seuran korvikkeena, mikä taas lisää sosiaalisten ongelmien kasautumista. Myllymäen (2011a) mukaan työntekijän rooli katkenneiden siteiden uudelleen luomisessa on toimia auttajana ja rinnalla kulkijana.

Aikaa keskustelulle ja läsnäoloa

Kolme haastateltavaa piti positiivisena asiana ammattilaisten kotikäynneissä sitä, että oli olemassa luotettava kontakti, jonka kanssa voi keskustella avoimesti. Tänä henkireikänä oli joko kotihoidon tai seurakunnan työntekijä. Kaiken kaikkiaan haastatellut asiakkaat kaipasivat panostusta henkilökunnan riittävyteen ja käyntiaikojen pituuteen sekä siihen, miten työntekijän asiakkaan luona käyttämä aika rakentuu. Pelkkä lääkkeiden jako tai pesuapukin riitti, mutta haastatteluista nousi myös toive keskustelevas- ta ja asiakkaan huomioonottavasta työntekijästä. Joku haastatelluista nosti esille lei- mautumisen välttämisen, joten hän korosti erityisesti työntekijän asenteen tärkeyttä. Alkoholiongelmaisen käypähoitosuosituksessa (2010) on sanottu asiakkaan vaistoavan helposti työntekijän negatiivisen ja moralisoivan asenteen.

Haastateltavien mukaan hengellistä ja jopa aineellista tukea eu-tukipakettien muodossa on saatu seurakunnilta. Keskusteluapua on saatu muuan muassa leirien aikana, ja Laapio (2009, 69) kertookin, että parhaimmillaan henkinen, hengellinen ja sielunhoi- dollinen tuki voi auttaa asiakasta identiteetin rakentamisessa uudestaan.

Ammatillisuutta

Pohdimme erään asiakkaan haastattelun jälkeen tämän ylimielistä asennoitumista ja rehvastelua päihteidenkäytöllään:

”Oon lääketieteellinen ihme... maksa-arvot olleet hyvät... kuusi promil- lea, eikä tunnu missään... lääkäritki ihmettelee.”

Haastattelussa tuli esille asiakkaan ajatus siitä, että ”juuri minulle ei tapahdu mitään, esimerkiksi maksan poksahdusta”. Varsinkin nousuhumalassa asiakas voi nauttia ti- lanteesta, jossa kokee olevansa niskanpäällä työntekijän kohdatessaan. Kun kotihoi- don asiakas myöntää alkoholinkäyttönsä, mutta ei sitoudu mitenkään hoitoon, tehdään vain perushoitotyö. Tarja Levon (2010b) mukaan huoli otetaan puheeksi. Mahdollista on myös jakaa asiakkaalle tietoa tämän ymmärtämässä muodossa, ohjata päihdehuol- toon ja tehdä moniammatillista yhteistyötä asiakkaasta välittäen. Työntekijän turhau- tuminen voidaan välttää muistamalla, että asiakas on kuitenkin itse vastuussa elämäs-

tään. Keinojen rajallisuuden tunnustaminen, odotusten realistisuus, koulutus ja työohjaus sekä kollegojen tuki auttavat työntekijää säilyttämään ammatillisen näkökulman ja jaksamaan työssä. Myös pienistä edistysaskelista kuten asiakkaan selvistä päivistä on iloittava ja yritettävä ”nähdä ihminen pullon takaa”, kuten Tarja Levo (2011b) sanoo. Ammatillisuuden säilyttäminen on Myllymäen (2011a) mielestä tärkeää myös eettiseltä kannalta katsottuna ikään ja päihteidenkäyttäjiin liitettyjen stereotyyppien ja ennakkoluulojen välttämiseksi.

Asiakkaan oikeuksista

Työtä tehdään asiakkaan kotona eli tämän maaperällä. Ikäihminen voi ajatella: ”minä haluan päättää edes jostakin itse, eli otan tämän kaljan jos haluan”. Myllymäki (2011a) sanoo osuvasti, että ”olutpullo voi olla asiakkaalle häviävän autonomian symboli, ja tämän viimeisiä itse päättämiä asioita”. Ongelmaksi tässä muodostuu se, miten asiakkaan itsemääräämisoikeuden osoittaminen pystytään kääntämään johonkin muuhun kuin juomiseen. Eräs haastateltava korosti sitä, että haluaa päättää omista asioistaan ja olla aloitteentekijänä myös yhteydenotoissaan työntekijään. Tässä asiakas halusi painottaa toimijuuttaan ja oman elämänsä asiantuntijuutta. Asiakkaan oikeuksien kunnioittaminen ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi edellyttää juuri asiakaslähtöistä työtapaa. Tällöin työntekijälle kehkeytyy kuva siitä, miten parhaiten lähestyä asiakasta. Edellä mainitun haastateltavan mukaan työntekijä ei saa olla hyökkäävä, vaan keskustelun aloitus tulee lähteä hänestä itsestään ja luontevasti muiden askareiden yhteydessä. Tässäkin kohtaa on tärkeää työntekijän pohtia eettisiä kysymyksiä, joita ovat Myllymäen (2011a) mukaan esimerkiksi itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus ja asiakkaan puolelle asettuminen. Kotihoidon päihdeasiakkailla on ongelmia omien asioidensa hoidossa, joten eräskin asiakas kertoo kotihoidon työntekijän pitäneen puolta kaupustelijoiden kiskontayrityksessä.

Vuorovaikutus

Laapion (2009, 69) mukaan alkoholia ongelmallisesti käyttävää ikäihmistä tulee ohjata reflektoimaan alkoholinkäyttöään, ja yhdessä pohtia sen merkitystä hänen elämässään. On pyrittävä dialogiseen keskusteluun, jonka perustana on molemminpuolinen kunnioitus, jonka ydin on Levon (2011b) mukaan ymmärrys ihmisten erilaisuudesta

sekä kuuntelemisen taito. Tietoa ikään kuin kerätään yhdessä, ja keskustelu on avoin erilaisille ratkaisuille. Dialogisuus perustuu luottamukselliseen ja vuorovaikutukselliseen suhteeseen, jossa molemmat osapuolet sekä antavat että ottavat. (Nykky ym. 2010, 20–22). Puheeksiotto vaatii riskinottoa työntekijältä, sillä tältä vaaditaan itsensä ”pistämistä peliin”. Levon (2011b) mukaan on tiedostettava myös se, että asiakkaan kohtaamisessa on kyse myös itsensä kohtaamisesta. Työntekijän omat asenteet ja arvot, menneisyys ja pelot, osaaminen tai sen puute voivat vaikuttaa puheeksiottotilanteeseen, mutta myös senhetkinen elämäntilanne kiireineen ja paineineen tuovat omat haasteensa. Samalla lailla myös asiakkaan asenteet, arvot, menneisyys ja pelot ja sitä myötä hänen haavoittuvuutensa ovat läsnä koko ajan. Aidossa kohtaamisessa, jossa asiakkaan oikeuksia kunnioitetaan, voi asiakkaan asenne olla negatiivisesti väritynyt. Erään asiakkaan haastattelussa tuli esille hänen oma merkityksenantonsa ja kokemuksensa työntekijän taholta tulleesta alkoholinkäytön puheeksiotosta:

”Kotihoidolta tuli sanomista, vittuilua...”

Levo (2011b) tuo palettiin vielä kolmannen työntekijän kohtaaman vaikuttajan eli ”rouva tai herra riippuvuuden”, jolla on lisätä omat mausteensa tähän keitokseen; kieltämistä, huijaamista, valtapeliä ja häpeää. Myös asiakkaan teot on otettava tekoina, eikä ihmistä voi määritellä tekojen mukaan, joiden varsinainen alullepanija onkin riippuvuus. Työntekijän tulkinta voi johtaa asiakkaan kokemaan itsensä mitääntekemättömäksi ja pahaksi itsessään, mikä voi aikaansaada hänessä häpeäntunteen, joka voi olla kuin haposade juuri itämässä olleelle tulevaisuuden toivon versolle. Myös retkahdusten jälkeisen kohtaamisen eräs haastateltava koki neuvomisena ja torumisena, mikä osaltaan voi aiheuttaa nöyryytyksen tunteen lisäksi myös avun torjumista ja palaamista vanhoihin, huolta aiheuttaviin käytösmalleihin. Työntekijän on myös Levon (2011b) mukaan pohdittava omaa suhtautumistapaansa: kohtaako hän päihderiippuvaisen vanhan juopon vai ikäihmisen, jolla on vaikeuksia hallita alkoholinkäyttöään.

Arjessa kiinni palvelujen avulla

Kotihoito auttaa montaa asiakasta arkisissa askareissa selviytymisessä. Pienet kodin siistimiset ja kauppa-asiointi kuuluvat kotihoidosta käsin tehtävään työhön. Erään haastatellun mukaan sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu on sinänsä hyvä

henkilölle, jolla on vaikeuksia liikkumisessa, eikä voi näin käyttää julkisia liikennevälineitä päästäkseen virkistys- ja asiointimatkoille. Taksikyytikuljetuksia on kuitenkin asiakkaan mukaan aivan liian vähän, ja hän tarvitsee lisäksi jonkun autollisen läheisen auttamaan asioinneissa. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluista asiakas mainitsee lääkärin kontrollit esimerkiksi lääkityksen suhteen ja fysioterapeutin kotikäynnit apuvälinekartoituksineen, jotka ovat osaltaan ylläpitämässä asiakkaan toimintakykyä ja mahdollisimman itsenäistä selviytymistä elämässä. Kotihoidon päihdetyössä tarvitaan verkostojen välisen moniammatillisen yhteistyön tiivistämistä, jolloin korostuu selvä työnjako ja tehokas tiedonkulku. Nykky ym. (2010, 32) kertovat arjenläheisessä kirjassaan moniammatillisen verkostotyön vähentävän palvelujen päällekkäisyyksiä ja palveluverkon riittämättömyyttä. Verkstopalavereissa asiakkaan tukena oleva työntekijä pitää huolen siitä, että tämän mielipiteet tulevat kuulluiksi ja että asiakkaan oikeudet esimerkiksi erilaisiin etuuksiin ja tukiin toteutuvat. Vastuussa oleva työntekijä on tuolloin myös palveluohjaajan roolissa.

Useamman asiakkaan haastattelusta tuli esille kyvyttömyys huolehtia taloudellisista asioista. Välitystiliasiakkuus hyödytti asioiden hoitamisessa kuten vuokranmaksussa ja muiden pakollisten menojen hoidossa. Eräs asiakas kertoi olleensa aikaisemmin välitystiliasiakkaana, mutta nyttemmin hänelle on määrätty edunvalvoja. Myös eräs haastatelluista kertoi edunvalvojan pitävän huolta asioista:

”nii ettei kaverit kaikkea pysty juomaan”

Myös velkaneuvonta on yksi keino auttaa taloudellisten ongelmien kanssa kamppailevia. Eräs haastateltava kertoi saaneensa velkaneuvontaa, jonka koki kuitenkin vain yllytykseksi ottaa lisää velkaa.

Kokonaisuuden näkeminen

Eräs asiakas kertoo järjestetyistä tukitoimistaan toimintakykynsä säilyttämiseksi. Ateriapalvelu auttaa pitämään huolta arjen rytmistä ja turvallisuuden takaamisessa auttaa turvaranneke, joka lisää turvallisuutta huimauksen aiheuttamien tuupertumisien varalta. Haastateltu kertoo kokeneensa hyväksi päiväkuntoutuksessa käynnin kuntosalineen ja tuolijumppineen, onhan liikunta ollut aina hänelle positiivinen ja voimaa anta-

va asia. Työntekijän on hyvä huomioida asiakkaan elämänhistoria; kiinnostuksenkohteet, vahvuudet ja voimavarat räätälöidessään asiakkaalle suunnattuja tukitoimia.

Eräs haastateltava korosti kokonaisvaltaisen hoidon merkitystä. Hän kiteytti olennaisen sanomalla:

*”Toinen lääkäri määrää lääkkeen ja toinen ottaa sen pois...
se on viisaan lääkärin merkki, ku kysyy toiselta.”*

Kotihoito huolehti kaikkien haastateltavina olleiden lääkityksestä. Toimimaton ja yhteensopimaton lääkitys yhdessä alkoholin kanssa voivat aiheuttaa vaaratilanteita. Usein univaikeuksista kärsivät haastatellut lisäsivät nukahtamislääkkeiden vaikutusta ottamalla niitä alkoholipitoisten juomien kanssa, kuten eräs haastateltava toteaa:

”Hermoissa vika, jos ei humalaista nukuta.”

Haastateltavillamme usealla oli myös mielenterveysongelmia, joihin useat heistä käyttivät erilaisia keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä. Esimerkiksi masennus, ahdistuneisuus ja levottomuus olivat yleisiä. Alakulo tuli esille esimerkiksi kommentoissa kuten:

”Elämän ilot on vähissä... Ei ole väliä, mihin tämä elämä menee...”

Kohtaaminen

Niin sanottujen märkien suhteiden jääminen edelliseen asumisympäristöön voi tuoda merkittäviä hyötyjä asiakkaan tilanteeseen. Yhden haastateltavan mukaan juominen on jäänyt ja asiat muutenkin korjautuneet muuton jälkeen. Asiakkaan aikaisemmin huomiota herättänyt epäsiisti ulkomuoto oli siistiytynyt ja hän vaikutti muutenkin tasapainoisemmalta. Odottamamme asiakkaan humalatilaa aikainen uhkaava käytös oli jäänyt muiden oireilujen ohella. Jo aiemmin mainitsemamme ennako-oletusten minimoinnin välttämättömyys nousi itsellemme esille aiempiin kokemuksiin perustuvasti arastellessamme yhteydenottoa. Muutto hissittömästä kerrostalosta rivitaloon kohensi

asiakkaan kertoman mukaan myös hänen perustarpeidensa, kuten ulkona liikkumisen toteutumista rollaattorin avulla.

Asiakkaan retkahduksen jälkeen työntekijän toiminta voi olla merkittävää asiakkaan oppimismahdollisuuden ja toimintasuunnitelman kannalta. Koski-Jänneksen (2008, 61) mukaan työntekijän vuorovaikutustyyli voi joko vahvistaa motivaatiota tai aiheuttaa asiakkaassa muutosvastarintaa. Eräässä haastattelussa asiakas kertoi työntekijän aloittaneen kotikäynnin toteamalla:

”Taasko sä alotit!”

Koski-Jännes (2008, 61) painottaa, että retkahduksen jälkeen työntekijän rooli on pikemminkin auttaa asiakasta löytämään vaihtoehtoisia selviytymiskeinoja. Työntekijän supportiivista suhdetta kotihoidon asiakkaaseen tarvitaan, sillä ikäihmisen alkoholin käytön muutosprosessiin kuuluvat yleensä hyvä motivaatiotaso mutta myös ongelman uusiutumisen seurauksena kovat laskut pettymyksineen. Tällöin ei asiakasta jätetä yksin, vaan autetaan häntä palaamaan muutokseen ja annetaan tunnustusta myönteisten vaihtoehtojen harkitsemisesta. Polkumme kohtaan retkahdus tulikin ohjeita asiakkaan kohtaamiseen sekä myös työntekijän tunteiden käsittelyyn ja eettisten kysymysten pohtimiseen. On tarpeen käydä läpi myös asiakkaan tunteita kuten pettymystä ja häpeää. Tällöin on myös käytävä läpi asioita ja tunteita, jotka johtivat retkahdukseen.

”Niin työntekijöiden kuin omaisten on osattava sanoa huoli näitisi”

Kaksi haastateltavista kotihoidon asiakkaista kielsi kokonaan käyttävänsä alkoholia ongelmallisesti. Muutoksen vaihemallin mukaan esiharkintavaiheessa olevien asiakkaiden puolustuskeinoja ovat juuri haastatteluistakin esille tulleet kieltäminen ja alkoholin käytön vähättely. Myös hyvät selitykset ja puolustusreaktiot kuuluvat kuvaan vaiheessa, jossa muutosta vastustetaan. (Ruisniemi 2008.) Koski-Jänneksen (2008, 61) mukaan Miller on taulukossaan esitellyt muutoksen vaihemalliin sopivia motivointistrategioita eli käytännön keinoja, joihin työntekijä voi tarttua kohdatessaan muutosvastaisen asiakkaan. Työntekijä ilmaisee huolensa esittämättä syytöksiä. Hän pysyy tosiasioissa, puhuu suoraan esimerkiksi käytön riskeistä ja antaa palautetta unohtamatta myönteisen palautteen merkitystä esimerkiksi asiakkaan juomattomista jaksoista.

Läsnäolo ja luottamuksellisen suhteen luominen asiakkaaseen on keskeistä. On tärkeää ottaa selvää asiakkaan ajatuksista koskien ongelmaansa ja tarttua pienimpäänkin keskustelusta työntekijän avulla heränneeseen epäilyyn. Tässä vaiheessa voidaan asiakkaan kanssa tutkia alkoholinkäytön tuomia etuja ja haittoja, joista keskustelu tuli esille myös työntekijöille suunnatun kyselyn vastauksista. Levon (2011b) mukaan voi olla helpompi aloittaa keskustelu eduista. On myös muistettava keskustelun lopetuksesta se, että asiaan palaamisen seuraavallakin kerralla täytyy olla mahdollista.

Kehittämistyöryhmän tapaamisessa syyskuussa 2011 syvennyttiin etenkin eettisten periaatteiden toteutumiseen ikäihmisten päihdetyössä. Myllymäki (2011a) esitteli Suomen mielenterveysseuran hyvän hoidon 10 käskyä kytkettynä erääseen kuvitteelliseen elämäntarina (Nykky ym. 2010, 106–109). Siinä viitattiin muun muassa ikään-tyneen asiakkaan oikeudesta itsemääräämiseen, yksityisyyteen ja hyvään elämään. Samoja teemoja nousi mieleemme joidenkin haastateltaviemme luona käynnin jälkeen. Jossain tilanteessa ryyppykaverien majailu asiakkaan asunnossa voi näyttää hyväksikäytöltä, mutta asiakas kokee heidät kavereina, osana hyväksi kokemaansa elämää. Asiakkaan vieraat ovat tämän yksityisasiä, eikä voida moralisoida, vaikka työntekijän silmissä toiminta hyväksikäytöltä näyttäisikin. Omasta turvallisuudesta on kuitenkin pidettävä huolta, joten ryyppyporukan ollessa paikalla on parempi kehottaa tätä siirtymään esimerkiksi toiseen huoneeseen. Riskitilanteessa tulee käynti jättää toiseen kertaan tai tulla työparin kanssa uudelleen.

5.2 Työntekijöiden kyselyjen tuloksia

Tarkastellessa ikäihmiselle suunnattujen päihdepalvelujen nykytilannetta työntekijöille tekemistämme kyselyistä nousee vahvuuksina ensisijaisesti yhteistyö kotihoidon eri toimijoiden tasolla. Tässä vastaajat tarkoittivat mielenterveys- ja päihdetiimistä saatavaa ohjausta, neuvontaa ja tukea. Eräskin vastaaja kertoo tiimillä olevan osaamista, valmiutta, aikaa ja halua kohdata ikäihminen, jolla on päihdeongelmia. Tiimin tehtävänkuvaa kuuluvatkin toisten tiimien aloitteesta tapahtuvat kotikäynnit. Tiimillä on ajantasainen tietotaito, jota he ylläpitävät kouluttautumalla. Osa vastaajista ei löytänyt mitään vahvuuksia nykyisistä ikäihmisten päihdepalveluista.

Nykytilanteen epäkohtina nousee kyselyistä esille ikäihmiselle suunnattujen päihdepalvelujen ja resurssien vähäisyys. Mietimme sitä, että onko kyseessä tietoinen priorisointi eli tuottavat kansalaiset ensin vai riittämätön tiedottaminen epäkohdista? Julkisessa päätöksenteossa tämä kuitenkin näkyy asenteena ja taloudellisina satsauksina muualle, ja siihen pitäisikin reagoida jo jakamattomaan ihmisarvoon nojaten. Asiakkaiden lisääntyneet liikkumisvaikeudet ja muu huonokuntoisuus häpeän lisäksi vaikeuttavat palveluihin hakeutumista. Alkoholista johtuvat toistuvat kaatumistapaturmat voivat erään työntekijän mukaan aiheuttaa sen, että hoito suuntautuu toistuvasti ensiapuun, erikoissairaanhoidon tai terveyskeskuksen vuodeosastolle varsinaisen motoriikan pettämisen syyn jäädessä piiloon. Näin ollen varsinainen päihdeongelmaan puuttuminen jää akuutimman toimenpiteen taakse, koska alkoholinkäytöstä ei edes kysytä. Eräässä vastauksessa esitettiin kritiikkiä diagnoosin puutteesta, joka olennaisesti vaikeuttaa päihdeongelmaisen hoitoa. Alkoholinkäyttö tapahtuu ikäihmisillä yleensä kotona ja salassa, joten muun muassa toistuvien tapaturmien myötä terveydenhuollon henkilöstöllä hälytyskellojen pitäisi soida. Kotihoidon henkilöstö näkee ongelmat kotioloissa, kun taas lääkäri vastaanotollaan on asiakkaan kertomuksen varassa. Kokonaisvaltaista hoitotyötä ajatellen työntekijöiltä nousi huoleksi hoidon jatkumattomuus, joka torpedoi jo tehdyt hoitotoimenpiteet. Asiakkaan kuntoutuksen ja hoidon toteutumiseen vaikuttaa kyselyn mukaan myös se, että ikäihminen päihdeongelmineen hakeutuu työikäisiä harvemmin hoitoon esimerkiksi A-klinikalle.

Jonkun vastaajan mukaan asiakkaiden muistisairaudesta johtuvat ongelmat vaikeuttavat päihdelähtöisen työn tekoa. On turhauttavaa todeta asiakkaan unohtaneen kaiken sen, mistä edellisellä kerralla on puhuttu. Työntekijä tarvitseekin tietoa myös muistisairaahan alkoholinkäyttäjän kohtaamiseen ja kuntoutumista edistävään hoitotyöhön. Tietotaidon lisäämistä tarvitaan myös alkoholinkäyttöön puuttumisen ajankohdasta ja myös pakkohoitoon määräämisen edellytyksistä. Työntekijöiden koulutus on ensiarvoisen tärkeää myös paljon lääkkeitä käyttävän asiakasryhmän osalta, mutta työkaluja lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista puhumiseen on jo olemassa. Polullemme tuli linkki lääkitys, joka sisältää lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäytön riskejä.

Kyselyn vastauksissa tuli esille muun muassa asiakkaan väkivaltaisen käyttäytymisen varalta kotikäyntien turvallisuus, johon on panostettu esimerkiksi parityöskentelyn lisäämisenä. Keräsimme polullemme työturvallisuuslinkin alle yleisiä ohjeita työtur-

vallisuudesta sekä organisaation että työntekijän kannalta. Linkin ohjeistusta voi koti-hoidossa täydentää esimerkiksi arviointilomakkeiden ja organisaation omien ohjeis-tusten mukaisesti, jotka löytyvät kotihoidon omasta turvallisuuskansiosta.

Kyselystä nousi esiin tarpeina henkilökunnan koulutuksen järjestäminen ikäihmisten päihteidenkäytöstä. Käytännössä koulutuksiin ja erilaisiin ammattitaitoa lisääviin foo-rumeihin on vaikea osallistua, koska sijaisiin ei ole resurssoitu tarpeeksi. Tähän men-nessä on jouduttu pohtimaan, miten koulutuksessa olevan työt jaetaan. Mahdollisten uusien työntekijöiden perehdytys olisi hoidettava siten, että sijaistettavan tehtävät hal-litaan. Kyselystä tulee myös esille se, että asiakkaille tarkoitettuja monipuolisesti toi-minnallisia ryhmiä tarvittaisiin enemmän ja näille ryhmille myös lisää tiloja ja ohjaa-jia.

Ikäihmisen on työntekijöiden mukaan erittäin vaikea päästä omasta tahdostaan katkai-suhoitoon. Eräs kotihoidon työntekijä mainitsi A-klinikkakäynnillä vaadittavan nolla-toleranssin vaikeuttavan myös ikäihmisten kohdalla hoidon toteutumista. Kotihoidon osalta koulutuksen järjestäminen kotihoidon henkilöstölle koettiin kyselyssä suurena haasteena ikäihmisten päihdelähtöisessä työssä. Lisääntyvä vanhusten määrä korreloi myös lisääntyneiden ikäihmisten päihdeongelmien kanssa, mutta vanhuspalveluihin ei resurssoida samassa suhteessa säästöihin vedoten. Hyvinvointiteknologiaa hyödynne-tään, mutta se ei työntekijän mielestä tuo vastausta ihmislähtöiseen palvelun- ja hoi-dontarpeeseen. Haasteellisena nähdään esimerkiksi työntekijän selvästi näkemän mut-ta asiakkaan kieltämän ongelman puheeksiotto ja siitä eteneminen. Ennakointi eli pu-heeksiottotilanteeseen valmistautuminen voi Levon (2008, 64–65) mukaan auttaa työntekijää. Tällöin hän on miettinyt tilanteeseen liittyviä tekijöitä ja esimerkiksi kir-jannut ylös huolensa ja keskustellut muiden työntekijöiden kanssa. Myös oikean pai-kan ja ajan valitseminen puheeksiotolle on hyvä miettiä etukäteen. Levo ym. (2008, 65) jatkaa, että suoraan viestintään on kiinnitettävä huomiota eli mietittävä se, miten asia otetaan puheeksi eksymättä sivuraiteille. Ennakointiin kuuluu myös se, että on otettu selvää asiakkaan taustasta, ja sen mukaan lähestytään asiakasta tämän erityis-piirteet huomioonottaen – kuitenkin itse asiassa eli juuri tämän asiakkaan alkoholin-käytössä pysyen. Puheeksioton ennakointi liittyy ammatilliseen osaamiseen siten, että siitä tuli tärkeä elementti polkuumme. Erään vastaajan mukaan myös eettisten kysy-mysten pohtimista ja asenteiden tarkastelua käytännön työssä tulisi lisätä.

Asiakastyön menetelmät ja työkalut

Säännölliset kotikäynnit kuuluvat oleellisesti kotihoidon työhön, mikäli asiakas tarvitsee apua arjen toiminnoissaan. Myös seurantakäynnit esimerkiksi lääkehoidon aloituksen jälkeen kuuluvat suunnitelmalliseen ja ennaltaehkäisevään asiakastyöhön. Asiakkaan tilanne kartoitetaan havainnoimalla asiakkaan käytöstä ja ympäristöä sekä haastatteleamalla häntä, jolloin päästään hyödyntämään työntekijän kokemustietoa mahdollisesta päihdeongelmasta. Kartoituksessa tulee selvittää myös asiakkaan sosiaali- ja terveyspalvelut ja etuudet. Näiden pohjalta puututaan epäkohtiin varhain ja vahvistetaan asiakkaan asemaa. Varhainen puuttuminen löytyy lyhyesti omana linkkinään polun varrelta, koska se liittyy läheisesti puheeksiottamiseen, josta on enemmän kerrottu omassa linkissään. Mukana on esimerkiksi hoito- ja palvelusuunnitelmien seuranta.

Kotihoidon henkilöstön työskentelytapoihin kuuluu asiakkaan tukeminen, yksilöllinen ohjaus ja neuvonta unohtamatta asiakkaan aktiivointia esimerkiksi omahoitoon. Työssä korostuu myös työntekijän rooli kannustajana päihdeidenkäytön vähentämiseen. Asiakasta voidaan motivoida myös keskustelujen avulla, joissa myös etsitään yhdessä positiivisia asioita asiakkaan arjesta. Tällöin voidaan myös tukea häntä oivaltamaan omien voimavarojensa mahdollisuudet ja ottamaan ne käyttöön. Työntekijän rooli tärkeänä tukijana korostuu silloin, kun tämä on asiakkaan ainut kontakti kodin ulkopuolelle. Kyselyssä tulee esille myös päivätoiminnan ja intervalli- tai kuntoutusjaksojen hyödyntäminen asiakkaan elämäntilannetta helpottavina ratkaisuin. Kotona selviytymistä tuetaan myös konsultoimalla erityistyöntekijöitä esimerkiksi apuvälinekartoituksessa.

Kysyttäessä työntekijöiden käyttämistä menetelmistä esille nousee näyttöön perustuva mini-interventio, joka on alkoholin riskikulutuksen tunnistamiseen käytetty työkalu. Levon ym. (2008, 68) mukaan tämä lyhytneuvonta soveltuu monien työntekijäryhmien käyttöön paitsi varhaiseen tunnistamiseen myös tukemaan ja motivoimaan asiakasta. Riskikäytön tunnistaminen, motivoiva neuvonta, muutoksen suunnittelu ja muutoksen tuki ovat neljä mini-interventiomalliin sisältyvää aluetta. Niissä työntekijän rooli on asiakasta motivoiva, tiedottava ja päätöksenteossa tukeva. Mini-interventio asettui

Kehittämiskeskus Tyynelän Seniori-projektin senioripäihdevastuuhenkilö-koulutuksen (2009–2011) aineistoista luontevasti esiharkintavaiheen työvälineeksi.

Kotihoidossa on käytössä myös muita keinoja, hyviä käytäntöjä ja erilaisia mittareita, joiden kehittäminen, levittäminen ja käyttöönotto on ensiarvoisen tärkeää työn helpottamiseksi. GDS-15-depressioseula tai BDI-Beck ovat masennuksen tunnistamiseen käytettyjä mittareita. Yli 65-vuotiaiden alkoholimittari vanhusten päihteidenkäytön tunnistamiseen tuli käyttöön vuoden 2010 lopusta ja ainakin mielenterveys- ja päihde-tiimi käyttää sitä. Polultamme asiakkaan harkintavaiheesta löytyy linkit niin asiakkaan kuin työntekijänkin tulostettavaan versioon. On kuitenkin huomioitava, että alkoholi-mittariin on perehdyttävä, kuten esimerkiksi alkoholiriippuvuusoireiden tunnistami- seen tarvitaan koulutusta. Se ei myöskään ole tarkoitettu diagnoosin tekoa varten, vaan se antaa suuntaa sille, tarvitaanko seurantaa tai jatkotoimenpiteitä.(Kejonen, 2011.) Vaikka kyselyyn vastanneet eivät maininneet yli 65-vuotiaiden voimavaramit- taria, se on käsityksemme mukaan hyvä keskustelun apuväline. Myös Kejonen (2011) tuo esille voimavaramittarin, joka on ladattavissa yli 65-vuotiaiden alkoholimittarin ohella Alkoholiohjelman sivuilta. Käytössä on myös MMSE-testi muistiongelmien varhaiseen tunnistamiseen, koska muistiongelmät ja päihteidenkäyttö liittyvät usein yhteen.

Työntekijöiden haastatteluista ei tullut esille ikäihmisille soveltuvaa CAGE-testiä, joka Nykyn ym. (2010,18) mukaan on kansainvälisesti laajasti käytössä. Kotihoidossa kaivataan uusia työvälineitä, joten tämä yksinkertainen, vain neljä kysymystä sisältävä kyselytesti voisi olla työntekijöiden käytössä myös siellä. Keskustelun herättelijänä ja täydentävänä tiedonsaantimenetelmänä CAGE-testi päätyi siis polullemme tunnistami- nen-linkin alle. Linkistä löytyy myös vinkkejä riskikulutuksen merkkien tunnistami- seen, sillä kotihoidon henkilöstön rooli on merkittävä varhaisen vaiheen tunnistami- sessa ja puuttumisessa. Mts. 18–19 sanotaan, että asiakkaalle voi suositella juomapäi- väkirjan pitoa. Sen avulla hän voi itse tarkkailla alkoholin kulutustaan ja verrata sitä yleisiin suosituksiin. Päiväkirjaa voi takautuvasti täyttää myös asiakkaan kanssa, jol- loin voidaan yhdessä tarkastella edeltävien viikkojen alkoholinkäyttöä. Polun vaiheis- sa voi juomapäiväkirjaa hyödyntää sekä harkinta- että päätöksentekovaiheessa. Har- kintavaiheessa juomapäiväkirjaa voidaan Myllymäen (2011b) mukaan pitää viikon verran, kun taas päätöksentekovaiheessa puhutaan 1–3 kuukaudesta. Päätöksenteko-

vaiheessa voidaan kartoittaa asiakkaan juomahistoriaa, mikä Laapion (2009, 72) mukaan on erityisen tärkeä tehdä ilman moralisointia. Historian läpikäynti auttaa ikäihmistä tiedostamaan juomisen yhteyden esimerkiksi hänen elämänsä ja läheissuhteisiinsa.

Asiakaskeskeiseen kotihoidon työhön kuuluvat luonnollisesti myös sairaanhoidolliset toimenpiteet kuten verinäytteiden otto ja haavahoidot. Mahdollisen päihdeongelman jäljille voi päästä osaltaan myös kokeiden perusteella, muun muassa heittelevä sokeritasapaino tai mitattu kohonnut verenpaine saattaa kieliä alkoholin ongelmallisesta käytöstä.

Asiakkaan omaisten kanssa tehtävä yhteistyö on kotihoidon perustyötä. Asiakkaan ja hänen omaistensa kanssa käytävissä keskusteluissa voidaan esimerkiksi täsmentää yhteisiä tavoitteita. Tässäkään kohdassa ei saa unohtaa asiakkaan osallisuuden vahvistamista. Työntekijä voi olla apuna myös haasteellisessa kontaktien uudelleenluomisessa läheisiin.

Keskeisenä kotihoidon työssä on esimerkiksi päihdetyön yhteistyö- ja asiantuntijaverkoston hyödyntäminen, mistä voi saada tukea asiakkaan tilanteen selvittämisessä ja sitä kautta hänen tarvitsemiensa palvelujen järjestämisessä. Päätöksentekovaiheeseen polulle tuli siis toimintavaihtoehtojen ja palvelujen etsintä, joka tarkoittaa siis työntekijän roolia etsiä asiakkaan kanssa auttavia keinoja eri palvelujen tarjoajilta kuten seurakunnan diakonityöltä tai edunvalvonnalta. Yhteistyötahojen kyselyissä tuli esille esimerkiksi seurakunnalta saatava päihdetyön konsultaatiomahdollisuus ja asiakkaan tilanteen kartoitusapu. Päätöksentekovaiheessa siis arvioidaan palvelujen tarvetta ja annetaan ohjausta.

Yhtenä teemana käytettävistä menetelmistä nousee olemassa olevan tiedon jakaminen esimerkiksi esitteiden muodossa. Otetaan selvää! Ikäihmiset ja alkoholi-vihkonen on työntekijälle kirjallinen apuväline asiakkaalle jaettavaksi. Tietopakettia esimerkiksi lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista voi käydä asiakkaan kanssa neutraalisti keskustellen läpi, mutta se toimii myös asiakkaalle omaehtoisen tutustumisen välineenä (Levo 2008, 69). Vihkonen vastaakin (mt) ikäihmisille kehitettyä omaa Audit-testiä. Esite löytyy polultamme asiakkaan esiharkintavaiheessa hyödynnettävistä työ-

välineistä. Eräs työntekijä mainitsee asiakkaan ohjaamisen esimerkiksi päihdehuollon hoitoon tai kuntoutukseen.

Työntekijöiden nykyiset valmiudet kohdata päihdeasiakas

Työntekijöiden kyselyssä tuli esille tarve päihdetyön lisäkoulutuksesta. Osaamistarpeista mainittiin esimerkiksi kohtaaminen, hoito ja muut haasteet ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa. Mielenterveys ja päihdetiimin jäsenien saamaa koulutusta päihdetyön perusteista ja käsitteistä haluttiin myös muiden tiimien työntekijöille ottaen huomioon, että niilläkin on päihdeasiakkaita, jotka eivät täytä kyseessä olevan tiimin kriteerejä. Päihdetyön perusosaamisen puuttuminen vaikeuttaa puheeksiottamista ja asiaan puuttumista kotikäynneillä, vaikka se olisi tärkeää terveyden ja toimintakyvyn säilymisen näkökulmasta. Eräs vastanneista toivoikin hallitsevansa paremmin erilaisia puuttumisen ja puheeksiottamisen keinoja. Kotihoidon koko henkilöstölle järjestettävä ikääntyneiden päihdetyötä käsittelevä koulutus on ensiarvoisen tärkeä järjestää, mutta polullemme nostimme jo joitakin päihdetyön perusteita ja peruskäsitteitä. Rohkeus ja taito ottaa päihdeasioita esille lisääntyvät henkilökunnan koulutuksen ja erilaisten projektien myötä.

Asiakkaan hoidon järjestäminen on ongelmallista, koska vastaajan mukaan hoitopaikkoja, johon ohjata, ei yksinkertaisesti ole. Suhtautuminen alkoholiin on monilla työntekijöillä yhden vastaajan mukaan syyllistävää ja tuomitsevaa, joten työntekijältä vaaditaan omien asenteiden tarkastamista. Turhautuminen seuraa keinottomuudesta tilanteessa, jossa asiakas vain juo. Yhdessä vastauksessa toivottiin toimintasuunnitelmaa eli konkreettista toimintaohjetta ongelmatilanteisiin. Vastauksissa toivottiin tiiviimpää yhteistyötä verkostojen, esimerkiksi sosiaalitoimen kanssa, jotta eri tahojen vastuut ovat tiedossa asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamiseksi. Eräs vastanneista arvioi oman työn kannalta tärkeäksi esimiehen tuen ja asenteen, sekä toinen korosti koko työyhteisön tukea. Työntekijä toivoi kirjallista materiaalia päihdeasioista.

Vastauksista tuli esille, että kuntouttavassa hoitotyössä on tärkeää sitouttaa asiakas omaan hoitoonsa. Kotihoidossa pyritään kannustamaan asiakkaan omatoimisuutta päivittäisissä toimissa ja tukemaan olemassa olevia voimavaroja. Mielekästä tekemistä pitää tarjota esimerkiksi päivätoiminnan muodossa vaihtoehtoina juomisen tilalle.

Psyykkistä kuntouttavaa hoitotyötä toteutetaan myös asiakkaan verkostoa kartoittamalla ja rohkaisemalla häntä sosiaaliin tilanteisiin.

Päihdehuollon palvelut ikäihmisille

”Verkosto on epäselvä, selkeä hoitopolkuohje puuttuu tai se ei ole käytössä” - tyyppinen vastaus on tavallinen kysyttäessä työntekijöiltä verkoston toimivuudesta. Asiakkaan asioissa tehdään yhteistyötä usean tahon kanssa, esimerkiksi kaupungin sosiaali-toimen, edunvalvonnan, A-klinikan, terveyskeskuksen ja Mikkelin keskussairaalan osastojen kuten Moision psykogeriatrian poliklinikan, mielenterveysyhdistysten, omaisten ja päivätoiminnan. Niin sanottuja verkostopalavereja ei juurikaan pidetä. Asiakkaan kotiutuessa Moisiosta, hoitopalaveri pidetään. Myös kaupungin mielenterveysyksikön kanssa pidetään hoitopalaverit asiakkaan siirtyessä kotihoitoon. Kotihoi-don sisällä yhteistyö toimii hyvin muiden tiimien, SAS-hoitajien, lääkäreiden, sosiaa-lityöntekijän, muistihoitajien ja fysioterapeutin kesken. Edunvalvonnan ja aikuissosi-aalityön kanssa on ajoittain vaikeutta lähinnä työntekijöiden kiinnisaamisessa kiireel-lisissä tilanteissa. Hoitoonohjaus ja jaksojen järjestäminen ollut joskus hankalaa, jos asiakas ei ole ollut vanhuspalvelujen asiakas. Ongelmana on koettu se, ettei tiedetä minkä hoitojärjestelmän piiriin kukakin asiakas kuuluu.

Päihdeasiakas koetaan kotihoidossa haasteellisena ja aikaa vievänä, koska hänen on-gelmansa ovat laaja-alaisia, esimerkiksi somaattisen sairauden hoito vie aikaa päihde-työltä. Panostamista ikäihmisten päihdetyöhön tarvitaan, koska puuttumisen kautta saadaan vähennettyä esimerkiksi kaatumisia ja tapaturmia. Päihdetyö kotihoidon asi-akkaiden parissa vähentää siis sairaalapäiviä, joten myös kustannukset kaupungin osalta pienenevät.

5.3 Yhteistyötahojen kyselyjen tuloksia

Kotihoidon yhteistyötahoilta palautuneita vastauksia käsitellessämme useimmista tuli esille alkoholiongelman kytkeytyminen mielenterveysongelmiin, joihin kyselyyn vas-tanneet yksiköt olivat pääsääntöisesti keskittyneet. Vaikka näin on, niin näissä yhteyk-sissä käsitellään usein myös päihdeongelmia. Kotihoidon kanssa tapahtuva asiakasyh-teistyö voi koostua esimerkiksi sairaalan osastolta kotiutuksen yhteydessä järjestettä-

vistä yhteistyö- ja verkostopalavereista sekä muista hoitoneuvotteluista. Puhelinneuvotteluissa ja muissa keskusteluissa voidaan sopia asiakkaalle järjestettävistä tukitoimista esimerkiksi edunvalvonnan osalta. Myös seurakunta toimii yhteistyössä kotihoidon kanssa, esimerkiksi kotihoito voi konsultoida seurakunnan päihdetyöntekijöitä. Seurakunnan diakoniatyöstä voidaan kotihoidon pyynnöstä järjestää kotikäynti asiakkaan tilanteen kartoituksen ja jatkotoimenpiteiden kuten tukihenkilön järjestämisen tiimoilta. Asiakkaita voidaan ohjata myös seurakunnan vertaistukiryhmiin, joihin kyselyyn vastanneen diakonin mukaan on matala kynnyks. Myös psykogeriatrisen poliklinikan toimintaa on tarvittaessa mahdollista kehittää kotihoidon kanssa yhteistyössä vertaistukiryhmien muodossa.

Yhteistyö kotihoidon henkilöstön kanssa toteutuu parhaimmillaan vapaamuotoisten ja työnohjauksellisten keskustelujen muodossa, jolloin saadaan neuvoja ja vinkkejä työskentelyyn puolin ja toisin. Tällaista yhteistyötä kotihoidon henkilöstöllä on esimerkiksi psykogeriatrisen poliklinikan kanssa. Sieltä kerrotaan, että yhteistyö Mikkelin kotihoidon kanssa on sujuvaa ja luontevaa sekä tukee potilaan turvallista kotiutumista. Ikäihmisten parissa työskentelevien tahojen yhteistyön vaikuttavuutta ja verkostoitumista pyritään parantamaan kerran tai kaksi vuodessa järjestetyin koulutuksin sekä järjestämällä kaksi kertaa vuodessa yhteistyöpalaveri, jossa on kotihoidon lisäksi myös muita psykogeriatrisen poliklinikan yhteistyötahoja.

Kotihoidon asiakkaiden sosiaalityö hoituu kaupungin vanhuspalvelujen sosiaalityöntekijöiden toimesta, joten aikuissosiaalityön kautta hoidetaan kotihoidon vanhusasiakkaiden osalta vain hakeutuminen laitospäihdekuntoutukseen. Kaikki yhteistyö tapahtuu asiakaskohtaisesti ja ennalta sovitusti. Sosiaalitoimesta kerrotaan, että tarvetta päihdekuntoutukseen ohjaamiselle on ollut sängen harvoin.

Tiiviimpää yhteistyötä kotihoidon kanssa toivotaan esimerkiksi mielenterveyden alalla olevien yhteisöjen kanssa, onhan kyse molemmilla kuitenkin yleensä samoista asiakkaista. Esimerkiksi mahdollista voisi olla, että Mielenmajaan tutustumisia järjestettäisiin koko kotihoidon henkilöstölle. Näin he osaisivat kertoa asiakkaille yhdistyksen tarjoamista palveluista. Myös psykogeriatrian poliklinikalla nähdään yhteistyö kotihoidon kanssa tärkeänä ja lisääntyvänä. Toiveena on yhteistyön kasvaminen ja kehit-

tyminen avoimen keskustelun ja suunnittelun avulla. Tämä on heidän mielestään tärkeää myös päällekkäisen työn välttämiseksi.

Asiakkaan hoitoketjun mallinnusta rakentaessamme mietimme näiden esille tulleiden päihdetyön palveluiden toiminnallista porrastusta. Polulta näkee kuntouttavan laitoshuollon kuten Tuustaipaleen kuntoutuskeskuksen tai kuntouttavan työn avoimuudessa esimerkiksi A-klinikan tai diakoniatyön osuudet asiakkaan muutosprosessissa. Asteittain kevenevä tuki huomioi asiakkaan toimintakyvyn ja elämänhallinnan palautumisen palvelukokonaisuuden hänen omassa elinympäristössään. Hänen vaikutusmahdollisuuksiaan, sosiaalista toimintakykyään ja osallisuuttaan on pyritty lisäämään kannustamalla häntä vertais- ja muuhun vapaaehtoistoimintaan.

5.4 Kehittämistyöryhmästä aihioita polulle

Opinnäytetyömme tiimoilta olimme kiinnostuneita ikäihmisten päihdetyön kehittämisestä ja pääsimme sen keskiöön saadessamme olla mukana vuoden 2011 aikana Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa Vanhus Kaste II-hankkeen kehittämistyöryhmässä, jossa kehitettiin päihdetyötä luomalla uutta toimintamallia kotihoitoon. Kehittämisprosessi oli yhteinen Etelä- ja Pohjois-Savon kunnille, joiden kotihoidon henkilöstöä, lähiesimiehiä ja päihdetyöstä vastaavia henkilöitä oli kutsuttu työryhmään. Yhteistyössä oli mukana Sininauhaliiton Liika on aina liikaa-hankkeen ja sen osahankkeiden edustajia, joilta saimme hyödyllistä tietoa ja materiaalia polun laadintaan. Saimme lisäoppia päihdetyön perusteista, työmenetelmistä ja -välineistä alan tämänhetkisiltä huippukehittäjiltä. Osallistuimme kolmena päivänä (24.5., 22.9. ja 29.11.2011) kehittämistyöryhmän koulutuksiin. Meitä pyydettiin mukaan myös Ikäihmiset ja päihteet: Laskeeko aurinko pulloon-foorumiin ehkäisevän päihdetyön teemaviikolla, jossa esittelimme opinnäytetyötämme polun aihioineen, eli mitä kehittämistyötä olimme omalta osaltamme ikäihmisten päihdetyön tiimoilta siihen mennessä tehneet.

Polun laadinnassa olemme hyödyntäneet Kehittämiskeskus Tyynelän Senioriprojektin senioripäihdevastuuhenkilöiden prosessikoulutuksissa työstämiä teemoja. Koulutuksessa (2009–2011) syntyi monialaisena yhteistyönä Käytännön työn apuvälineistä yhdistettynä motivoiviin menetelmiin-malli, jonka rakentamisessa on hyödyn-

netty Valma-hankkeen motivoivan kohtaamisen materiaalia ja Prochaskan muutosvaihemallia (Myllymäki 2011c). Tämä helpotti merkittävästi muutosvaihemallin kohdistamista polkumme työvälineitä ja keinoja käsittelevään sarakkeeseen. Olimme jo aikaisemmin konkreettisesti suunnitelleet samoja työmenetelmiä ja -välineitä tulevan polun varrelle, mutta Myllymäen esityksen jälkeen oli helpompi lähteä työstämään ja avaamaan niitä laajemmin polun malliin sopiviksi. Näin löysi paikkansa esimerkiksi Seniori-projektissa tuotettu opinnäytetyö Selvästi seniori-opas asiakkaalle ja tietopaketti työntekijälle (Ahola ym. 2009) muutosvaihemallin harkintavaiheeseen kohdistettuna.

Hyödynsimme polun prosessien mallintamisessa tietoteknologiaa. Polun teknisessä rakentamisessa auttoivat internetistä löytyneet visuaaliset ohjeistukset, joiden lisäksi tietotekniikkaa opiskellut ystävä antoi panoksensa polun linkitykseen. Oli tarkoituksenmukaista edetä polun linkkien osalta hyödyntäen sovitusti muun muassa Sininauhaliiton projektisuunnittelija Tarja Levon (2011a, b) koulutuksessa esittelemiä päihdetyön perusteita ja työkaluja. Lähdeviitemerkinnöistä voi nähdä, että hänen ajatuksiaan olemme hyödyntäneet esimerkiksi puheeksiotto-osiossa. Levon tapa esittää asia lyhyesti ja ytimekkäästi sopii hyvin kyseessä olevaan toimintaa selkiyttävään työvälineeseen.

6 POHDINTA

Jo projektivuotenumme mietimme omaa huoneentaulua ikäihmisten päihdetyötä tekeville eettisiksi toimintaohjeiksi (LIITE 5). Halusimme hyödyntää niitä ja verrata niiden toteutumista myös kehittämässämme polun mallissa. Nämä toimintaohjeet antoivat meille paljon miettimistä, sillä halusimme, että huomioon otettaisiin kunkin asiakkaana olevan ikäihmisen elämäntilanne ja -historia. Olemme pohtineet koko opinnäytetyöprosessimme ajan ikäeettistä päihdetyötä, ja se näkyy työssämme. Olemme ottaneet huomioon ikääntyneen asiakaskunnan erityispiirteet. Samoin olemme kertoneet polun toteutuksesta rehellisesti ja merkinneet kootut tiedot lähdeviittein siten, että lähteen kirjoittaja tulee selvästi esille. Toimintamme on ollut avointa ja läpinäkyvää, mikä näkyy esimerkiksi siten, että olemme kysyneet luvan käyttää lähteinä kehittämistyöryhmässä esiteltyjä aineistoja suoraan niiden laatijoilta. Työntekijöiltä olisimme saaneet enemmän tietoa ja apua polkumme luomiseen asiakkaille tekemämme kalta-

sen teemahaastattelun kautta. Valitettavasti kotihoidon työntekijöiden kiireisen aikataulun ja oman aikamme sovittamisen välillä ei kuitenkaan löytynyt sopivaa aikaa.

Asiakkaan elämänhallinnan tukeminen näkyy polussamme siten, että olemme pyrkineet antamaan työntekijälle eväät löytää joustavasti kunkin asiakkaan sopivin palveluratkaisu yhdessä asiakkaan ja tämän omaisten kanssa. Olemme pitäneet huolen haastateltaviemme oikeudesta yksityisyyteen ja henkilökohtaiseen tietosuojaan. Missään opinnäytetyömme kohdassa ei tule esille tietoja, jotka voisivat identifioida asiakkaita tai työntekijöitä heidän mielipiteisiinsä tai kokemuksiinsa. Olemme hävittäneet päiväkirjamme muistiinpanot käsittelymme jälkeen, vaikka ne eivät sisältäneet henkilötietoja. Olemme olleet luottamuksen arvoisia ja emme ole puheissamme emmekä kirjoituksissamme tuoneet esille arkaluontoisia tietoja kotihoidosta, sen henkilökunnasta emmekä sen asiakkaista. Olemme pyrkineet raportissamme todenmukaisuuteen, objektiivisuuteen ja puolueettomuuteen.

Se, että pääsimme verkostoitumaan Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa Vanhus Kaste II-hankkeen kanssa oli kehittämistyöprosessimme kannalta rikastuttavaa ja monipuolistavaa. Vaikka pyysimme palautetta työvaiheessa olevan polkumme mallista ja sen elementtien sopivuudesta muun muassa kotihoidon johdolta ja lähiesimiehiltä, varsinaiseksi arvioinniksi ohjaavan opettajan lisäksi jäi työryhmätapaamisissa saamamme kehittämis ehdotukset ja ideat. Olisimme odottaneet ehkä enemmänkin konkreettisia kehitysideoita ja kommentteja sen toimivuudesta tulevalta käyttäjäryhmältä. Ilman työntekijöiden kommenttien ja mahdollisten muutosehdotuksien huomiointamista organisaation koko henkilöstön voi olla vaikea sitoutua toimintamalliin.

Opinnäytetyöprosessimme on ollut todella haastava mutta äärimmäisen mielenkiintoinen. Aiheen löysimme jo projektivuotemme aikana kartoittaessamme ikäihmisten päihteidenkäyttöä Mikkelin alueella, mikä antoi hyvän ja laaja-alaisen pohjan opinnäytetyön tekemiselle. Jo tuolloin tuli polun toteuttamisen haasteellisuus ilmi kotihoidon työn koventuneina vaatimuksina, sillä kyseessä oleva ilmiö oli kyselymme mukaan lisääntymässä. Halusimme kuitenkin ryhtyä työhön sen ajankohtaisuuden ja työelämästä tulleiden tarpeiden vuoksi. Halusimme myös kohdata jo opiskelumme aikana työelämän haasteita ja kerätä eväitä tulevaa työsarikaamme varten. Sopimuksen opin-

näytetyön tekemisestä solmimme kotihoidon tulosityksikön esimiehen kanssa (LIITE 6).

Alkuponnistelujen jälkeen pääsimme hyvin sisälle kehittämistyöhöemme, sillä Mikkelissä toimi vuoden 2011 aikana Vanhus-Kaste II-hankkeen päihdetyön toimintamalli kotihoitoon–kehittämistyöryhmä. Löysimme siellä ollessamme opinnäytetyöhöemme uusia näkökulmia ja työvälineitä, mikä vahvisti ammatillista osaamistamme. Matkan varrella tutuiksi tulleissa kehittämistyöryhmätapaamisissa saamamme laajat opit ovat olleet opinnäytetyömme parasta antia, olihan Sininauhaliiton ja Tyynelän kehittämisskeskuksen rautaisten ammattilaisten pitkä kokemus ja asiantuntijuus meidän käytettävissämme. Näin pääsimme läheltä seuraamaan ja peilaamaan jo toteutettuja työelämän hyviä käytäntöjä, mikä auttoi meitä polkumme kannalta tärkeiden asioiden oivaltamisessa.

On kuitenkin sanottava, että ilman kurinalaisuutta, päättäväistä asennetta ja periksiantamattomuutta polun mallista ei olisi syntynyt itseämme tyydyttävää ja palkitsevaa lopputulosta. Polkumme malli ei myöskään ole kopio mistään aiemmin luodusta kaaviosta, vaan halusimme tehdä siitä näköisemme. Meille oli tärkeää saada nimenomaan ikäihmisten oma ääni kuuluville polkua miettiessämme, joten kotihoidon asiakkaille tekemämme teemahaastattelut avasivat juuri tätä näkökantaa. Olimme ihan uuden edessä päästessämme kehittämään toimintaa kuulemalla sekä ikäihmisiä itseään että työntekijöitä. Yhteistyökumppaneille tekemämme kyselyt eivät tuottaneet haluttua tulosta toimintamallin selkiyttämiseksi, sillä kohderyhmä vastasi suppeasti tai ei ollenkaan. Kartoitimme Mikkelin alueen sosiaali- ja terveystoimessa, seurakunnan diakoniatyössä sekä eri järjestöissä työskenteleviä tahoja enimmäkseen internetin kautta kuten jotkut vastaajista kehottivatkin meitä tekemään.

Polun malli kehittyi varmasti jatkossa kotihoidon ammattilaisten vahvan käytännön osaamisen ja teoreettisen tietotaidon myötä, mutta uskomme, että polun päälinjat ovat jo selvillä. Meitä tyydyttää se, että kotihoidon tulosityksikön esimies on ottanut polun mallin ilolla vastaan ja luvannut alkaa sen juurruttamisen käytäntöön. Se on harmillista esimerkiksi oman oppimisemme kannalta, että tiedon levittäminen kotihoidon henkilöstölle ei ollut ajallisesti mahdollista työprosessimme puitteissa. Polkuamme esittelevien infojen järjestämisessä olisi ollut tekemisen meininkiä, ja olisimme vielä voi-

neet reflektoida polun istumista sen käyttäjäryhmälle, mutta arviointi ja juurtumisen seuranta jäävät organisaation omavaraiseksi toiminnaksi. Tiedämme kotihoidolla olevan edessään vielä pitkä prosessi polun käyttöön viemisessä. Tämä edellyttää koko kotihoidon työyhteisön sitoutumista ja yhteistä tahtotilaa. Onneksi on kuitenkin niin, että selkeä vastuutaho on olemassa, ja tällä riittävä mandaatti toimia.

Teimme haastattelut ja kyselyt parityöskentelynä, mikä oli haastavaa aikataulujen yhteensovittamisen kannalta. Olemme oppineet toisiltamme opiskelutovereina paljon, ja opinnäytetyömme on syventynyt toisiltamme saamiemme ideoiden ja joskus ylikin menevien ehdotusten kautta. Näin on löytynyt uusia uria polkuamme. Olemme onnistuneet löytämään pienen tiimimme vahvuudet ja käyttämään niitä hyväksemme prosessissamme. Ilman uskallusta tehdä jotain uutta, palavaa haluamme lisätä tietoa tai kehittää itseämme ei asetelma olisi onnistunut.

Alkoholinkäytön muutosvaihemalli teoreettisena lähestymistapana tuli hyvin esille polkumme käytännön työvälineisiin ja keinoihin sovitettuna. Teorian ja käytännön vuoropuhelu mahdollistaa sen, että asiakas saa oikeita palveluja oikeaan aikaan oikealla volyyymillä. Mietimme kyllä sitä, että istuuko Prochaskan ja DiClementen luoma malli lähinnä terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneelle kotihoidon henkilöstölle. Jälkikäteen ajateltuna sitä olisi ehkä pitänyt kysyä rivityöntekijöiltä, vaikka esimiehet lähestymistavan hyväksyivätkin. Sosiaalian koulutuksen saaneina pidimme muutosvaihemallista kiinni, vaikka saimmekin ehdotuksia sen vaihtamisesta Arnkillin ja Erikssonin luomaan huolen harmaaseen vyöhykkeistöön, jota Levo (2011b) on muokannut ikäihmisten päihdetyöhön soveltuvaksi.

Haimme paljon tietoa polkumme mallia varten ja vertailimme jo tehtyjä malleja toisiinsa. Oman mallimme toi meille onnistumisen iloa, koska pääsimme tavoitteeseemme. Päihdehoitopolkumme malli on sikäli yleistettävä, että sieltä voivat saman ikäihmiset ja päihdehoito-haasteen edessä olevat organisaatiot löytää käyttökelpoista apua ja ideoita.

Jatkokehittämistarpeita ja -ehdotuksia

Jatkossa voisi tutkia, miten polku on otettu vastaan ja miten se on alkanut – jos on alkanut – toimia Mikkelin kaupungin kotihoiossa. Kiinnostavaa olisi tietää, onko polku selkeyttänyt ikäihmisten päihdetyötä, eli onko polku toimiva, esimerkiksi onko puuttumisen tai muut avun muodot selkiytyneet. Lisäksi kiinnostaa se, onko opinnäytetyömme poikanut kehittämistoimintaa ja millaista toimintaa kotihoiossisällä. Polku vaatii päivityksiä ja täydennyksiä esimerkiksi verkostotietojen ja tiimien omien päihdelähtöjen tiimoilta. Polkumme ei ratkaissut esimerkiksi vastuukysymyksiä, joita pitää pohtia työyhteisössä itsessään. Ne eivät tulleet esille keräämämme aineistosta, joten niiden pariin voisi palata esimerkiksi uudessa opinnäytetyössä.

Ikäihmisille tarkoitettut vertaistuelliset ryhmät ovat tärkeitä asiakkaan sosiaalisen verkoston vahvistamisessa ja elämähallinnan tukemisessa, mutta ryhmien järjestäminen on työlästä ja vaatii tieto-taitoa. Lisäksi ryhmien yhteistyökumppanien löytäminen on vaikeaa. Liika on aina liikaa–hankkeen osana Helsingissä toimivat Pilke–ryhmät ovat osoittaneet tarpeellisuutensa ja toimivuutensa asiakkaan arjessa selviytymisen tukemisissa (Pelto–Huikko 2011, 126). Elixiiressä Mikkelin ammattikorkeakoulun opiskelijat voisivat kehittää vertaisryhmätoimintaa ikäihmisille yhdessä muiden toimijoiden kuten seurakunnan diakoniatyön kanssa. Elixiiristä käsin voisi järjestää tietoiskuja tai tilaisuuksia myös ikäihmisille itselleen.

Olimme Suomen punaisen ristin järjestämällä Onnekas, omaishoitajan rinnalla – kursilla, jossa saimme tietoa omaishoitajuudesta ja omaishoitajien työn tärkeydestä sekä heidän tuen tarpeestaan. Kotihoiossista tuli jatkokehittämisidea, joka sivusi läheltä käymäämme kurssia: Miten tukea perhettä, jossa omaishoitajalla on ongelmallista päihdeidenkäyttöä. Itse pohdimme kehittämistarpeena myös sitä, että olisiko syytä kotihoiossin henkilöstön koulutuksen osalta ottaa käyttöön vastuuhenkilöt, jotka siirtäisivät koulutuksista saamansa osaamisen myös muille työntekijöille. Näin kaikilla olisi mahdollisuus ylläpitää ajantasaista tietotaitoaan.

Viimeisenä jatkokehittämis ehdotuksena esitämme, että joku tekisi näkyväksi tarpeen päihdelähtöisen työn mahdollistavista palveluista kuten selviämisaseman ja katkaisuhoidon paikan, joita Mikkelistä ei oman tietomme mukaan löydy kuin yksi eli Tuustaipaaleen kuntoutumiskeskus. Olisi tärkeää, että päättäjät näkisivät tämänkaltaisen työn merkityksen ja tarpeellisuuden mahdollistamalla kuntoutusta tukevan kokonaisuuden.

Päihdetyössä tämä tarkoittaa esimerkiksi päivystys- ja selviämisaseman, päiväkattausun sekä muiden päihdehuollon toimintojen tarpeellisuutta päihteiden käytön vähentämisen tukemisessa ja muita palveluita kohti alkoholista irtautumista. Olemme tutustuneet Salon A-klinikkasäätiön Rolle-työhön ja Sinivida Oy:n tarjoamiin kotiin vietäviin palveluihin kuten kotikattausuun. Päihdeongelmaisille ikäihmisille tarkoitettujen asumis- ja hoivayksikköjen kuten Kymen A-klinikkatoimen (2011) Leporannan tai Kesärantakodin kaltaisten vaihtoehtojen soisi löytyvän myös Mikkelin seudulta. Yleisesti tiedossa oleva päihdepalvelujen vähäisyys on Mikkelissä todellinen kehittämisen paikka.

Yhteenvedona ikäihmisten päihdehoidosta voimme käyttää Marja-Liisa Laapion ikäeettistä päihdetyötä käsittelevässä esityksessään kiteyttämään kysymysparia:

Kenelle ikääntyneiden päihdetyö kuuluu?

-Kaikille!

Mihin asti meidän sitten pitää auttaa?

-Loppuun asti!

LÄHTEET

Ahola, Noora, Hemming, Marianna, Vihattula, Eija 2009. Selvästi Seniori. Opas ikääntyneille ja tietopaketti työntekijöille. Opinnäytetyö. Diakoniammattikorkeakoulu. Pieksämäen yksikkö.

Alanko, Anna & Haarni, Ilka 2007. Ikääntyminen ja alkoholi. Helsinki: Sininauhaliitto.

Alkoholiongelmaisen käypähoito 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Pdf-dokumentti. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028.pdf>. Päivitetty 21.4.2010. Luettu 28.10.2011.

Alueellinen RAVA-koulutus 2009. FCG Efeko Oy. Moniste.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2010. Psykiatrian kehittämishanke. Keskelle elämää. PDF-dokumentti. <http://www.esshp.fi/dynasty/kokous/KOKOUS-526-11-Liite-1.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.9.2011.

Etene julkaisut 2001. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta. WWW-dokumentti. <http://www.etene.fi/julkaisut/2001> Ei päivitystietoa. Luettu 27.10.2011.

Hellman, Sari 2011. Kehittämistyöryhmän kokousmuistio 22.9.2011. Pirinen, Mari. KASTE: Aktiivinen ikääntyminen Itä- ja Keski-Suomessa -hanke 2010–2012.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko, Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huotari, Anitta 2009. Asiakastyö perusteet. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Luentomuistiinpanot.

Hyvinvointiohjelma 2011. Mikkelin kaupunki. PDF-dokumentti. http://www.mikkeli.fi/en/liitteet/03_mikkeli-tieto/03_julkaisut/hyvinvointiohjelma_2011_2012.pdf. Päivitetty 22.9.2011. Luettu 12.10.2011.

Häkkinen, Eeva 2011. Terveysteen tarttumista, hoitokarttoja ja hoitopolkuja. Kanerva-Kaste, tiedote 6/2011. PDF-dokumentti. <http://www.kanervakaste.fi/files/tiedote6.pdf>. Ei päivitystietoa. Luettu 8.7.2011.

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. PDF-dokumentti. <http://pre20090115.stm.fi/ka1202801063405/passthru.pdf>. Päivitetty 12.2.2008. Luettu 12.10.2011

Kaipio, Kalevi, 2004. Pohdintoja päihteenkäytöstä, hoidosta ja tuloksellisuudesta. Teoksessa Soininen, Mali ja Sulkko, Seppo (toim.) Puheenvuoroja itä-suomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Kaukonen, Olavi, 2004. Päihdepalvelujen vaikuttavuus hajautetussa hyvinvointivaltiossa. Teoksessa Soininen, Mali ja Sulkko, Seppo (toim.) Puheenvuoroja itä-suomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Kejonen, Anne, 2011. Alkoholin käytön puheeksiotto ikäihmisillä. Laskeeko aurinko pulloon? Ikäihmiset ja päihdeet-foorumi.7.11.2011. Esitelmä. Itä-Suomen aluehallintovirasto.

Kettunen, Reetta, Kähäri-Wiik, Kaija, Vuori-Kemilä, Anne, Ihalainen, Jarmo, 2009. Kuntoutumisen mahdollisuudet. Helsinki: WSOYpro Oy

Kivelä, Sirkka-Liisa, Vaapio, Sari 2011. Vanhana tänään. Tallinna: Suomen senioriliike ry.

Koski-Jännes, Anja 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes, Anja, Riittinen, Liisa, Saarnio, Pekka (toim.) Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus

Kymen A-klinikkatoimi. <http://www.a-klinikka.fi/kymi/kesarantakoti.html>. Päivitetty 12.8.2010. Luettu 30.11.2011

Laapio, Marja-Liisa 2009. Osattomuudesta osallisuuteen. Ikäeettisen päihdetyön kehittämisen prosessi Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi-hankkeessa. Vammala: Sininauhaliitto

Laidoner, A., Karvinen, K., Stojanovic, D. ja Holmberg, N. Vierivä kivi ei sammaloitu – retkahduksen ehkäisystä & muustakin. Järvenpään sosiaalisairaala. Pdf-dokumentti

http://www.sosiaalisairaala.fi/koulutusmateriaalia/Retkahduksen_ehkaisy_2.pdf Päivitetty 26.1.2005. Luettu 23.11.2011

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.5.2011.

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.5.2011.

Levo, Tarja 2011a. Ikääntyminen ja alkoholi. Kehittämistyöryhmän kokous Mikkelissä 24.5.2011. Esitelmä. Sininauhaliitto.

Levo, Tarja 2011b. Puheeksiotto. Kehittämistyöryhmän kokous Mikkelissä 22.9.2011. Esitelmä. Sininauhaliitto.

Levo, Tarja, Viljanen Maria, Heino, Taina, Koivula, Riitta, Aira, Marja 2008. Ikään-
tyvän ääntä kuunnellen. Taustamateriaalia ikääntymiseen ja alkoholiin. Vammala:
Sininauhaliitto

Liika on aina liikaa vuosina 2009-11. Mitä jatkohankkeen juurruttaminen tulee ole-
maan. WWW-dokumentti.
http://www.tippavaara.info/hanke_pahkinankuessa/liika_on_aina_liikaa_vuosina_2009-11/. Ei päivytystietoja. Luettu 17.5.2011.

Miller, William 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa Kos-
ki-Jännes, Anja, Riittinen, Liisa, Saarnio, Pekka (toim.) Kohti muutosta. Motivointi-
menetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Myllymäki, Eija 2010. Työelämälähtöisessä koulutuksessa verkostoidutaan ja saadaan
tukea arjen työhön. Päihdetyön toimintamalli kotihoitoon. Kehittämispäivä Pieksämä-
ellä 22.11.2010. Luento. Kehittämiskeskus Tyynelä, Seniori-projekti.

Myllymäki, Eija 2011a. Eettisyys päihdetyössä. Kehittämistyöryhmän kokous Mikke-
lissä 22.9.2011. Esitelmä. Kehittämiskeskus Tyynelä, Seniori-projekti.

Myllymäki, Eija 2011b. Ikäihmiset ja päihteet: Laskeeko aurinko pulloon? Seniori-
mallin kokemuksia ikäspesifistä päihdetyöstä. 7.11.2011. Esitelmä. Kehittämiskeskus
Tyynelä. Seniori-projekti.

Myllymäki, Eija 2011c. Käytännön työn apuvälineet yhdistettynä motivoiviin mene-
telmiin. Kehittämistyöryhmän kokous Mikkelissä 29.11.2011. Esitelmä. Kehittämis-
keskus Tyynelä. Seniori-projekti.

Möttönen, Sakari 2010. Pahoinvointiongelmasta sosiaalisten mahdollisuuksien poli-
tiikkaan. Verkkojulkaisussa Jämsén, Arja (toim.) Selvä päivä, parempi mieli. Puheen-
vuoroja päihdetyön paremman tulevaisuuden puolesta. WWW-dokumentti.
www.isonetti.net/julkaisut/ISO_julkaisu_2010.pdf. Ei päivytystietoa. Luettu 1.9.2011.

Nykky, Tiina, Heino, Taina, Myllymäki, Eija ja Rinne, Tuija 2010. Ikääntyminen ja
päihteet. Ammatillisia kohtaamisia arjessa. Helsinki: Kirjapaja

Paulig, Outi, Salovaara, Kari, Anttila, Outi 2010. Ikäihmisten päihdepalveluiden ke-
hittäminen, työryhmäraportti. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Selvityksiä 2010:5.
WWW-dokumentti.
http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/17f165004261952ab47ef4a1adf32673/selvityksia_1005_ikaihmisten_paihdepalvelujen.pdf?MOD=AJPERES. Ei päivytystietoa. Luettu
1.9.2011.

Pelto-Huikko, Antti 2011. Liika on aina liikaa – ikääntyminen ja alkoholi – juurruttamis-
hankkeen arvioinnin loppuraportti. Teoksessa Levo, Tarja, Viljanen, Marja (toim.) Pilo-
toinnista perustyöhön. Ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa. Vammala: Sininauhaliit-
to.

Päihdehuoltolaki 41/1986. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>.
Ei päivytystietoja. Luettu 1.5.2011.

Ruisniemi, Arja 2008. Minäkuvan muutos päihderiippuvuudesta toipumisessa. Mikkelin ammattikorkeakoulu. 6.11.2008. Muutoksen vaihemalli. Luentomateriaali.

Sinivida Oy . WWW-dokumentti <http://www.sinivida.fi/SINIVIDA/kotikatko.html>
Päivitetty 11.10.2011. Luettu 29.11.2011

Sosiaali-ja terveystoimi palveluorganisaatio. Mikkelin kaupunki. PDF-dokumentti. http://www.mikkeli.fi/en/liitteet/02_palvelut/05_terveys_sosiaalipalvelut/elamankaari_organisaatio_2011_mustavalk.pdf Ei päivitystietoa. Luettu 5.6.2011.

Sosiaalihuoltolaki 710/1982. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>.
Ei päivitystietoa. Luettu 1.5.2011.

Sulkko, Seppo 2004. Kuntoutusjatkumot ja palveluiden saumakohtat. Teoksessa Soinen, Mali ja Sulkko, Seppo (toim.) Puheenvuoroja itä-suomalaisen päihdetyön tulevaisuudesta. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Terve, elämä. Mikkelin kaupungin ehkäisevän päihdetyön strategia. 2009 PDF-dokumentti. http://www.mikkeli.fi/fi/liitteet/03_mikkeli-tieto/03_julkaisut/ehkaisevan_paihdeyton_strategia.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 12.10.2011

Viljanen, Maria, Levo, Tarja 2010. Yhdessä jaettu on kevyempi kantaa: kokemuksia ikääntyneiden ja moniammatillisten verkostojen kanssa tehdystä päihdetyöstä. Vammala: Sininauhaliitto.

Vilkkä, Hanna 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Pdf-dokumentti. http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 15.7.2011.

Vilkkä, Hanna ja Airaksinen, Tiina 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

YK:n ikäihmisten vuosi 1999. Yhdistyneiden Kansakuntien ikääntyneitä ihmisiä koskevat periaatteet. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/ykika/ikapers.htm>. WWW-dokumentti. Ei päivitystietoa. Luettu 25.9.2011

OPINNÄYTETYÖN LUPA-ANOMUS

Olemme Mikkelin ammattikorkeakoulun sosiaalian opiskelijoita. Pyydämme lupaa toteuttaa opinnäytetyömme Mikkelin kaupungin kotihoidossa.

Opinnäytetyön aihe

Kotihoidon asiakkaana olevan ikäihmisen päihdehoitopolun mallin suunnittelu, toteutus ja arviointi

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Tarkoituksenamme on rakentaa kotihoidon asiakkaana olevan ikäihmisen päihdehoitopolun malli, joka jatkossa palvelisi kotihoidon työntekijöitä heitä auttavana työkaluna. Kiinnostavaa on selvittää, millaisia menetelmiä ja keinoja tarvitaan päihdeongelmaisen ikäihmisen toimivan ja turvallisen hoitoketjun rakentamiseen. Työmme tutkimuksellinen osuus haastatteluineen palvelee ratkaisevasti päihdehoitopolun kehittämistä.

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisajankohta

Työ on arvioitu olevan valmis joulukuuhun 2011 mennessä.

Opinnäytetyön tekijät sitoutuvat

Sitoudumme toimimaan yhteistyössä Mikkelin kaupungin kotihoidon kanssa haastattelujen ja päihdehoitopolun toteuttamisessa. Valmiit produkti ja raportti toimitaan Mikkelin kaupungin kotihoidolle.

Opinnäytetyön suunnitelma on hyväksytty

01.06.2011

Ohjaava opettaja

Mauno Saksio

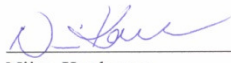
Opinnäytetyön yhteistyötaho

Mikkelin kaupunki, kotihoito

Hyväksyn opinnäytetyön tekemisen Mikkelin kaupungin kotihoidossa

En hyväksy opinnäytetyön tekemistä, miksi

Paikka ja aika



Niina Kaukonen
Mikkelin kaupunki
Vanhuspalvelut



Mauno Saksio, ohjaava opettaja
Mikkelin ammattikorkeakoulu

Paikka ja aika



Jenni Haarala
Opinnäytetyön tekijä
jenni.haarala@mail.mamk.fi



Eeva Majuri
Opinnäytetyön tekijä
eeva.majuri@mail.mamk.fi

TEEMAHAASTATTELU ASIAKKAILLE

- Perustiedot (ikä, sukupuoli, siviilisääty jne.)
- Elämäntilanne, elämäntavat, arki
- Alkoholinkäytön merkitykset, esim. kivun lievitys, ahdistus, sosiaalisuus

(Alkoholi ja...)

- Millaisia ovat juomisesta seuranneet tuntemukset?
- Oma asennoituminen?

Ammattiapu

- Onko ollut hoitokontakteja? Jos on, niin mitä mieltä olet ollut?
- Mitä odottaisit palveluilta?
- Millaista puuttumista olisit toivonut?
- Mitä konkreettista tukea toivoisit työntekijän taholta?

TEEMAKYSELY KOTIHOIDON TYÖNTEKIJÖILLE

Ikä :

Ammattinimike :

Kuvailkaa vapaamuotoisesti omien kokemusten ja näkemysten mukaan seuraavia teemoja koskien kotihoidon asiakkaana olevan päihteitä ongelmallisesti käyttävän ikäihmisen hoitokäytännöistä:

Nykyinen tilanne/löytyykö ikääntyneille päihdeongelmallisille palveluja?

Mitkä ovat mielestäsi ikäihmisten nykyisten päihdepalveluiden

- Vahvuudet?
- Heikkoudet? Ongelmat?
- Tarpeet?
- Haasteet?

- Mitä menetelmiä asiakastyössä käytätte?
- Kerro roolistasi päihteitä ongelmallisesti käyttävän ikäihmisen motivaation tukemisessa
- Kotihoidon henkilöstön valmiudet kohdata ongelmallisesti alkoholia käyttävä ikäihminen
- Mihin palveluihin asiakasta voi ohjata?
- Millaista tietoa ja tukea koet kaipaavasi lisää ikääntyneiden päihdeasiakkaiden kohtaamisessa?

- Ketkä muut tahot voisivat tarjota apua ja tukea?
- Verkostotyö? Toimiiko, jos toimii, niin miten? Jos ei, niin miksi ei?

- Mitä muuta haluat sanoa ikäihmisten päihdehoidosta?

KYSELY YHTEISTYÖKUMPPANEILLE

Mitä palveluja Teillä on tarjota päihdeongelmaisille ikäihmisille? (Esim. tuki-, ohjaus- tai muita palveluja)

Millaista yhteistyötä teette kotihoidon kanssa tällä hetkellä?

Jos teette yhteistyötä, niin miten se toteutuu?

Millaisia mahdollisuuksia näette tulevaisuudessa toimia alkoholia ongelmallisesti käyttävän ikäihmisen tukena?

Millaisena näette toimintayksikkönne yhteistyön kotihoidon kanssa tulevaisuudessa?

Mikäli haluatte meidän liittävän polulle tietoa toiminnastanne, niin laittaisitteko aineistoa tai materiaalia tulemaan saatekirjeestä löytyviin s-postiosoitteisiin? (Yhteys henkilöiden puhelinnumerot yms.)

EETTISET TOIMINTAOHJEET IKÄIHMISTEN PÄIHDETYÖSSÄ

- Ota selvää ikääntyneen asiakaskunnan erityispiirteistä ja pidä omat perustaidot ajan tasalla! Kehitä työtäsi ja kehity siinä!
- Arvioi aktiivisesti omaa toimintaasi! Myönnä virheesi, nosta ne esille ja ota opiksesi!
- Arvosta vanhuutta luonnollisena, hyvänä elämänjaksona!
- Kohtele asiakasta kuten haluaisit itseäsi kohdeltavan! (oikeudenmukaisuus/inhimillisuus, tasavertaisuus)
- Kunnioita asiakkaan omaa tahtoa/valintoja, yksilöllisyyttä ja persoonallisuutta! Tue asiakkaan omaa elämänhallintaa!
- Älä anna omien ennakkoluulojen tai näkemysten vaikuttaa negatiivisesti asiakkaan kohteluun!
- Huomioi asiakkaan omat voimavarat ja kannusta häntä omatoimisuuteen ja osallisuuteen! (vastuullisuus, heikompien asema)
- Välitä! Kuuntele! Ole aidosti läsnä! (lähimmäisyys, kumppanuus)
- Tee päätökset yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa! (asiakas on oman elämänsä paras asiantuntija)
- Pidä huoli, että toiminta on avointa ja läpinäkyvää!
- Ole tarkkana, ettei asiakkaan oikeus yksityisyyteen ja henkilökohtaiseen tietosuojaan vaarannu! (salassapito)
- Toimi yhteisöllisesti! Keskustele avoimesti, vuorovaikutteisesti ja rohkeasti, sekä tuo esille omat näkemyksesi!
- Ole luottamuksen arvoinen!
- Ole kärsivällinen asiakkaan kanssa!
- Muista totuudellisuus ja turvallisuus!

Sopijaosapuolet:

Opinnäytetyön tilaaja: Mikkelin kaupunki / Vanhusten
palvelut / kotinoito
ja Mikkelin ammattikorkeakoulun sos. ja terv. laitoksen
Sosiaalialan koulutusohjelman opiskelija(t)
Jenni Haarala & Eeva Klajuri

Opinnäytetyön aihe: Alkoholien ongelmallisesta
käyttävien ikäihmisen hoitopolku

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: Mauno Saksio
Työelämäohjaaja: Ulla Yli-Karro

Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: joulukuu 2011

Opinnäytetyön TK-tavoitteet:

Tavoitteena on luoda kerättävään aineistoon
ja teoritiedon pohjalta turvallinen ja
asiaslähtöinen ikäihmiselle tarkoitettu
päihdehoitopolku

TK-TAVOITTEET: Opinnäytetyöhön sisältyvällä tutkimus- ja kehittämistoiminnalla (t&k) tarkoitetaan systemaattista toimintaa tiedon lisäämiseksi ja tiedon käyttämistä uusien sovellusten löytämiseksi. Kriteerinä on, että toiminnan tavoitteena on jotain oleellisesti uutta (Tilastokeskus). Tutkimus- ja kehittämistoimintaan sisällytetään perustutkimus, soveltava tutkimus sekä kehittämissyö.

Muut sopimusehdot:

Aika ja paikka 7.11.11 Mikkeli

[Signature]

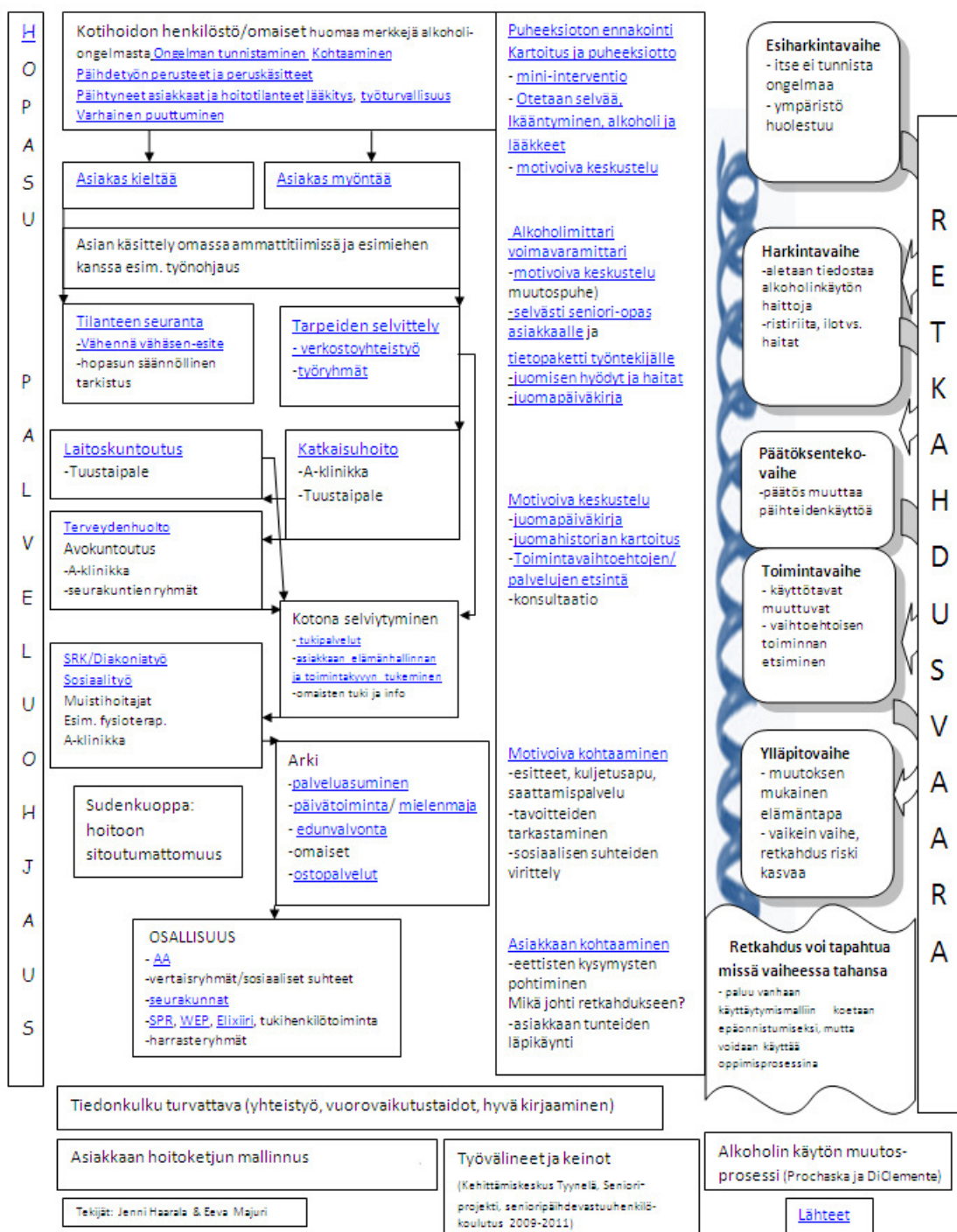
Opiskelijan allekirjoitus

/opiskelijoiden allekirjoitukset

[Signature]

Toimeksiantajan allekirjoitus

IKÄIHMISTEN PÄIHDEHOITOPOLUN MALLI

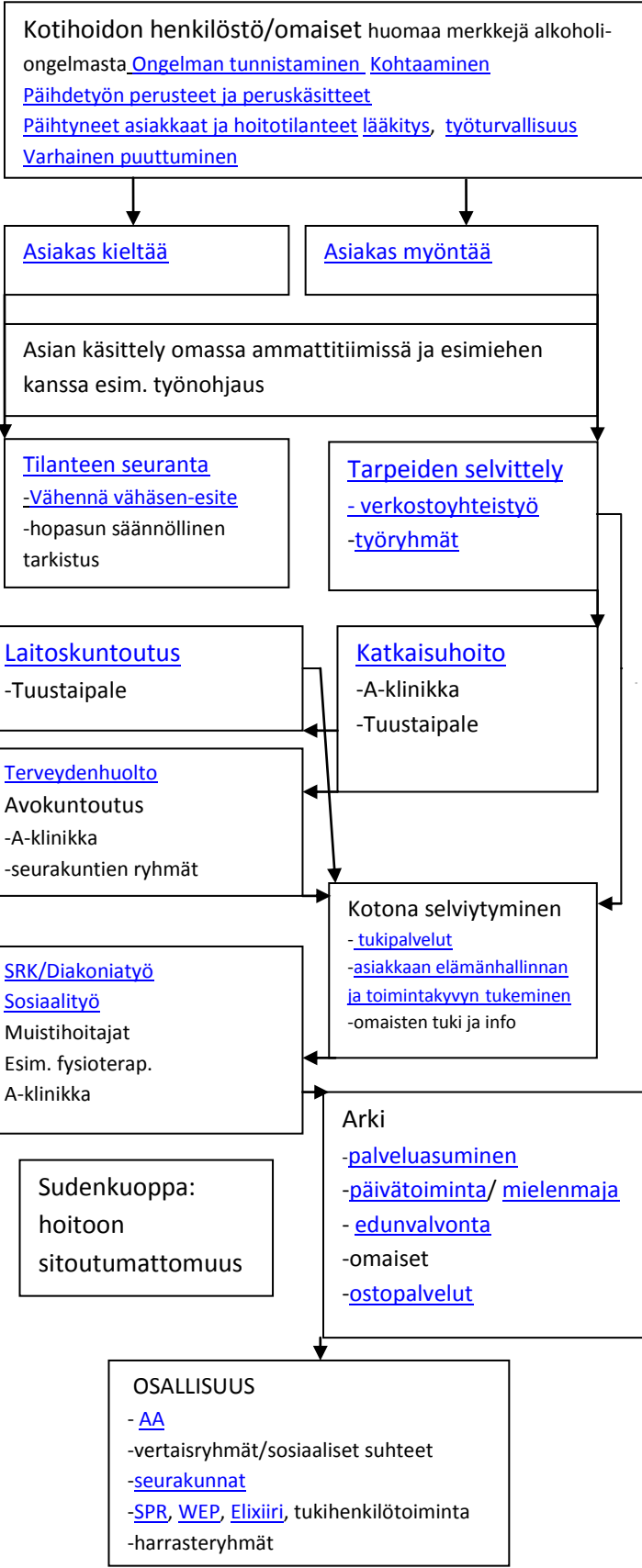


IKÄIHMISTEN PÄIHDEHOITOPOLUN MALLI

H
O
P
A
S
U

P
A
L
V
E
L
U
S

H
J
A
U
S



Puheeksioton ennakointi
Kartoitus ja puheeksiotto

- mini-interventio
- Otetaan selvää, Ikääntyminen, alkoholi ja lääkkeet
- motivoiva keskustelu

Alkoholimittari
voimavaramittari

- motivoiva keskustelu muutospuhe)
- selvästi seniori-opas asiakkaalle ja tietopaketti työntekijälle
- juomisen hyödyt ja haitat
- juomapäiväkirja

Motivoiva keskustelu

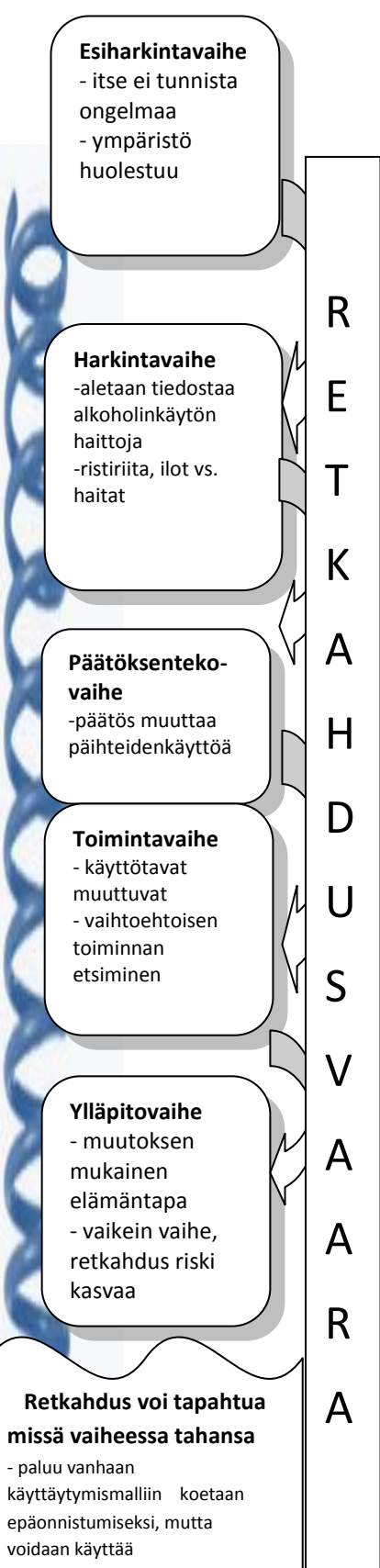
- juomapäiväkirja
- juomahistorian kartoitus
- Toimintavaihtoehtojen/ palvelujen etsintä
- konsultaatio

Motivoiva kohtaaminen

- esitteet, kuljetusapu, saattamispalvelu
- tavoitteiden tarkastaminen
- sosiaalisen suhteiden viritteleminen

Asiakkaan kohtaaminen

- eettisten kysymysten pohtiminen
- Mikä johti retkahdukseen?
- asiakkaan tunteiden läpikäynti



R
E
T
K
A
H
D
U
S
V
A
A
R
A

Tiedonkulku turvattava (yhteistyö, vuorovaikutustaidot, hyvä kirjaaminen)

Asiakkaan hoitoketjun mallinnus

Työvälineet ja keinot
(Kehittämiskeskus Tynnelä, Seniori-projekti, senioripäihdevastuuhenkilökoulutus 2009-2011)

Alkoholin käytön muutosprosessi (Prochaska ja DiClemente)

Tekijät: Jenni Haarala & Eeva Majuri

Lähteet