

ASIAKKAAN KOTONA TAPAHTUVA ALKOHOLIKATKAISUHOITO JA JÄLKIKUNTOUTUS

Tapauskohtainen arviointitutkimus

Päivi Råman

Opinnäytetyö, syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Diak Etelä, Helsinki

Sosiaalialan koulutusohjelma

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sosionomi (YAMK)

TIIVISTELMÄ

Råman, Päivi. Asiakkaan kotona tapahtuva alkoholikatkaisuhuolto ja jälkikuntoutus. Tapauskohtainen arviointitutkimus. Diak Etelä, Helsinki, syksy 2012, 102 sivua, 8 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Päätteet ja syrjäytyminen, sosionomi (YAMK)

Opinnäytetyöni on realistinen tapauskohtainen arviointitutkimus, jossa tutkimuksen tapauksena ja kohteena ovat KotiKatkon jälkikuntoutuksen toiminta ja asiakkaat. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten KotiKatko-hankkeen asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien tavoitteet toteutuivat. Tutkimuksen tavoitteena on arvioida, millaisia vaikutuksia KotiKatkon työntekijöiden interventioilla oli asiakkaiden arkielämässä selviytymiseen ja mitkä olivat niitä vaikutusmekanismeja, jotka saivat aikaan tai estivät muutoksen asiakkaan arkielämässä. Tarkoituksena oli myös selvittää millaisia kehittämistarpeita arviointitutkimus tuottaa asiakkaan kotiin annettavalle päihdekuntoutukselle.

Kyseessä on empiirinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin laadullisia menetelmiä käyttäen. Tutkimuksen primääriaineiston muodosti KotiKatkon kolmen asiakkaan haastatteluaineisto. Haastattelut toteutettiin marraskuussa 2011, jolloin asiakkaiden jälkikuntoutuksesta oli kulunut yli puoli vuotta. Sekundääriaineistona olivat asiakkaiden kuntoutussuunnitelmat ja hoitoyhteenvedot. Haastattelu- ja dokumenttiaineistossa käytettiin sisällönanalyysia soveltaen realistisen arvioinnin konteksti-mekanismi-tulostyökaluita.

Tutkimukseen osallistuneet asiakkaat olivat ikääntyviä, joilla oli ongelmallista alkoholinkäyttöä. Heillä oli myös vaikeuksia selviytyä arkielämän haasteissa. Tutkimustulokset osoittavat, että asiakkaiden arkielämänhallinta lisääntyi hoitjakson aikana, vaikka alkoholinkäytössä ei jokaisen kohdalla päästy tavoitteeseen.

Merkittävimmät muutosta aikaansaavat mekanismit olivat asiakaslähtöinen työskentely, asiakkaan rinnalla kulkeminen, asiakkaan ja työntekijän keskinäinen luottamus ja asiakkaan oma halu muutokseen. Muutosta estävät mekanismit liittyivät retkahdusriskitilanteisiin, ja ne ilmenivät asiakkaan keinottomuutena toimia itselleen hyödyllisesti.

Kotiin annettavan päihdetyön kehittämishaasteena on ryhmähoidon toteuttaminen ja asiakkaiden läheisten sekä omaisten huomioiminen hoitjakson aikana. Asiakasdokumenttien sisältöä tulee myös kehittää esimerkiksi siten, että niissä on kirjattuna kuinka asiakkaan kuntoutumisprosessin arviointi tapahtuu.

Asiakkaan kotona tapahtuvan alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutuksen onnistumisen kokemusten myötä palvelua voidaan laajentaa koskemaan myös lääke- ja huumeriippuvaisia.

Asiasanat: alkoholikatkaisuhuolto, ikääntyminen, jälkikuntoutus, realistinen arviointitutkimus.

ABSTRACT

Råman, Päivi

Home alcohol abuse rehabilitation and rehabilitation follow-up

102 p., 8 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Social Services, Intoxicants and Exclusion. Degree: Master of Social Services.

The purpose of the study was to find out how the aims set for Kotikatko's client rehabilitation plans were reached. The aim of the study is to evaluate what kind of effects the interventions provided by Kotikatko employees had on clients in coping with their everyday lives and what the efficient mechanisms that caused or prevented change in everyday life of a client were. Additional purpose was to find out what kind of development needs for home alcohol abuse rehabilitation emerged by using evaluation study method.

This study is a case study in which the data was collected by using qualitative methods. The primary data of the study were the interviews with three Kotikatko's clients. The interviews were conducted in November 2011, six months after the rehabilitation period had ended. The clients' rehabilitation and care plans were secondary data. In analysing interviews and document data, context-mechanism-outcomes functions of realistic evaluation were utilised.

Clients in the study were senior alcohol abusers. They also had problems in managing everyday challenges. The study outcomes showed that positive development in managing everyday life was seen during the treatment period even if aims concerning alcohol use controlling were not reached in all of the patients.

The most relevant change mechanisms were client-centred work, supporting the client going through the process, mutual trust between client and employee, and client's own will to change their behaviour. The change preventing mechanisms were connected to relapse risk situations. In those situations, clients lacked resources to act in a beneficial manner concerning their own wellbeing.

Development needs in home alcohol rehabilitation were seen in implementing group treatment and paying attention to people that are close to the client during the treatment period. Functionality of client documents' content needs to be enhanced by, for example, documenting how the rehabilitation process is evaluated.

With the successful experiences in home alcohol abuse rehabilitation and rehabilitation follow-up, the service can be expanded to cover also prescription drug abusers and drug addicts.

Keywords: alcohol abuse rehabilitation, rehabilitation follow-up, aging, realistic evaluation study.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	6
2 IKÄÄNTYVÄT, ALKOHOLI JA SYRJÄYTYMINEN	10
2.1 Ikääntyvän määrittelyä.....	10
2.2 Ikääntyvien alkoholikäyttö.....	13
2.3 Syrjäytyminen.....	15
2.4 Osallisuutta vahvistava sosiaalityö	17
3 VANTAAN PÄIHDEPALVELUT	20
3.1 Päihdepalvelujen avo- ja laitospalvelut	20
3.2 Päihdepalvelun keskitetyt ostopalvelut	22
4 KOTIKATKO	25
4.1 KotiKatko-hankkeen taustaa.....	25
4.2 KotiKatko-hankkeen tavoitteet	27
4.3 Hankkeen organisaatio.....	28
4.4 Kotikatkon palvelut	28
4.4.1 Arviointi- ja motivointikäynnit.....	29
4.4.2 Kotikatkon alkoholikatkaisuhoido.....	30
4.4.3 Kotikatkon jälkikuntoutus	31
4.4.4 Intervallihoido ja tukikäynnit	32
4.5 Lähetä ja päätöksentekoprosessi	33
4.6 Yhteistyö eri toimijoiden kesken	35
5 TUTKIMUKSYMUKSET JA METODISET RATKAISUT	37
5.1 Tutkimuskysymykset	37
5.2 Tutkimuksen lähestymistapa	37
5.2.1 Arviointitutkimus.....	39
5.2.2 Realistinen arviointitutkimus	41
6 AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI	44
6.1 Dokumenttiaineisto	44
6.2 Haastatteluaineisto	45

7 LAADULLISEN AINEISTON TUTKIMUSTULOKSET	50
7.1 Tapaus M1: Alkutilanne	51
7.1.1 Kuntoutussuunnitelma	53
7.1.2 Jälkikuntoutuksen toteuttaminen	54
7.2 Tapaus N1: alkutilanne.....	58
7.2.1 Kuntoutussuunnitelma	60
7.2.2 Jälkikuntoutuksen toteuttaminen	62
7.3 Tapaus N2: alkutilanne.....	65
7.3.1 Kuntoutussuunnitelma	67
7.3.2 Jälkikuntoutuksen toteuttaminen	68
8 TULOSTEN YHTEENVETO.....	75
8.1 Asiakkaiden alkutilanteen kontekstit	75
8.2 Jälkikuntoutuksen interventiot.....	79
8.3 Muutosta aikaan saavat mekanismit.....	83
8.4 Muutosta estävät mekanismit	85
8.5 Asiakkaiden tilanne vähintään puoli vuotta kuntoutuksen jälkeen	86
9 POHDINTA	88
LÄHTEET	91
LIITE 1: Asiakaskirje	95
LIITE 2: Suostumus tutkimukseen	96
LIITE 3: M1:n dokumenttiaineiston analyysi CMO yhtälöitä käyttäen	97
LIITE 4: M1:n asiakashaastattelun analyysi CMO yhtälöitä käyttäen	98
LIITE 5: N1:n dokumenttiaineiston analyysi CMO yhtälöä käyttäen	99
LIITE 6: N1:n asiakashaastattelun analyysi CMO yhtälöä käyttäen.....	100
LIITE 7: N2:n dokumenttiaineiston analyysi CMO yhtälöä käyttäen	101
LIITE 8: N2:n haastatteluaineiston analyysi CMO yhtälöä käyttäen	102

1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni liittyy Vantaalla toteutettuun asiakkaiden kotona tapahtuvaan alkoholikatkaisuhuoltoon ja jälkikuntoutukseen. Asiakkaiden kotiin vietyä päihdehoitoa on toteutettu Vantaalla maaliskuusta 2010 lähtien. Kyseessä on kehittämisshanke, jonka toimijoina ovat Vantaan Päihdepalvelujen lisäksi Vantaan sairaalapalvelut, vanhusten avohoito, kotihoito ja aikuissosiaalityö sekä SiniVida Oy. Palvelun tuottaa SiniVida Oy. Vantaa on tehnyt sopimuksen alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutuksen tuottamisesta SiniVidan kanssa vuoden 2012 loppuun saakka. Jäljempänä tulen käyttämään tästä kotona tapahtuvasta alkoholikatkaisuhoidosta ja jälkikuntoutuksesta lyhennettä KotiKatko.

Opinnäytetyöni liittyy sosiaalityön käytäntötutkimukseen. Sosiaalityön käytäntötutkimus on soveltavaa tutkimusta, jonka pyrkimyksenä on palvella eri intressitahoja esimerkiksi palvelun käyttäjiä, kansalaisia, sosiaalialan työntekijöitä ja muita ammattilaisia, palvelun tuottajia, kunnan hallintoa ja eri vapaaehtoistoimijoita. Käytäntötutkimuksella on läheinen yhteys kehittämistyöhön, jossa eri toimijoiden mukanaolo on merkittävää. (Satka, Karvinen, Niinikoski & Nylund 2005, 11.)

Opinnäytetyöni on realistinen tapauskohtainen arviointitutkimus, jossa tutkimuksen tapauksena ja kohteena ovat KotiKatkon toiminta ja asiakkaat. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten KotiKatko-hankkeen asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien tavoitteet toteutuivat. Tutkimuksen tavoitteena on arvioida, millaisia vaikutuksia KotiKatkon työntekijöiden interventioilla oli asiakkaiden arkielämässä selviytymiseen ja mitkä olivat niitä vaikutusmekanismeja, jotka saivat aikaan tai estivät muutoksen asiakkaan arkielämässä. Lisäksi selvitetään hankkeen myötä ilmenneitä mahdollisia kehittämistarpeita.

Tutkimuksen aineiston muodostaa kolmen ikääntyvän KotiKatko-asiakkaan avoimet haastattelut ja heidän dokumenttiaineistonsa. Dokumenttiaineistona ovat haastateltavien asiakkaiden kuntoutussuunnitelmat ja hoitoyhteenvedot. Tutkimuksen analyysin toteutan sisällön analyysinä. Asiakashaastattelut toteutin

marraskuussa 2011. Haastattelut tein siinä vaiheessa, kun asiakkaiden hoitojakson päättymisestä oli kulunut vähintään puoli vuotta.

Viime vuosina ikääntyvien päihdeongelmien hoidon ja kuntoutuksen tarpeellisuutta ja kehittämistä on tuotu näkyväksi muun muassa erilaisilla hankkeilla ja projekteilla. Näistä laajaa huomiota on saanut valtakunnallinen, Sininauhaliiton koordinoima ”Liika on Liikaa – ikääntyminen ja alkoholi” -hanke (LOL) osahankkeineen.

Tyynelän kehittämiskeskuksen hallinnoima SENIORI-hanke oli suunnattu 60 vuotta täyttäneille asiakkaille. Hankkeen tavoitteena oli kehittää kotiin vietäviä päihdepalveluja ikääntyneille. Tavoitteena oli myös liittää päihdetyön osaaminen ja kehittäminen kotona tapahtuvaan hoiva- ja huolenpitotyöhön. (Kempainen 2008, 15.)

Taina Heino (2007) toteutti asiakaslähtöisen Bikva-arvioinnin Tyynelän kehittämiskeskuksen Seniori-hankkeesta. Arviointitutkimuksen mukaan asiakkaat olivat hyötynneet kotiin viedystä päihdepalvelusta. Asiakkaiden odotukset ja yksilölliset tavoitteet vaihtelivat siten, että osa asiakkaista näki asiakkuutensa rakentuvan selkeästi päihdekuntoutukseen, osa puolestaan koki asiakkuuden määrittävän arjen tukemisen ympärille. (Heino, 2007, 16.)

Salon A-klinikka aloitti vuonna 1996 kotiin viedyn päihdepalvelun kohdentaen sen ikääntyviin asiakkaisiin, jotka eivät päässeet itse A-klinikalle esimerkiksi liikuntarajoitteen vuoksi. Salon A-klinikan Rolle-projektin kokemusten mukaan sosiaalityöntekijöiden kotikäyntien ansiosta asiakkaat vähensivät juomistaan. Alkoholikeskeisen elämäntavan katkaiseminen ei välttämättä toteutunut kaikkien kohdalla, mutta asiakkaiden elämänlaatua kyettiin parantamaan kotikäyntien ansiosta. Rolle-projektissa ikääntyvien päihdeongelmaisten hoidossa tärkeänä koettiin yhteistyö eri toimijoiden kesken. (Suhonen 2005.)

Vantaan Päihdepalvelujen palvelurakenteen ja palvelujen kehittämisohjelman 2012 yhtenä keskeisenä periaatteena on avohoidon ensisijaisuus. Kehittämis-

ohjelman tavoitteena on muuttaa päihdepalvelujen rakennetta avohoitopainotteisempaan suuntaan. Avohoidon palvelujen lisäämistä kohdennetaan päihteitä käyttävien perheiden, nuorten, ikääntyvien ja työssäkäyvien palveluihin. Asiakkaiden kotona toteutettu päihdehoito ja kuntoutus olivat Vantaalla uutta avopalvelua. Haasteelliseksi tämän avopalvelumuodon tekee se, että kyseessä on eri hallintokuntien toteuttama yhteistyö. Vantaalla toteutettua kotona tapahtuvaa alkoholikatkaisuhoidoa ja jälkikuntoutusta on kehitetty koko hankkeen ajan. Nyt KotiKatko-hankkeen aloittamisesta on kulunut yli kaksi vuotta ja olemme saaneet toimivan, mutta edelleen kehittämistä tarvitsevan mallin toteuttaa alkoholiongelmissa kärsivien asiakkaiden kotona tapahtuvaa päihdehoitoa.

Mielestäni palvelujen kehittäminen ja uudistaminen edellyttävät arkitiedon lisäksi myös tutkimusta ja arviointia, sillä esimerkiksi poliittisiin päätäjiin vaikuttaminen ei pelkällä arkitiedolla ole vakuuttavaa. Opinnäytetyöni toivonkin palvelevan sekä sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön työntekijöitä että palvelujen kehittämisestä päättäviä tahoja.

Vantaan KotiKatko sai huomiota ikääntyvien päihdepalvelujen valtakunnallisessa kokonaisuudessa muun muassa Talentian sosiaalityön asiantuntijapäivillä vuonna 2011 omana workshopinaan sekä samana vuonna Päihde- ja mielen-terveyspäivillä seminaarialustuksena. Lisäksi Terveiden ja hyvinvoinninlaitos myös kutsui Vantaan päihdepalvelut kertomaan kotiin viedystä päihdehoidosta ja pilottihankkeen kokemuksista Kaste-hankkeen loppuseminaariin vuonna 2010.

Vantaan KotiKatko ei ole ollut osa valtakunnallista Kaste-hanketta, mutta osahankkeiden kokemuksilla on ollut rohkaiseva vaikutus lähteä kehittämään Vantaalle kotiin vietyä päihdehoitoa. Vantaalla toteutettu KotiKatko on kohdennettu aikuisväestölle, joskin palvelun keskiössä ovat olleet ikääntyvät päihdeongelmaiset. KotiKatkohanke kohdennettiin lähtökohdiltaan liikuntarajoitteisille ja vammaisille, joiden oli vaikea selviytyä päihdehuollon kuntouttavissa laitoshoitopaikoissa. Laitoshoitopaikat on resursoitu siten, että asiakkaan tulee selviytyä niissä omatoimisesti.

Opinnäytetyöni rakenne etenee siten, että aluksi käsittelen teemoja ikääntyminen, alkoholi ja syrjäytyminen. Kotikatko-hankkeen yhtenä asiakastyön tavoitteena on syrjäytymisen ehkäisy tukemalla asiakkaiden arkielämän hallintaa. Arkielämällä tarkoitan opinnäytetyössäni niitä asiakkaiden toimintakyvyn, sosiaalisten suhteiden ja osallisuuden pakkoja, jotka muodostavat ihmisen jokapäiväisessä elämässä selviytymisen. Seuraavaksi kerron Vantaan Päihdepalveluista ja KotiKatko-hankkeesta, joiden jälkeen siirryn tutkimuskysymysten ja metodisten ratkaisujen lukuihin. Tutkimuksen analyysi, tulokset ja pohdintasuus kehittämistarpeineen päättävät työni.

2 IKÄÄNTYVÄT, ALKOHOLI JA SYRJÄYTYMINEN

2.1 Ikääntyvän määrittelyä

Ihmisen ikävaiheet ja elämänkulku voidaan ajatella vaiheittain etenevänä. Puhuttaessa yksilön elämän kulusta ja ikääntymisprosessista eivät ne välttämättä kulje jatkumona. Ikääntymisprosessiin voidaan ajatella kuuluvan kronologisen iän karttumisen lisäksi ruumiin ja kognitiivisten kykyjen vähittäinen muuttuminen. Ikääntymisprosessia säätelevät myös yhteiskunta ja kulttuuri. Kulttuuriset ympäristöt ja historia luovat erilaisia merkityksiä ikääntymiselle. (Haarni ja Hautamäki 2008, 19.)

Iän ja elämänkulun sosiaalisia, kulttuurisia ja henkilökohtaisia sidoksia selvennetään erottamalla kronologinen ikä, ruumiillinen ikä ja sosiaalinen ikä toisistaan. Ruumiillinen ikä kohdistuu yksilön toimintakykyyn, kuntoon, ulkonäköön tai fyysiseen kehitykseen. Sosiaalinen ikä viittaa kulttuurisesti jaettuihin näkemyksiin siitä, minkälaista käyttäytymistä ja toimimista ihmiseltä odotetaan tietyssä iässä. Yksilön tuntemus omasta iästään on kuitenkin subjektiivista, jolloin ruumiillisen ja kronologisen iän karttumisen ulkoiset merkit tai sosiaalisen iän roolit ja normit eivät yleistäen selitä ikääntymismäärittelyä. (Haarni ja Hautamäki 2008, 20.)

Ikääntymisen kokemukset ovat siis subjektiivisia. 55-vuotias saattaa olla toimintakyvyltään ikäistään vanhemman oloinen tai kokea itsensä nuoremaksi kuin joku muu vastaavassa iässä oleva. 75-vuotias saattaa olla fyysisesti hyvässä kunnossa eikä koe itseään vanhukseksi. Koskinen (2004, 30) toteaaakin, että yhtenä vanhenemisen määrittelyn mittana voidaan pitää subjektiivista ikäidentiteettiä ja kokemuksellista vanhenemista.

Vakkurin (2011, 11) mukaan ikään liittyvät käsitteet ovat ajassa ja eri kulttuureissa vaihtelevia. Hän mainitsee pidentyneen aikuisuuden käsitteen, joka tarkoittaa sitä, että lapsuuden, nuoruuden, aikuisuuden ja vanhuuden yksiselitteis-

ten rajojen vetäminen on vähitellen vaikeutunut. Ihmisten eläessä pidempään vanhuuden elämänvaihe on pidentynyt. Eläkkeelle siirtymisen jälkeen ihmisillä saattaa olla vielä usean kymmenen vuoden pituinen aktiivinen elämä.

Ikääntymistä voidaan tarkastella myös ihmisen elinkaaren eri ikävaiheina. Kolmas ikä alkaa noin 55–60 vuoden iässä. Tälle iälle on tyypillistä vapaus, toimintakyky, harrastaminen ja kehittyminen. Kolmannessa iässä olevilla ei ole erityistä sosiaali- tai terveydenhuollon palvelun tarvetta, mikäli heillä ei ole sairauksia. (Sisäasianministeriö 2011, 7.)

Kolmannen iän käsite sai alkunsa Ranskassa järjestetystä kolmannen iän yliopistotoiminnasta vuonna 1973. Kolmannen iän vaiheessa on kysymys elämänkulun uusjaosta, työn ja vapaa-ajan uudeltaisesta kytköksestä ja kulttuurisesta muutoksesta. Kolmas ikä liittyy työnjätön ja varsinaisen vanhuuden välimaastoon. Koskinen toteaa, että kolmannen iän ikärajat eivät ole vakiintuneita mutta alarajana on usein pidetty 55–60 vuoden ikää. (Koskinen 2007, 40.)

Neljäs ikä alkaa noin 75–80 vuoden iässä, jolloin toimintakyky alkaa aleta. Lihasvoima vähenee, tasapaino heikkenee, kestävyys ja nopeus vähentyvät, näkö ja kuulo heikkenevät ja muistisairaudet yleistyvät. Viides ikä alkaa noin 85–90 vuoden iässä. Osa tähän ikään kuuluvista henkilöistä on edelleen aktiivisia, mutta yhä useammilla on toimintakyvyn vajetta ja kroonisia sairauksia. (Sisäasiainministeriö 2011, 7.)

Vanhuusikä on länsimaissa perinteisesti nähty lääketieteellisenä ja sosiaalisena ongelmana: toimintakyky heikkenee ja yksilö irtaantuu yhteiskunnasta ja sosiaalisista suhteista. Ihmiset elävät nykyään kuitenkin terveinä ja toimintakykyisinä yhä vanhemmiksi. Tästä johtuen vanhuusikää on alettu käsitteellistää uudella tavalla. Ihmiset eivät enää siirry suoraan työelämästä hoivan vaiheeseen, vaan työelämän ja hoivan vaiheen väliin jää yhä pitenevä riippumattomuuden ja vapauden vaihe. (Haarni ja Hautamäki 2008, 20.)

Ikää kuvaavien käsitteiden merkitykset elävät, vaihtelevat ja muuttuvat. Vanhus-käsitteellä tarkoitetaan yleensä hoivaa tarvitsevaa ihmistä. Vanhus- sanan

tilalle onkin tullut käytettäväksi sanoja ikääntyneet, ikäihmiset tai iäkkäät. (Haar-
ni ja Hautamäki 2008, 11.) Ikäkäsitteiden määrittelyn moninaisuudesta johtuen
olen tässä opinnäytetyössäni käyttänyt käsitettä *ikäntyvä* kaikista niistä asiak-
kaista, jotka elävät niin sanottua kolmatta ikävaihetta tai ovat sen ylittäneet.

Taulukossa 1 on esitelty Tilastokeskuksen (2009) väestöennuste 2009–2060,
jonka mukaan Suomessa yli 60-vuotiaiden osuus väestöstä oli vuonna 2010
17,6 %. Heidän osuutensa arvioidaan nousevan 27 % vuoteen 2040 mennessä
ja 29 % vuoteen 2060 mennessä. Vastaavasti alle 64-vuotiaiden osuus väes-
töstä vähenee vuosien 2010–2060 välisenä aikana 66 prosentista 56 prosent-
tiin. Vuonna 2010 alkoi työikäisten osuus vähetä johtuen sotien jälkeen synty-
neiden, suurten ikäluokkien eläkkeelle siirtymisvaiheesta.

TAULUKKO 1. Väestöennuste ikäryhmittäin Suomessa vuosina 2010–2060

Vuosi	Ikäluokat						
	Ikäluokat yhteensä	0–14	15–64	65–	0-14 %	14–64 %	65 – %
2010	5 378 165	886 705	3 547 475	943 985	16,5	66,0	17,6
2020	5 635 938	937 331	3 408 464	1290 143	16,6	60,5	22,9
2030	5 850 097	942 715	3 382 227	1525 155	16,1	57,8	26,1
2040	5 985 356	926 800	3 450 788	1607 768	15,5	57,7	26,9
2050	6 090 038	948 367	3 461 034	1680 637	15,6	56,8	27,6
2060	6 213 048	957 068	3 469 063	1786 917	15,4	55,8	28,8

Lähde: Tilastokeskus 2009

Ikääntyvien osuus Suomessa siis nousee. Hyvinvointiyhteiskunnan kehittymisen
myötä ihmisten elämäntilanteisiin on pystytty vaikuttamaan niitä edistävästi.
Suomalaisten eliniän pidentyminen asettaa kuitenkin haasteen ikääntyvien ja
ikäihmisten hyvinvoinnin ylläpitämiselle. Ikääntyvien syrjäytymisen, eristäytymi-
sen ja eriarvostamisen vastaisella työllä on tärkeä tehtävä yhteiskunnassamme.

Vanhuskäsitykset ovat kaksikasvoisia. Negatiivisessa mielessä vanhuus on yhdistetty muun muassa raihnaisuuteen ja sairauteen. Näin ollen vanhuus on mielletty huoltosuhteeseen negatiivisesti vaikuttavaksi ja yhteiskunnan kustannuksia lisääväksi ryhmäksi. Positiivinen vanhuskäsitys puolestaan ymmärtää vanhuuden rikkautena, joka sisältää kokemukset, moninaiset taidot ja viisauden. Viime vuosina onkin alettu puhua aktiivisesta ja voimavaraisesta vanhuudesta. (Koskinen 2004, 25.)

Pitkäikäisyys lisää yhteiskunnan kustannuksia, mutta vanhojen ihmisten määrän ja palvelujen tarpeen välinen suhde ei ole lineaarinen. Kustannusvaikutuksiin voidaan vaikuttaa muun muassa luomalla sellaisia ehkäiseviä ja kuntouttavia toimenpiteitä, joilla edistetään terveiden vuosien kehitystä siten, että avuntarpeen alkua voidaan siirtää myöhemmäksi. (Koskinen 2004, 27.) KotiKatko-hankkeen tehtävänä on ollut lisätä muun muassa ikääntyvien asiakkaiden toimintakykyä päihdekuntoutuksen keinoin.

2.2 Ikääntyvien alkoholikäyttö

Suomalaisten alkoholin kokonaiskulutus oli vuonna 2010 noin 10 litraa sataprosenttista alkoholia asukasta kohden. Kokonaiskulutukseen lasketaan kuuluvan sekä tilastoitu että tilastoimaton kulutus. Tilastoitu kulutus tarkoittaa alkoholin vähittäismyyntiä ja anniskelumyyntiä. Tilastoimaton kulutus puolestaan tarkoittaa virallisen alkoholinkulutuksen ulkopuolelle jäävää määrää kuten matkustajien ulkomailta tuomaa alkoholia, ulkomailta käytettyä alkoholimäärää, korvikekäyttömääriä, laitonta alkoholin valmistusta ja salakuljetusta. (Jääskeläinen, Marke 2010, 1–2.)

Alkoholin vapautumisen ja alkoholin juomisen arkistumisen seurauksena juodun alkoholin määrät ovat kasvaneet etenkin eläkeikää lähestyvien ja sen ylittäneiden keskuudessa. Alkoholipoliittisten ratkaisujen vaikutukset ihmisten huono-osaisuuteen ja syrjäytymiseen ovat todennettavissa. Alkoholiveron alentamisen seurauksena alkoholin kulutuksen määrä on lisääntynyt Viron EU-jäsenyyden

myötä 10 %. Kokonaiskulutuksen on arvioitu painottuvan erityisesti alkoholin suurkuluttajin ja päihdeongelmaisiin. Alkoholiveron laskun myötä etenkin väkevän viina käyttö on lisääntynyt. Alkoholin suurkuluttajien ja päihdeongelmaisten terveydentila on huonontunut ja näin ollen päihdehuollon asiakkaiden akuutin ja kuntouttavan hoidon tarve on kasvanut. (Murto 2007, 139.)

Murto (2007, 139) toteaa, että alkoholin hinta on tehokkain keino vaikuttaa alkoholin kulutukseen, haittoihin ja palveluresurssien riittävyyteen. Päihteiden ongelmakäytön seuraukset eivät vahingoita ainoastaan päihteiden käyttäjää itseään vaan myös hänen läheisiään. Lasten huostaanottojen syynä on usein vanhempien päihteiden käyttö. Väkivalta ja päihteiden käyttö liittyvät toisiinsa. Murron mukaan ne myös periytyvät toimintamalleina sukupolvelta toiselle.

Suurten ikäluokkien elämänsäajan aikana tapahtuneet alkoholin käytön kulttuuriset muutokset ovat vaikuttaneet muun muassa siten, että iäkkäiden naisten juominen on yleistynyt suhteessa miesten juomiseen. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys – tutkimuksen, EVTK, mukaan ikäihmisten alkoholinkäyttö on yleistynyt parin viime vuosikymmenen aikana. Vuonna 1985 suomalaisista 65–79-vuotiaista miehistä raittiiden osuus oli kaksi viidestä. Vuonna 2007 raittiita miehiä mainitussa ikäryhmässä oli vain yksi viidestä. Raittiiden naisten osuus vastaavana ajanjaksona puolestaan väheni 70 prosentista 40 prosenttiin. (Vilkko, Sulander, Laitalainen ja Finne-Soveri 2010, 142.)

Väestön ikääntymisen myötä on todennäköistä, että päihdepalvelujen piiriin tulee lisääntyvässä määrin ikääntyviä. Viime vuosina julkisuudessa on esitetty huolta ikääntyvien kasvavasta päihdeongelmasta. Huoli on aiheellinen, sillä hoitamattomana päihdeongelma aiheuttaa terveydentilan heikkenemistä, toimintakyvyn vajetta ja sosiaalisia ongelmia.

2.3 Syrjäytyminen

Ikääntyminen ja päihdeongelma ovat kumpikin marginalisoivia käsitteitä, sillä ne synnyttävät monissa ihmisissä kielteisiä mielikuvia ja käsityksen, että edellä mainittuihin ryhmiin kuuluvat ihmiset ovat jotenkin erilaisia kuin me itse. Nuorempien sukupolvien tarpeiden etusijalle asettaminen aiheuttaa sen, että ikääntyneet jäävät yhteiskunnan toiminta-areenoiden ulkopuolelle, mikä johtaa siihen, että ikääntyvien tarpeita aliarvioidaan ja heitä alihoidetaan eri palvelujärjestelmissä. Ikääntyvien sosiaaliselle pääomalle, osaamiselle ja kokemukselle ei ole enää laajasti käyttöä. Ikääntyvien päihdeongelmien yksipuolinen medikalisoituminen näyttää päihdeongelman yksilöllisenä ja irrottaa sen kulttuurisesta, elämänhistoriallisesta ja sosiaalisesta yhteydestään, jolloin päihdeongelman yhteiskunnallinen ja sosiaalinen näkökulma jätetään huomioimatta. Päihteet ovat nykyihmiselle keino helpottaa vieraantumisen ja syrjään jäämisen tunnetta ja näin ollen edes hetkellisesti vahvistaa minuuttaan sirpaloituneessa todellisuudessa. (Suhonen 2007, 73–74.)

Ikääntyvien päihdeongelmat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: kroonisiin, reaktiivisiin ja kognitiivis-psykiatrisiin. Yleensä krooninen päihdeongelma alkaa varhain ja sen haitat kumuloituvat. Reaktiiviselle päihdeongelmalle taas on tyypillistä runsas päihteiden käyttö erilaisissa ongelmatilanteissa ja elämän sietämättömyydessä. Juomisen syyt voivat löytyä traumaattisista kokemuksista, yksinäisyydestä ja ihmissuhdeongelmista. Reaktiivinen alkoholinkäyttö alkaa usein vasta myöhäisemmällä iällä. Tähän ryhmään kuuluvissa on myös niitä, joilla on saattanut olla ongelmia alkoholinkäytössä jo varhaisimpina vuosina, mutta he ovat saaneet sen hallintaan useiksi vuosiksi. Kolmannen ryhmän muodostaa kognitiivis-psykiatrisista ongelmista johtuva runsas päihteiden käyttö, jolle on tyypillistä päihdeongelman kroonisuus. Heidän kohdallaan leimaaminen voi johtaa sosiaaliseen syrjäytymiseen. Palvelujärjestelmät voivat myös hylkiä kognitiivis-psykiatrisista ongelmista kärsivää siten, että kukaan palvelujärjestelmissä ei ota vastuuta asiakkaan hoidosta. (Suhonen 2007, 75.)

Yksittäisen henkilön sosiaaliset ongelmat vaikuttavat koko häntä ympäröivään verkostoon. Näin ollen yksilön ongelmia ratkottaessa ei voida ohittaa yksilön

suhdetta sosiaaliseen ympäristöönsä. Syrjäytyminen voidaankin määritellä myös yksilöä yhteiskuntaan yhdistävien siteiden heikkoutena. Sosiaalinen syrjäytyminen yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsoen merkitsee ennen kaikkea työstä syrjäytymistä. (Raunio 2006.)

Syrjäytynyt tai marginaalissa oleva ihminen ymmärretään henkilöksi, joka on pudonnut, pudotettu tai jättäytynyt kilpailu- ja kulutusyhteiskunnan ulkopuolelle. Ihminen voi ajautua syrjäytymiseen, hän voi pudota siihen tai hän voi valinnoillaan edesauttaa omaa syrjäytymistään. Syrjäytymistä voidaan selittää yksilön elämänhallinnan vajeesta johtuvaksi, jolloin muutostavoitteina ovat yksilön sosiaalisten ongelmien ratkaisut (Raitakari 2004, 57). Sosiaalityön näkökulmasta syrjäytymistä tulee tarkastella yksilön hyvinvoinnin ongelmien näkökulmasta. Hyvinvointiongelmien kasautuessa huono-osaisuuskin kasautuu, ja näin ollen syrjäytyminen voidaan määritellä kasautuneena huono-osaisuutena, jolle on ominainen prosessimaisuus. (Raunio 2006.)

Köyhyyttä ja syrjäytymistä Pohjoismaissa vertailevan tutkimuksen mukaan syrjäytymistä aikaansaavina hyvinvointiongelmoina pidettiin taloudellisia ongelmia, huonoa asumistasoa, työttömyyttä, terveysongelmia, läheisten ihmisten puuttumista sekä väkivallan tai väkivallan uhan kokemista. Tutkimuksen mukaan kaksi ongelmaa edellä mainituista riittää määrittämään syrjäytymisen. (Raunio 2006.)

Hyväri (2001,71) näkee syrjäytymistutkimuksen ongelmallisuuden siinä, että se ei tavoita ihmisten elämismaailmaa eikä arkea. Työtön tai asunnoton ei välttämättä koe itseään puutteenalaiseksi. Yhteiskunnan instituutioissa osallisena oleva voi puolestaan kokea olevansa vailla vaikuttamisen mahdollisuuksia. Tutkittaessa ihmisten elämäkokemuksia, kohtaloita ja tarinoita syrjäytymiskäsite on toimimaton.

Syrjäytymisen käsitteellä paikannetaan rakenteita ja niihin kietoutuvia syrjäyttäviä prosesseja, marginalisaation avulla tunnistetaan kokemuksia, pistemäistä ja yllätyksellistäkin putoamista normaaleista arkielämän kuvioista, vetäytymistä ihmissuhteista ja toiseuteen jäämistä. (Hyväri 2001, 72.)

Sosiaalityö kohdentuu erityisesti heikommassa asemassa olevien ja huono-osaisten ihmisten auttamiseen. On kuitenkin tosiasia, että yhteiskunnassamme on ihmisiä, jotka eivät tunne tai eivät ole tietoisia palveluista, joilla heidän elämäntilanteeseensa voitaisiin vaikuttaa sitä edistävästi. Lisäksi esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmista kärsivän henkilön persoonaan liittyvät esteet, kuten häpeän ja alemmuuden tunne, pelko ja ahdistustilat, vaikeus kohdata vieranomaista ja asioida heidän kanssaan, voivat vaikeuttaa henkilön palvelujen piiriin hakeutumista. Palvelujärjestelmät itsessään myös asettavat esteitä niihin hakeutumiselle. Palvelut voivat olla vaikeasti saavutettavissa, toimitilat on suunniteltu sekä fyysisiltä rakenteiltaan että henkilökuntamitoitukselta sellaisiksi, että henkilön tulee pärjätä niissä itsenäisesti, vastaanottoajat ovat rajoitettuja ja asiakaskohtaamiseen varattu aika on liian lyhyt. (Levo ja Viljanen 2011, 14.)

2.4 Osallisuutta vahvistava sosiaalityö

Juhila (2002) tarkastelee sosiaalityötä integraation, toiseutta tuottavan sekä osallistuvan ja osallistavan näkökulmasta. Integroivassa toiminnassa sosiaalityöntekijän tehtävänä on vetää marginaalissa olevia kohti keskusta ohjaamalla heitä kulkemaan normitettua polkua, jonka lopputuloksena on sisäpiiriin, keskukseen, pääseminen. Integraatiotehtävä sosiaalityössä on loputon ja välttämätön prosessi, jotta tasapaino sisäpiirin ja ulkopiirin välillä säilyy. Onnistuneessa integroinnissa sosiaalialan työntekijöiltä edellytetään tietoa marginaalissa elävistä ihmisistä sekä kokemusta marginaalissa olevien ihmisten kohtaamisesta ja auttamisesta. Pulmalliseksi integrointitehtävän tekee se, että sosiaalialan työntekijät katsovat asiakasta normaalista ja normittavasta sisäpiiristä käsin, jolloin sosiaalityö tuottaa toiseutta ja ylläpitää marginalisaatiota. Tarvitaankin sellaista sosiaalityön työtettä, jossa toiseutta tuottavaa riippuvuuskäyttäytymistä pyritään purkamaan asiakasta aktivoivilla toimenpiteillä. (Juhila 2002.)

Vaihtoehtona integroivalle sosiaalityölle on osallistuva ja osallistava sosiaalityö, josta Juhila (2002) Raitakaria soveltaen kirjoittaa tulkitsevana asiantuntijuutena. Tulkitsevalle asiantuntijuudelle on tunnusomaista kulttuurisen erilaisuuden tie-

dostaminen, asiakkaan oman äänen, omien kokemusten ja oman asiansa asiantuntijuuden kunnioittaminen sekä ymmärrys poikkeavan ja normaalin rajapinnasta. Reflektiivisessä vuorovaikutuksessa asianomainen ja ammattilainen muodostavat yhdessä sosiaalityön todellisuutta. Muutoksen kohteena on tällöin asiakkaan ongelma eikä asiakas itse. (Raunio 2004, 60.)

Mielestäni yhteinen ymmärrys asiakkaan todellisuudesta lisääntyy dialogissa asiakkaan ja työntekijän välillä. Työntekijän tehtävänä on kuulla ja kuunnella asiakasta ja hänen tarinaansa. Vastavuoroisessa keskustelussa asiakas parhaimmillaan luo uutta tarinaa ja tarinalle merkityksiä. Asiakkaan mahdollisuus ilmaista itseään on osallistuvaa. Osallistavaksi, voimaannuttavaksi tai valtaistavaksi sosiaalityön tekee se, että asiakasta rohkaistaan tuomaan oma äänensä kuuluviin, häntä rohkaistaan etsimään uusia keinoja ja toimintatapoja hyvinvointinsa eteen ja valetaan uskoa asiakkaan kykyihin löytää itse ratkaisunsa häntä koskeviin asioihin. Työntekijän tärkeä tehtävä onkin tukea asiakasta hänen muutosprosessissaan.

Päihdetyön kokonaisvaltaiseen hoitoon ja kuntoutukseen sisältyy vahvasti asiakkaan kannustaminen ja tukeminen toipumiseen. Toipumisen myötä asiakkaan identiteetti muuttuu ongelmaisen identiteetistä selviytyjän identiteetiksi. Selviytyjät uskaltavat käsitellä omia tunteitaan ja opetella hallitsemaan niitä, he oppivat tiedostamaan oman käyttäytymisensä haittoja, syitä ja seurauksia ja alkavat uskoa omiin mahdollisuuksiinsa paremmasta elämästä. Uskon ja toivon herättämisessä ammattiauttajien rooli on merkittävä. Asiakas kohdataan kokonaisvaltaisesti, ihmisenä, jolla on oma historiansa, nykyhetki ja tulevaisuus ja jonka persoonaan ja identiteettiin vaikuttavat edellä mainitut tekijät. Asiakkaan identiteetin, minäkuvan kokonaisuuden eheytyminen on merkittävää hänen hyvinvointinsa edistymiselle. Identiteetin rakentumiseen vaikuttavat luonnollisesti ihmisen toimintaympäristö, elämisen maailma sekä yksilön, yhteisön ja verkoston välinen vuorovaikutus. Arvomaailma, moraalikäsitteet ja normit luovat osaltaan puitteet yksilön identiteetin kehittymiselle.

Jälkimodernille maailmalle on tyypillistä, että jokainen rakentaa omaa identiteettiään erilaisista arvoista ja arvostuksista. Syrjäytymisen ehkäisy edellyttää suvaitsevaa, erilaisuuden hyväksyvää kulttuuria. (Hyvärin luento 25.3.2010.)

Onnistuneen kohtaamisen voi olettaakin pohjaavan työntekijän kykyyn olla ikään kuin tutkimusmatkailija asiakkaan maailmassa. Ymmärrys asiakkaan todellisuudesta edellyttää aitoa kiinnostusta ja vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksessa asiakkaan asiantuntijuutta oman elämänsä ja tilanteensa suhteen pyritään vahvistamaan.

Niemelän mukaan (2002, 76) ihmisen identiteetti ja sosiaalinen pääoma ovat vastavuoroisia. Sosiaalisen pääoman määrään ja sisältöön vaikuttaa identiteetti ja identiteettiin vaikuttaa sosiaalinen pääoma. Niemelä väittääkin, että köyhyyden ja syrjäytymisen vastaisessa työssä identiteettiyö on otettava vakavasti.

Niemelä kirjoittaa vastayhteisöllisyydestä, jossa etsitään valtavirroista poikkeavia hoito- ja hallinnointimalleja. Keskeistä vastayhteisöllisyydessä on yksilön myönteisen identiteetin rakentaminen yhteisösuhteiden avulla. Yhteisön jäsenet tukevat ja työstävät yksilön identiteetin kehittymistä siten, että kielteisen ja syrjäytyneeksi leimatun identiteetin tilalle rakentuu selviytyjän identiteetti. Yhteisön jäsenten selviytymistarinoilla on yhteisyyttä ja yksilön identiteetin rakentumista edistävä vaikutus. (Niemelä 2002, 85.)

Kokemusten jakaminen tasavertaisuuden ilmapiirissä on vertaisryhmille tunnusomaista. Vertaistuen ja ryhmien voimana on yhteisyys, jossa kenenkään ei tarvitse olla omien pulmallisten kysymystensä tai tilojensa äärellä yksin. Vertaisryhmien erityisyytenä voi mielestäni pitää sitä, että jokainen jäsen voi liittyä ryhmään vapaaehtoisesti, ilman pakotetta ja ilman muutosvelvoitetta. Ryhmän jäsenet eivät edusta auktoriteettia vaan pikemminkin sisaruutta ja veljeyttä.

3 VANTAAN PÄIHDEPALVELUT

Päihdepalvelu kohtaa hyvin eri tilanteessa olevia asiakkaita. On työssä käyviä, perheellisiä, asunnon omaavia, mutta myös työttömiä, eronneita, hyljättyjä, yksinäisiä ja asunnottomia. Lisäksi asiakkaiden päihdeongelma ja päihdeongelman luonne on yksilöllinen. Päihdeongelmaisten joukossa on myös niitä, jotka ovat kaikkein heikoimmassa asemassa ja joiden kohdalla kuntoutustavoitteet eivät voi olla kovin korkeat. Heikoimmassa asemassa olevilla tarkoitan niitä asiakkaita, joiden ongelmat ovat kasautuneet. He ovat syrjäytyneet työelämästä, perheestä ja heidän sosiaalinen verkostonsa on kapeutunut siinä määrin, että he ovat yksinäisiä. Erilaiset somaattiset ja psyykkiset sairaudet sekä asunnottomuus tai asunnon menettämisen uhka vaikeuttavat osaltaan heidän kykyään selvitä itsenäisesti arkielämässä.

Vantaan Päihdepalvelut erityispalveluna muodostuu Hallinto/Tukiyksiköstä, A-klinikkatyön yksiköstä, Huume- ja katkaisuhoidon yksiköstä ja Kuntouttavan asumispalvelun yksiköstä sekä Ostopalvelutiimistä. Hallinto/Tukiyksikköön kuuluvat ylilääkäri, yksikköjohtajat ja ostopalvelutiimin työntekijät.

3.1 Päihdepalvelujen avo- ja laitospalvelut

Vantaalla toimii kaksi A-klinikkaa, jotka keskittyvät ensisijaisena päihteenä alkoholia käyttävien asiakkaiden ja heidän läheistensä sekä perheidensä hoitoon ja kuntoutukseen. Asiakaskuntaan kuuluu myös sekakäyttäjiä. Huumeongelmaisten asiakkaiden avohoitoyksikön muodostaa H-klinikka, joka vastaanottaa ensisijaisesti huumeita käyttäviä asiakkaita ja heidän läheisiään. H-klinikalla toteutetaan opioidiriippuvaisten korvaushoitoa. Nuorisoasema puolestaan vastaanottaa 16–21-vuotiaat alkoholi-, huume- ja lääkeongelmaiset asiakkaat. Nuoriasemalla tehdään tiivistä yhteistyötä nuorten ja heidän läheistensä ja perheiden kanssa. Ehkäisevän päihdetyöyksikön tavoitteena on ehkäistä päihdehaittoja. Ehkäisevä päihdetyö järjestää muun muassa erilaisia

koulutuksia kuten Alkoholin puheeksi otto ja Motivoiva haastattelu. Ehkäisevä päihdetyö järjestää myös tupakanvieroitusryhmiä ja aiheeseen liittyvää koulutusta. Vantaan Päihdepalvelut omistaa osan Pääkaupunkiseudun peliklinikasta, joten peliongelmistä kärsivien asiakkaiden avohoito on järjestetty.

Katkaisuhoitoaseman asiakkaat saavat alkoholikatkaisuhoitoa ja huume- sekä lääkevieroitusta. Katkaisuhoitoasemalla on 15 asiakaspaikkaa, joista neljä on kiintiöity huumeongelmaisille. Kuntouttava asumispalvelu on suunnattu asunnottomille, vantaalaisille päihdeongelmaisille. Kuntouttava asumispalvelun muodostaa Koisorannan palvelukeskus sekä tuettu asuminen ja työtoiminta.

Koisorannan palvelukeskuksessa on kolme toiminnoiltaan erilaista yksikköä. Asumispäivystys vastaanottaa asiakkaita ympäri vuorokauden. Asiakkaat voivat tulla päivystykseen päihtyneenä. Arvi-asunnot on suunnattu asiakkaille, jotka tavoittelevat päihteettömyyttä. Lisäksi ovat Koisokodit, jotka on suunnattu niille asiakkaille, joiden päihteidenkäytön muutokselle ei ole kovin korkeita tavoitteita. Arvissa ja Koisokodeissa ei saa olla päihtyneenä. Päihteettömyyttä edellyttää myös tuettu asuminen. Tuettu asumispalvelu muodostuu erillisasunnoista, yhteisasumisesta ja työtoiminnasta.

Kuviossa 1 olen esittänyt Päihdepalvelujen organisaation. Nykyinen organisaatio on toiminut 1.8.2011 lähtien. Uutena kustannuspaikkana muodostettiin Ostopalvelutiimi sekä Huume- ja katkaisuhoiton yksikkö.



KUVIO 1. Vantaan päihdepalvelujen organisaatio 1.8.2011 lähtien

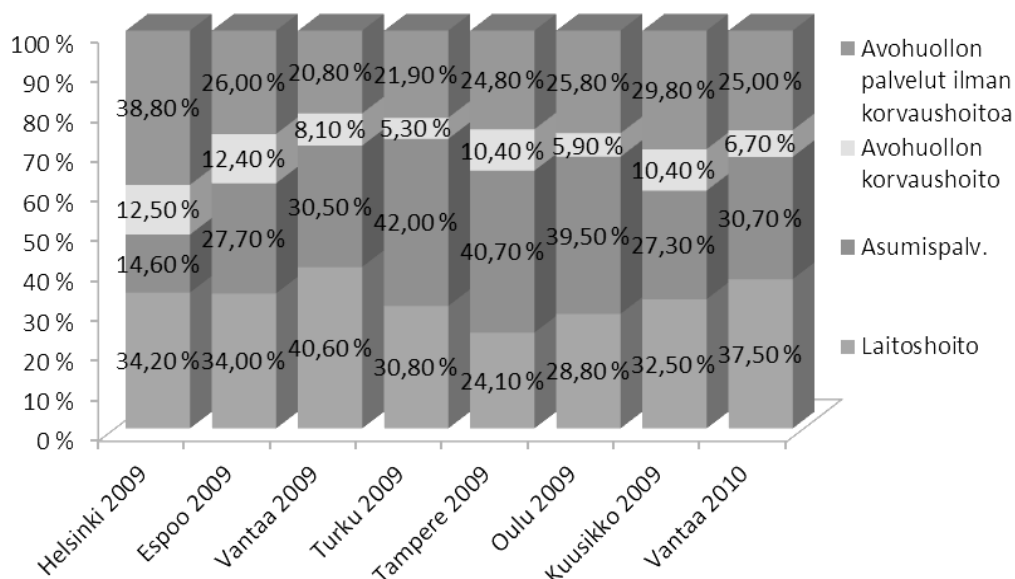
3.2 Päihdepalvelun keskitetyt ostopalvelut

Vuonna 2007 Vantaa keskitti kaikki päihdehoidon ja -kuntoutuksen sekä asumispalveluiden ostot alueiden sosiaalitoimistoilta Päihdepalvelulle. Samanaikaisesti Päihdepalvelut perusti SAS-työryhmän ja laitoshoidon koordinaattorin viran. Vuonna 2010 perustettiin lisäksi avopalvelujen koordinaattorin virka. Vuonna 2011 perustettiin ostopalvelutiimi. Lyhenne SAS tulee sanoista: selvitä, arvioi, sijoita. SAS-työryhmän tehtävänä on toimia koordinaattoreiden tukena päätöksenteossa koskien asiakkaan laitostuntoutukseen ja asumispalveluun ohjautumista. SAS-työryhmä on moniammatillinen asiantuntijatiimi, joka käsittelee koordinaattoreiden esittämät asiakastapaukset ja suosittelee asiakkaalle sopivan kuntoutuspaikan. SAS-työryhmään kuuluvat aikuissosiaalityön kaksi sosiaalityöntekijää ja Päihdepalveluista ylilääkäri, A-klinikan ja asumispalvelujen sairaanhoitajat, H-klinikan esimies (sairaanhoitaja) sekä avopalvelun ja laitoshoidon koordinaattorit. Avohoidon koordinaattori on koulutukseltaan sosiaalityöntekijä ja laitoshoidon koordinaattorin koulutus on Sosionomi (AMK), jolla täytyy olla vähintään kolmen vuoden työkokemus päihdehuollossa. SAS-työryhmä kokoontuu säännöllisesti kerran viikossa.

Käytännöksi on muodostunut, että lähetteet Päihdepalvelujen koordinaattoreille tulevat SAS-kokousta edeltävänä arkipäivänä. Tämä käytäntö on muodostunut siitä syystä, että koordinaattorit ehtivät hyvissä ajoin ennen kokousta lukea kaikki lähetteet ja viedä niistä SAS-työryhmän käsiteltäväksi sellaiset asiakastapaukset, joihin he tarvitsevat moniammatillisen tiimin näkemystä, jotta asiakas saa hänen tarpeitaan vastaavaa parasta mahdollista hoitoa ja kuntoutusta laitoksessa.

Vantaalla ei ole omia päihdehoitolaitoksia lukuun ottamatta katkaisuhuoltoasemaa. Tästä syystä Vantaa tarvitsee yksityisiä kuntoutuslaitoksia ja järjestöjä palvelujen tuottamiseen. Laitoskuntoutus on kilpailutettu ja sopimukset on tehty 13 laitoksen kanssa. Päätöksenteko ostettavista kuntoutuksista on jaettu siten, että avohoidon päätökset tekee avopalvelun koordinaattori, lukuun ottamatta KotiKatkoa. Laitoskuntoutuksen ja KotiKatkon päätökset tekee laitoshoidon koordinaattori. Päihdepalvelun koordinaattorit sijaistavat toisiaan.

Keskitetyn asiakasohjauksen ja asumispalvelujen kehittämisen ja lisäämisen ansiosta vuodesta 2007 alkaen kuntouttavan laitoshoidon vuorokaudet ovat vähentyneet, mutta muihin suuriin kaupunkeihin verrattuna ne ovat edelleen korkeat. Niin sanottuihin Kuusikkokuntiin eli Helsinkiin, Espooseen, Turkuun, Tampereeseen ja Ouluun verrattuna Vantaan laitoshoidon kustannukset olivat suurimmat vuonna 2009. (Päihdepalvelujen johtoryhmä, 2011.) Kuviossa 2 on havainnollistettu kuuden suurimman kaupungin päihdehuollon kokonaiskustannukset jakaantuen eri palvelumuotoihin vuonna 2009.



KUVIO 2. Päihdehuollon erityispalveluiden kokonaiskustannusten jakaantuminen eri palveluihin 2009 (Päihdepalvelujen johtoryhmä, 2011).

Päihdepalvelujen palvelurakennetta kehitetään avohoidon suuntaan muun muassa lyhentämällä asiakkaiden laitoshoidon vuorokausia 26 vuorokauteen asiakasta kohden vuoteen 2013 mennessä. Vuonna 2009 laitoshoidon hoitovuorokaudet olivat keskimäärin 38 vuorokautta asiakasta kohden. Päihdepalvelujen tavoitteena on kehittää avopalveluja laitoshoidosta siirrettävällä resurssilla. Resurssit ohjataan henkilöstön lisäämiseen ja avohoidon ostopalveluiden hankkimiseen lisäämällä muun muassa asiakkaiden kotiin annettua päihdehoitoa ja arkielämän tukea. (Päihdepalvelujen johtoryhmä, 2011.)

4 KOTIKATKO

4.1 KotiKatko-hankkeen taustaa

Vuonna 2009, jolloin taloudellinen taantuma kosketti useita palveluiden tuottajia, käytiin julkisuudessa keskustelua kuntien vaikeuksista ostaa palveluita sopimuskumppaneilta. Etenkin päihdehoitolaitokset olivat lujilla. Asiakasmäärät vähenivät säästösyistä ja jotkut laitokset joutuivat keskeyttämään toimintansa tai karsimaan palvelutuotantoaan. Asiakkaille nousi hätä siitä, saavatko he enää kuntaosuuksiin maksusitoumuksia. Jatkuuko hyvin alkanut kuntoutus laitoksessa? Kuntalaisten päihdehoito oli kuitenkin turvattu, sillä Päihdehuoltolaki (1986) velvoittaa kuntia järjestämään tarpeen mukaiset palvelut kuntalaisille.

Vuoden 2009 talouskriisin aiheuttamat säästövelvoitteet kohdentuivat erityisesti julkisen sektorin tarjoamiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Päihdepalveluissa Vantaalla säästövelvoite kesken toimintakautta vuonna 2009 tarkoitti vajaan kolmen kuukauden laitoshoidon kustannuksia. Käytännössä tämä merkitsi sitä, että laitoshoidon kriteereitä arvioitiin uudelleen. Avohoidon ensisijaisuutta korostettiin niiden asiakkaiden kohdalla, jotka olivat hakeutuneet ensimmäistä kertaa päihdehoitoon. Samanaikaisesti A-klinikoilla avohoidon toimintaa arvioitiin uudelleen ja mietittiin uusia toimintatapoja, joilla asiakkaat tulisivat autetuiksi. Henkilökuntaa ei kuitenkaan lisätty.

Hoidosta ja kuntoutuksesta päättävät viranomaiset joutuivat vaikeaan tilanteeseen. Yhtäällä oli säästövelvoite ja toisaalla avuntarvitsijat, joiden määrä koko ajan lisääntyi. Asiakkaiden päihdehoidon tarpeen piiriin tuli lisäksi uusi asiakasryhmä, ikääntyneet päihdeongelmaiset, joilla oli useita sairaalahoitojaksoja päihteiden käytöstä johtuen, mutta joille ei ollut järjestettävissä päihdekuntoutusta päihdehuollon laitoksista. Vantaan kilpailuttamat päihdehuollon sopimuskumppanit on suunniteltu omatoimisille, perushoidostaan itsenäisesti selviävälle ja kognitiivisilta taidoiltaan vuorovaikutukseen ja uuden oppimiseen kykeneville ihmisille.

Vantaan Päihdepalvelujen oma, 15-paikkainen katkaisuhuoltoasema vastaanottaa alkoholi-, lääke- ja huumevieroitusta tarvitsevia asiakkaita. Katkaisuhuoltoasema on resursseiltaan riittämätön vastaanottamaan kaikkia katkaisuhoidon tarpeessa olevia. Asiakaspaikkoja on siis ainoastaan 15, joista neljä on huumeasiakkaille. Pidempikestoisen laitostuntoutuksen Vantaa ostaa ulkopuolisilta palveluiden tuottajilta.

Vantaan kotihoidossa ja sairaalapalveluissa tuli esiin huoli asiakkaista, joilla oli ongelmallista alkoholin käyttöä. Kotihoidossa päihdeasiakkaat koettiin moniongelmaisuutensa vuoksi työllistäviksi. Päihteiden käytön lisäksi monilla asiakkailla oli mielenterveysongelmia, masennusta ja muistisairautta.

Kotihoidon päihdeasiakkaat saavat kotihoidon perus- ja tukipalveluja samojen myöntämiskriteerien mukaisesti kuin muutkin apua tarvitsevat kuntalaiset. Kotihoidon asiakkaiden yksilöllistä hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa käsitellään asiakkaan päihteiden käyttöä. Viime vuosina kotihoito onkin panostanut erityisesti asiakkaiden päihdeongelmien varhaiseen tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn. (Brotkin, Keskinen & Korhonen, henkilökohtainen tiedonanto 18.8.2011.)

Parin viime vuoden aikana päihdepalveluille on tullut runsaasti yhteistyökumppaneiden yhteydenottoja ikääntyvistä henkilöistä, joiden päihteiden käyttö vaikeuttaa olennaisesti arkielämän sujumista ja joille on jo syntynyt vakavia terveyshaittoja. Katriinan sairaala raportoi, että potilaista vähintään kolmanneksella on taustalla runsas päihdekäyttö. HUS:n Peijaksen sairaalan selvitysten mukaan huolestuttavin ryhmä on 50–60-vuotiaat, joista yli kolmannes on päivystyksessä asioidessaan joko päihtynyt tai päihderiippuvainen. Yli 60-vuotiaiden ryhmässä vastaava luku on 11 %. Perinteinen päihdetyö Vantaalla, kuten koko maassa, on suunnattu työikäiselle väestölle. Sen lisäksi vain nuoret, huumeongelmaiset ja jossain määrin perheet saavat kohdennettua palvelua. (Päihdepalvelujen johtoryhmä, 2011.)

Kotihoidossa, sairaalapalveluissa ja päihdepalveluissa pohdittiin, mitä voidaan tarjota päihdeongelmaisille ikääntyneille, liikuntarajoitteisille, muistisairaille tai mielenterveyshäiriöistä kärsiville asiakkaille, jotka tarvitsevat apua päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen ja arkielämän sujumiseen ja jotka riittävällä tuella,

ohjauksella sekä aidolla kohtaamisella saavat elämänsä uutta mielekkyyttä haitallisen päihteiden käytön tilalle. (Råman 2011, 3.)

Vuonna 2009 Päihdepalvelut kutsui Sininauhasäätiön ja SiniVida Oy:n esittelemään heidän tuottamiaan kotiin vietäviä päihdepalveluja, muun muassa KotiKatkopalvelua. Tilaisuuteen kutsuttiin myös vanhusten avopalvelut, kotihoito, aikuissosiaalityö ja sairaalapalvelut. Tilaisuus sai aikaan työryhmän, joka alkoi suunnitella kotiin vietävää päihdepalvelua matalan kynnyksen toimintana (Råman 2011, 4). Matalan kynnyksen toiminnalla tarkoitetaan KotiKatkossa sitä, että palvelu annetaan asiakkaalle kotiin mahdollisimman nopeasti, parhaimmillaan samana päivänä, kun palvelupyyntö on Päihdepalveluun saapunut.

4.2 KotiKatko-hankkeen tavoitteet

Kotona tapahtuvan alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutuksen tavoitteena on tarjota päihdepalvelut matalalla kynnyksellä jokaisen sitä tarvitsevan saataville. Hoito ja kuntoutus tapahtuvat asiakkaan toimintaympäristössä, mikä tekee palvelusta erityisen. Palvelu on kohdennettu täysi-ikäisille vantaalaisille, jotka moninaisista syistä johtuen eivät pystyt hyödyntämään päihdelaitoskuntoutusta. Tällaisia syitä ovat esimerkiksi liikuntarajoitteisuus tai vammaisuus. Kotikatkaisuhoidon tarjotaan asiakkaalle myös, mikäli oma katkaisuhoidon asema on täynnä tai asiakkaalla on ollut ennestään useita laitostarkaisuhoidon. Palvelu soveltuu myös asiakkaille, jotka eivät lemmikkieläinten vuoksi voi lähteä laitoshoidon.

KotiKatkon asiakastyön tavoitteena on tukea ja motivoida asiakkaita heidän päihteiden käytön muutoksessaan, asiakkaan toimintakyvyn, arkielämänhallinnan ja hyvinvoinnin lisääntymisessä ja joidenkin asiakkaiden kohdalla parhaan mahdollisen terveydentilan ylläpitämisessä. Kotiin vietävän päihdepalvelun tarkoituksena on ollut myös asunnottomuuden ja syrjäytymisen ennaltaehkäisy. (Päivi Råman, tiedote 19.2.2010.)

Lisäksi hankkeen tavoitteena oli löytää hyvät käytännöt palvelutarpeen arviointiin, palvelusta toiseen siirtymiseen ja yhteistyöhön kotihoidon, KotiKatkon ja jälkikuntoutuksen välille (Råman 2011,4). KotiKatko-toiminnasta sovittiin koottavaksi tietoa asiakaspalautteen ja hoidon vaikutusten arvioinnin osalta sekä työntekijöiden kokemuksista. Tavoitteena oli myös arvioida ja selvittää asiakkaiden maksukykyä palvelusetelikäytäntöä ajatellen.

KotiKatko-hankkeelle ei ollut erillistä rahoitusta. Päihdepalvelut varautuivat vuoden 2010 ja 2011 käyttösuunnitelmassa KotiKatkon kustannuksiin siirtämällä laitoshoidon määrärahoista osan KotiKatko-palveluun. Vuonna 2010 pilottihankkeelle siirretyllä rahaosuudella voitiin tarjota KotiKatkoa 30–40 asiakkaalle. Tämä asiakasmäärä ylittyi puolella.

4.3 Hankkeen organisaatio

Hankkeen omistaja on Vantaan kaupunki. Hankkeelle asetettiin ohjausryhmä ja projektiryhmä. Ohjausryhmän tehtävänä oli johtaa ja seurata hankkeen toteutumista. Projektiryhmä puolestaan suunnitteli, toteutti ja arvioi käytännön asiakastyötä. (Päivi Råman, kokousmuistio 5.2.2010.)

Ohjausryhmä kokoontui 2–4 kertaa vuodessa ja projektiryhmä vähintään kerran kuukaudessa. Päihdepalvelun laitoshoidon koordinaattori toimi ohjausryhmässä sihteerinä ja projektiryhmässä puheenjohtajana. Laitoshoidon koordinaattori raportoi ohjausryhmälle projektin etenemisestä, esitti projektiryhmän terveiset ja huolenaiheet sekä kysymykset, jotka liittyivät palvelun kehittämiseen ja yhteistyön sujuvuuteen muun muassa kotihoidon ja SiniVidan kesken.

4.4 Kotikatkon palvelut

Päihdepalvelun laitoshoidon koordinaattori toimi perustyönsä ohella hankkeessa asiakasohjauksen koordinaattorina. Vastuu kotikatkon prosessista

oli Päihdepalvelulla ja jälkikuntoutuksen osalta tilaajalla (esim. kotihoito, aikuissosiaalityö). (Päivi Råman, muistio 13.10.2009.)

Kotona tapahtuvaa alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutusta voidaan hankkia asiakkaalle kumpaakin erikseen tai hoitojatkumona. Molempiin palvelumuotoihin sisältyy aina arviointikäyntejä. Arvioinnin tekivät KotiKatkon työntekijät. Tarvittaessa Päihdepalvelun koordinaattori oli mukana asiakkaan tilannearvioinnissa.

KotiKatkon työntekijät käyvät tilannearvion jälkeen asiakkaan luona niin sanotuilla motivointikäynneillä, mikäli asiakas arvioinnin jälkeen jää harkitsemaan hoitoon ja kuntoutukseen osallistumistaan. Arviointi- ja motivointikäynnit ovat asiakkaalle maksuttomia.

Alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutuksen päätyttyä asiakkaalla on mahdollisuus saada tuki- ja seurantakäyntejä sekä intervalliviikkoja. Tukikäynnit ja intervalliviikot lisättiin KotiKatkon palveluvalikkoon pilottihankkeen aikana. (Råman 2011, 4.) Seuraavassa alaluvussa kerron KotiKatkon palvelujen sisällöstä enemmän.

4.4.1 Arviointi- ja motivointikäynnit

Arviointi- ja motivointikäyntien aikana asiakkaalle kerrotaan palvelun sisällöstä, hänen kokonaistilanteensa kartoitetaan ja arvioidaan, soveltuuko palvelu asiakkaalle vai onko jokin muu palvelu hänelle tarkoituksenmukaisempi. Asiakkaan kokonaistilanteen kartoitukseen sisältyvät alkoholin käytön historia ja nykytila, asiakkaan terveydentila, lääkitykset, vieroitusoireet sekä asiakkaan sosiaalinen tilanne. Sosiaalisen tilanteen arviointiin liittyy mm. asuinolosuhteet, asiakkaan toimintaympäristö, arkielämänhallinta, ihmissuhteet ja toimeentuloon liittyvät asiat. Arviointikäyntien määrään vaikuttaa asiakkaan kokonaistilanne. Mitä enemmän asiakkaalla on pulmia, sitä useampaa arviointikäyntiä tarvitaan. Motivointikäynneillä asiakasta haastetaan tutkimaan omaa päihteiden käyttöään,

sen hyötyjä ja haittoja, sekä kannustetaan asiakasta kiinnittymään päihdekuntoutukseen.

4.4.2 KotiKatkon alkoholikatkaisuhoito

Kotona tapahtuva katkaisuhoidon voi kestää kaksi viikkoa. SiniVidan lääkäri arvioi asiakkaan lopullisen soveltuvuuden katkaisuhoidon. Alkoholikatkaisuhoidon tavoitteena on taata asiakkaalle kohtalainen yleistila, vieroitusoireiden hoito, riittävä uni ja luoda turvallisuuden tunne. Hoitojakson aikana asiakas pyritään kohtaamaan kokonaisvaltaisesti muun muassa huomioimalla asiakkaan toimintakyky, asuinolosuhteet ja sosiaalinen tilanne. Asiakkaan tilannetta seurataan tiiviisti useilla kotikäynneillä ja puhelinkontakteilla vuorokaudessa. (SiniVida i.a.)

Katkaisuhoidonvaiheen aikana asiakkaan kanssa käydään läpi eri hoitovaihtoehtoja ja tavoitteet, joihin asiakas voi sitoutua. Akuuttivaiheeseen kuuluu lääkinnällinen, psyykkinen, somaattinen ja hengellinen hoito. Asiakkaan kanssa keskustellaan ja pyritään luomaan luottamusta herättävä ilmapiiri asiakasta ja hänen tarpeitaan kuuntelemalla. Hengellisen hoidon osalta varsinaisia sielunhoidollisia keskusteluja eivät KotiKatkon työntekijät asiakkaan kanssa käy, vaikkakin keskustelut voivat olla hyvin terapeuttisia. (Jaana Tapaninen Jaana, henkilökohtainen keskustelu i.a.)

Katkaisuhoidon ensimmäisen viikon aikana on 2–4 hoitokontaktia vuorokaudessa (hoitosuhteen luominen, yleistilan seuranta, lääkehoito, ravitsemus, hygienia ym.). Toisen viikon aikana on 2–3 kontaktia vuorokaudessa (arjen aktivointi, tuki- ja vertaisryhmien etsiminen ja mahdollinen osallistuminen). (SiniVida i.a.) Taulukkoon 2 olen koonnut alkoholikatkaisuhoidon keston, toimenpiteet ja toimijat.

Katkaisuhoidon on asiakkaan kuntoutumisen alussa tärkeä vaihe. Asiakas on vieroitusoireineen hyvin haavoittuvassa ja herkässä tilassa. Tällöin hän on myös

herkkä vastaanottamaan kaiken mahdollisen avun ja tuen oman toipumisensa vuoksi. Katkaisuhoidovaiheessa korostuu etenkin vieroitusoireiden seuranta ja niiden helpottaminen, mutta samanaikaisesti asiakkaan psyykkisten pahanolontunteiden helpottaminen keskusteluin, kuuntelun ja tarvittaessa lääkityksen keinoin.

TAULUKKO 2. KotiKatkon alkoholikatkaisuhoido

Aika	Toimenpiteet	Toimijat
Ensimmäinen viikko: 2–4 kotikäyntiä vrk:ssa tai kotikäynnit ja puhelinkontaktit. Kotikäynti 45 minuuttia ja puhelinkontakti noin 20 minuuttia	Hoidon tarpeen arvio, vieroituslääkityksen määrittäminen ja aloitus, tarvittaessa lähete laboratoriokokeisiin Hoitosuunnitelman tekeminen ja hoidon tavoitteiden laatiminen Alkometriin puhallukset Vieroitusoireiden ja yleistilan seuranta Nestetasapainosta, ravinnosta, hygieniasta huolehtiminen (huolehditaan, että asiakkaalla on kotona ruokaa ja juomaa, tarvittaessa järjestetään ateriapalvelu, siivous tai muu tukipalvelu) Keskustelutuki, motivointi, kannustus	lääkäri ja asiakas asiakas ja KotiKatkon sairaanhoitaja ja/tai lähihoitajat KotiKatkon työntekijät samat kuin edellä sekä kotihoidon työntekijät, mikäli asiakas on kotihoitoon asiakkuudessa asiakas ja KotiKatkon työntekijät ja /tai kotihoidon työntekijät
Toinen hoitoviikko: 3–4 kontaktia vrk:ssa, käyntejä harvennetaan asiakkaan toipumisen myötä	Tiedottaminen, ohjaus ja neuvonta eri vertaistuki- ja avohoitopalveluista Tutustuminen kodin ulkopuolisiin palveluihin saattaen tai asiakas menee itsenäisesti, hoitoneuvottelut, verkostokokoukset, jatkohoidon suunnitelma.	samat kuin edellä, tarvittaessa Päihdepalvelun koordinaattorit KotiKatkon työntekijät, asiakas ja mahdollisesti läheiset asiakas, KotiKatkon työntekijät, läheiset, Päihdepalvelun koordinaattorit ja asiakkaan tarpeen mukaiset muut toimijat, kuten sosiaalityöntekijä

4.4.3 KotiKatkon jälkikuntoutus

Asiakkaan päihdehoitoa ja kuntoutusta ohjaa kuntoutussuunnitelma. SiniVidan työntekijä tekee asiakkaan kanssa yhdessä kuntoutussuunnitelman ja hoitoyhteenvedon. Kuntoutussuunnitelma ja hoitoyhteenvedo lähetetään hoidon tilaavalle työntekijälle ja laitoshoidon koordinaattorille. Asiapaperit arkistoidaan. (Päivi Råman, kokousmuistio 7.12.2009.)

Jälkikuntoutuksen aikana tuetaan asiakasta päihteiden käytön vähentämiseen tai päihteettömyyteen huomioiden asiakkaan sosiaalinen ympäristö. Kuntoutus sisältää ohjausta, neuvontaa ja tukea. Vertaistuki, harrastukset ja tarpeen mukaiset avopalvelut sekä avohoidon tukimuodot räätälöidään kullekin asiakkaalle, asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Yhteistyö eri toimijoiden kanssa korostuu jälkikuntoutuksessa. Asiakstapaamisten määrä vähenee kuntoutusviikojen ja asiakkaan toipumisen myötä. Hoitojakson jälkeen asiakkaalla on mahdollisuus saada ns. tukikäyntejä sekä intervalliviikkoja.

Jälkikuntoutus kestää maksimissaan 10–12 viikkoa. Kuntoutus alkaa hoidon tarpeen arviolla. SiniVida tekee kuntoutussuunnitelman, jossa on määritelty kuntoutuksen tavoitteet. Ensimmäisen viikon aikana asiakaskontakteja on 1–2 vuorokaudessa. Toisen viikon aikana kontakteja on yksi vuorokaudessa. (SiniVida ia.)

Kontaktit ovat joko asiakstapaamisia tai puhelinkeskusteluja. Asiakstapaaminen kestää minimissään 45 minuuttia ja puhelinkeskustelu noin 20 minuuttia. (Jaana Tapaninen, henkilökohtainen tiedonanto i.a.) Asiakstapaamisten keston kuitenkin määrittää asiakkaan tilanne ja tarve sekä toiminnan luonne. Mikäli kyseessä on keskustelutuki, on 45 minuuttia sopiva aika, sillä asiakas voi väsyessään alkaa toistaa itseään. Tapaamisaikojen rajausta on merkittävää myös sen vuoksi, että asiakas oppii orientoitumaan tapaamiseen ja hyödyntämään tiedossaan olevan ajan. KotiKatkon työntekijät antavat asiakkaille esimerkiksi erilaisia kotitehtäviä, joita he käyvät asiakkaiden kanssa yhdessä keskustellen läpi.

4.4.4 Intervallihoido ja tukikäynnit

Näiden palvelujen tarkoituksena on tukea asiakasta ylläpitämään alkanutta elämäntapamuutostaan. Intervallihoidoa voidaan asiakkaalle järjestää retkahduksen ehkäisemiseksi. Intervalliviikkoa tarjotaan asiakkaalle, joka tunnistaa

retkahdusriskitilanteensa ja haluaa riskivaiheeseen päihteettömyyttä tukevan intensiivisen hoitojakson.

Asiakkaalle voidaan järjestää hoitojakson päättymisen jälkeen tukikäyntejä. Tukikäynnit sopivat hyvin asiakkaille, jotka ovat kiinnittymässä muihin avopalveluihin. Tukikäyntien aikana voidaan asiakas siirtää avopalveluihin saattaen vaihtoen – periaatteella

4.5 Lähetete ja päätöksentekoprosessi

KotiKatkon lähetekäytännöstä sovittiin, että lähettävä taho, esimerkiksi sairaalat, sosiaalitoimistot, terveysasemat, A-klinikat ja kotihoito, tekevät asiakkaan hoidon tarpeen arvion ja lähetteen kotona tapahtuvaan katkaisuhoidon tai jälkikuntoutukseen. Lähetteet osoitettiin laitoshoidon koordinaattorille, joka teki itsenäisesti päätöksen asiakkaan kotona tapahtuvan katkaisuhoidon ja/tai jälkikuntoutuksen aloittamisesta. Tarvittaessa laitoshoidon koordinaattori esitti asiakastapauksen SAS työryhmälle, joka otti kantaa asiakkaalle sopivasta kuntoutusmuodosta. (Päivi Råman, kokousmuistio 7.12.2009.)

Pilottihankkeen aikana lähetteitä KotiKatkoon tuli eniten Katriinan sairaalasta, Kotihoidosta ja A-klinikoilta. Viisi asiakasta otti yhteyttä laitoshoidon koordinaattoriin itse. Alun perin ajateltiin KotiKatkon jälkikuntoutuksen mahdollistavan Päihdehuollon laituskuntoutusjakson lyhentymisen, mutta pilotin aikana laitokista ohjautui ainoastaan yksi asiakas KotiKatkon jälkikuntoutukseen. Sen sijaan vuonna 2011 lähetteitä kuntoutuslaitoksilta tuli enemmän.

KotiKatko-projektin aloittaessa toimintansa sovittiin, että kotona tapahtuvan katkaisuhoidon päätökset tekee laitoshoidon koordinaattori ja jälkikuntoutuspäätökset A-klinikkatyön yksikön johtaja. Käytäntö kuitenkin osoitti, että päätöksenteon sujuvuuden kannalta oli parempi keskittää päätöksenteko yhdelle henkilölle, ja luonnollisesti se tuli projektia koordinoivalle henkilölle.

KotiKatkon palvelun antamista koskevaa päätöksentekoa edeltää tarkka arvio sen soveltuvuudesta asiakkaalle. KotiKatkon alkuvaiheessa laitoshoidon koordinaattori oli SiniVidan työntekijän mukana arviointikäynnillä asiakkaan kotona, toisinaan myös asiakkaan oma sosiaalityöntekijä oli mukana. Asiakkaan tilanearviointikäyntejä tehtiin myös Katriinan ja Peijaksen sairaaloihin. Melko pian huomattiin, että asiakkaan luottamuksen rakentumisen kannalta oli mielekkäämpää, kun kotona tapahtuvan tilanearviokäynnin teki ainoastaan palvelun tuottaja, joka toteutti itse asiakastyötä.

Kullekin asiakkaalle nimettiin jo lähetteen tekovaiheessa avohoidon vastuuhenkilö. Vastuuhenkilön tehtävänä oli toimia linkkinä asiakkaan, laitoshoidon koordinaattorin ja SiniVidan työntekijän kesken. Vastuuhenkilö voi olla esimerkiksi kotihoidon työntekijä tai päihdevastaava, sosiaalityöntekijä, A-klinikan työntekijä jne. Ellei asiakkaalla ollut mitään kontaktia avohoitoon, vastuuhenkilö oli SiniVidan työntekijä. (Päivi Råman, kokousmuistio 5.2.2010.) Kotihoidon toimintayksiköissä oli nimetty päihdetyön vastaavat, jotka oli valittu tähän tehtävään oman kiinnostuksen sekä osaamisen perusteella (Råman, 2011.)

Joidenkin alkoholiongelmiaisten omaiset ja läheiset ottivat yhteyttä laitoshoidon koordinaattoriin. Yhteydenottajat olivat yleensä väsyneitä omaisensa tai läheisensä juomiseen. Juomisen aiheuttamat väkivaltatilanteet, taloudellinen hyväksikäyttö ja läheisen vaikeahoitoisuus olivat puheluiden huolenaiheita. Nimettömiä yhteydenottoja oli myös. Eräs asiakas kertoi päihdeongelmastaan ja kysyi, tehdäänkö lastensuojeluilmoitus, mikäli hän ottaa KotiKatkon palvelun vastaan. Lastensuojeluilmoituksen pelossa asiakas kieltäytyi palvelusta. (Råman 2011.)

4.6 Yhteistyö eri toimijoiden kesken

Tammikuussa 2011 Päihdepalvelut järjesti Kotona tapahtuvan katkaisuhoidon ja jälkikuntoutuksen päätösseminaarin. Päätösseminaarissa puheenvuoroja pitivät hankkeen toimijat. Toimijoiden kokemukset kotona tapahtuvasta katkaisuhoidosta ja jälkikuntoutuksesta olivat osoittautuneet hyviksi. Esimerkiksi kotihoidon työntekijät kokivat saaneensa hankkeesta tukea asiakkaiden kotona asumisen turvaamiseksi. Asiakkaiden alkoholin käytön vähentymisen nähtiin parantavan asiakkaiden toimintaa ja kotona selviytymistä. Yhteistyö toimijoiden kesken kehittyi koko hankkeen ajan. (Råman, 2011.)

Kotihoidon, Päihdepalvelun ja SiniVidan välinen yhteistyö kehittyi sujuvammaksi. Asiakkaan KotiKatko-palveluun ohjautumista madallettiin siten, että kotihoito voi olla suoraan yhteydessä SiniVidan työntekijöihin niin sanotun huolipuhelun nimissä. Näin asiakkaat saivat nopeasti kotiin SiniVidan työntekijän käynnin, sillä lähetettä ei tarvinnut toimittaa ensin Päihdepalveluun. (Råman, 2011.) Kotihoito pyrki tahollaan tekemään laaja-alaista verkostoyhteistyötä mm. sosiaalityöntekijöiden, terveysasemien ja erikoissairaanhoidon lääkäreiden, kotihoidon lääkäreiden ja muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Tarvittaessa kotihoidon ja palvelutalojen työntekijät konsultoivat Kotikatkon ja A-klinikan asiantuntijoita. Ongelmana hankkeen alkuaikoina oli se, että molemmilla sekä SiniVidan että Kotihoidon työntekijöillä ei ollut tarpeeksi tietoa toistensa työn sisällöstä, työta-voista, tukipalveluista eikä työmenetelmistä. (Råman, 2011.)

Päihdeasiakkaiden määrä on lisääntynyt kotihoidossa ja palvelutaloissa, tai ainakin se on tullut näkyvämmäksi hankkeen aikana. Kotihoidon resurssit eivät riitä vastaamaan päihdeasiakkaiden tarpeisiin. Kotihoidon ja palvelutalojen henkilöstö on tuonut esille tarvetta saada lisää päihdetyönkoulutusta, esim. päihteiden käytön puheeksi ottoon ja asiakkaan kohtaamiseen.

Yhteistyö KotiKatkon kanssa oli ajoittain haastavaa, sillä kotihoidon työntekijöillä ei ollut riittävästi tietoa palvelusta eikä työnkuvasta. Kotihoidossa oli turhautumista aiheuttanut mm. asiakkuuden lopettaminen, kun Sinividan tarjoama tuki ei ollut riittävää asiakkaan päihdeongelman hoidossa. SiniVidan kotikatkotyönteki-

jöille on ajoittanut jäänyt kuva, että kotihoito vetäytyy asiakkuudesta ja asiakas kaikkine palveluntarpeineen jää KotiKatkon työryhmälle. Lähes kaikille asiakkaille oli pyydetty yhteistyössä aloitusverkostoa, jotta tehtäisiin selkeät työnjaot ja sovittaisiin pelisäännöt, mutta kotihoidolla ei ollut aikaa näihin tapaamisiin. Sinividan hoitojakson päätyttyä on muutamille asiakkaille pyydetty päihdehoitajan käyntejä kotiin, mutta näihin ei ole löytynyt aikaa. (Råman, 2011.)

Yhteistyö A-klinikoiden, katkaisuhuoltoaseman ja SiniVidan kesken on parantunut. Neuvotteluissa on sovittu mm. työnjaosta. KotiKatko-palvelun tunnettavuuden ja asiakkaiden kuntoutumisen myötä luottamus kotiin vietyyn päihdepalveluun lisääntyi. Katkaisuhuoltoasemalta alkoi myös tulla yhteydenottoja ja läheteitä KotiKatkon jälkikuntoutukseen.

5 TUTKIMUKYSYMUKSET JA METODISET RATKAISUT

5.1 Tutkimuskysymykset

KotiKatko-hankkeen asiakastyön tavoitteiksi on kirjattu asiakkaiden arkielämän hallinnan ja hyvinvoinnin lisääminen sekä syrjäytymisen ehkäisy. Tässä tutkimuksessa selvitetään, miten kotikatkon jälkikuntoutuksessa olleiden asiakkaiden kuntoutussuunnitelmia on käytännössä toteutettu ja millaiset vaikutukset jälkikuntoutuksella on ollut asiakkaiden arkielämään.

Tutkimuskysymykset ovat:

.

Miten jälkikuntoutus toteutettiin asiakkaiden kohdalla?

Miten asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien tavoitteet toteutuivat?

Mitkä tekijät jälkikuntoutuksen interventioissa toimivat asiakkaan tilanteesta muutosta aikaan saavasti tai sitä estävästi?

Millaisia kehittämistarpeita tutkimustulokset tuottavat?

5.2 Tutkimuksen lähestymistapa

KotiKatkon jälkikuntoutusasiakkaat saavat päihdehoitoa ja kuntoutusta omassa toimintaympäristössään. Työntekijät kohtaavat asiakkaat heidän arkipäivän käytännöissään ja tekevät arvioita asiakkaan kokonaistilanteesta kuntoutumisen eri vaiheissa. Interventiot ja menetelmät elävät koko kuntoutusprosessin ajan. Se, mikä toimii jollekin asiakkaalle, ei välttämättä toimi toiselle. Kullekin asiakkaalle tavallaan räätälöidään sopiva hoidon ja kuntoutuksen sisältö. Kyseessä on tapauskohtainen työote, jossa tapauksen ainutlaatuisuus, yksilön elämäntilanne, olosuhteet, ja historia huomioidaan (Lindqvist 2005, 13).

Näen opinnäytetyöni olevan arviointiin liittyvää tutkimusta ja lähestymistavaksi olen valinnut realistisen arvioinnin soveltuvien osien. Realistiseen arviointitutkimukseen päädyin, koska sillä vastataan kysymykseen, miksi jokin interventio vaikutti (Julkunen, Lindqvist, Kainulainen 2005,3). Niiniluoto (2006) on määritellyt realismin seuraavasti:

Realismin käsite on johdettu sanasta *res*, joka tarkoittaa olioita tai asioita. Oliot ovat reaalisia, jos ne ovat todellisia ja realiteetti tarkoittaa kaikkien olemassa olevien olioiden muodostamaa todellisuutta.

Sanalla *olio* tarkoitetaan konkreettisten esineiden lisäksi muun muassa tapahtumia, prosesseja, järjestelmiä. Realismi on oppi todellisuudesta tai sen joistakin osista. (Niiniluoto 2006, 23.)

Realismi voidaan jaotella naiiviin ja tieteelliseen realismiin. Naiivissa realismissa uskotaan havainnon vastaavan todellisuutta. Tieteellinen realismi puolestaan korostaa tieteen merkitystä todellisuutta koskevan tiedon muodostuksessa. (Pekkarinen ja Tapola-Haapala 2009, 185.)

Kriittisellä realismilla, joka kuuluu tieteelliseen realismiin, tarkoitetaan metateoriaa, joka vastaa ontologisiin ja epistemologisiin kysymyksiin todellisuudesta: Mitä todellisuus on ja kuinka todellisuudesta saadaan tietoa? Filosofisessa mielessä ontologisessa realismissa maailman olemassaolo nähdään ihmismielestä riippumattomana. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009.)

Kriittisessä realismissa konkreettisen tutkimuksen metateoreettiset lähtökohdat luovat puitteet ilmiöiden tulkintaan ja selittämiseen. Todellisuudesta voidaan tehdä erilaisia tulkintoja. Tulkinnat eivät ole samanarvoisia, sillä jokin tieteen teoria voi selittää todellisuutta toista paremmin. Totuusväittämien rationaalinen perustelu on tieteen keskeinen tehtävä. Todellisuutta pyritään tavoittamaan tieteellisiä teorioita testaamalla ja kehittämällä, mutta siinä ei kuitenkaan aina onnistuta. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009.)

Pekkarisen ja Tapola-Haapalan (2009) mukaan Roy Bhaskar, joka pani alkuun kriittisen realismin teorian, näki tieteen keskeisten tutkimuskohteiden olevan mekanismeissa ja rakenteissa, jotka saavat aikaan ja muokkaavat ilmiöitä. Nä-

mä mekanismit ja rakenteet voivat olla havaintojemme ulkopuolella, mutta niistä voidaan tulla tietoisiksi teorioiden avulla. Kriittinen realismi on tieteen filosofia, jolle on ominaista todellisuuden, tiedon ja tietämisen kokonaisvaltaisuus. Kriittinen realismi uskoo, että empiirisesti havaittujen ilmiöiden lisäksi on mahdollista tutkia ei havaittavaa maailmaa ja tehdä se näkyväksi. Kriittinen realismi mahdollistaa sosiaalisten rakenteiden vaikutusten tarkastelun koskien ihmisten elämää, näin ollen se tarjoaa toimijoille mahdollisuuden sosiaalisten rakenteiden murtaamiseen, rakentamiseen ja uudistamiseen sekä toimijapositioniin ja näiden välisiin suhteisiin vaikuttamiseen. (Pekkarinen & Tapola-Haapala 2009.)

.

Pekkarinen ja Tapola-Haapala (2009,187) kirjoittavat kriittisen realismin jakautuvan, Bhaskarin teorian mukaan, kolmeen katsantoalaan: reaaliiseen, aktuaaliiseen ja empiiriseen. Reaallinen ala tarkoittaa kaikkia olemassa olevia rakenteita ja voimia (mekanismeja), riippumatta siitä havaitsemme tai ymmärrämmekö tätä vai emme. Tässä on kyse ontologisesta realismista, jonka mukaan ihmis mielestä riippumaton maailma on olemassa. Aktuaaliseen alaan kuuluvat tapahtumat, jotka mekanismit laukaisevat. Tapahtumat joko havaitaan tai ollaan havaitsematta. Empiirinen ala puolestaan liittyy havaintoihin ja kokemuksiin, jolloin voimme kerätä tutkimusaineistoa ja panna täytäntöön teorioitamme. (Pekkarinen ja Tapola-Haapala 2009.)

Kriittisen realismin mukaan havainnot eivät aina vastaa todellisuutta, sillä todellisuudesta voidaan tehdä virheellisiä tulkintoja. Epistemologinen relativismi onkin keskeinen kriittistä realismia määrittävä tekijä. Kriittiset realistit pitävät pelkkään empiiriseen tietoon perustuvia havaintoja riittämättöminä. (Pekkarinen ja Tapola-Haapala, 2009,188.)

5.2.1 Arviointitutkimus

Virtasen mukaan (2007, 93) arviointi voidaan jakaa kolmeen ajalliseen ulottuvuuteen, joita ovat etukäteisarviointi, jatkuva arviointi ja jälkikäteisarviointi. Etu-

käteisarviointi tehdään ennen toiminnan alkua, jatkuva arviointi tapahtuu toiminnan aikana ja jälkikäteisarviointi toiminnan jälkeen.

Arviointi voidaan jakaa käsitteellisesti formatiiviseen ja summatiiviseen arviointiin. Formatiivisen arvioinnin avulla voidaan tukea julkista toimintaa toiminnan käynnistämisen ja toteutuksen aikana. Formatiivisen arvioinnin tavoitteena on löytää toiminnasta vahvuuksia, parantamisalueita ja kehittämiskohteita. Summatiivinen arviointi on puolestaan luonteeltaan tilintekovastuullisuutta. Arvioinnissa ollaan kiinnostuneita siitä, miten toiminnan tavoitteet on saavutettu. (Virtanen 2007, 93.)

KotiKatko-hankkeen aloittamista edelsivät sairaalapalveluiden, kotihoidon ja Päihdepalvelujen kokemukset alkoholinkäyttäjien kasvavasta osuudesta asiakaskunnassa. Alkoholinkäytön seuraukset ja haitat näkyivät sairaaloissa ja kotihoidossa asiakkaiden toimintakyvyn heikkenemisenä ja tapaturmina. Päihdepalvelujen kyky vastata etenkin hoivan ja huolenpidon tarpeessa olevien ikääntyvien ja ikääntyneiden, toimintarajoitteisten ja muistihäiriöisten asiakkaiden päihdehoitoon ja kuntoutukseen oli riittämätöntä, joten tarvittiin heidän tarpeensa huomioon ottavaa päihdehoitoa.

KotiKatko-hanke on ollut kehittämistyötä, joka on sisältänyt kehittämishankkeelle tyypillisen jatkuvan arvioinnin näkökulman. Jatkuva arviointi on tapahtunut kolmella eri tasolla: Kotikatkon työntekijöiden ja asiakkaiden keskinäisissä keskusteluissa, projektiryhmän säännöllisissä kokouksissa ja ohjausryhmän kokouksissa. Varsinaista arviointilomaketta työntekijöille ei ole tehty, sen sijaan arviointi on tapahtunut reflektiivisessä dialogissa eri toimijatasojen kesken.

Lisäksi perustettiin erillinen työryhmä suunnittelemaan asiakaspalautelomaketta. Työryhmä koostui projektiryhmän kolmesta työntekijästä. Marraskuussa 2010 asiakaspalautelomake lähetettiin 39 asiakkaalle, joiden kuntoutus oli päätynyt. Vastauksia saimme 15 asiakkaalta. Asiakaspalautteen tulokset on kuvattu Kotikatkon pilottihankkeen loppuraportissa 2011 joka on luettavissa Vantaan internet sivuilta: Vantaa.fi > Sosiaali- ja terveydenhuolto > Perhepalvelut > Päihdepalvelut > Tiedotteet.

Pilottihankkeen päättyessä ohjausryhmä ja projektiryhmä päättivät jatkaa toimintaansa koko sopimuskauden vuoden 2012 loppuun. Pilottihankkeen aikana oli huomattu, että uusi palvelumuoto, jossa tehtiin yhteistyötä eri toimintayksiköiden kesken, edisti merkittävästi asiakkaiden hyvinvointia. Yhteistyön kehittäminen edelleen etenkin kotihoidon ja KotiKatkon välillä nähtiin tarpeelliseksi. Kehittämisessä ohjausryhmän eri toimintayksiköiden edustajien näkökulmat ja keskinäinen tuki olivat tärkeitä.

Päihdepalvelu järjesti toimijoille pilottivaiheen päätösseminaarin tammikuussa 2011. Seminaarissa eri toimijatahot esittivät kokemuksensa KotiKatko-hankkeen toiminnasta. Vuosina 2011 ja 2012 järjestettiin toimijoille myös työpajailtapäivät. Työpajailtapäivillä tehtiin ryhmätöitä, joissa käsiteltiin seuraavia teemoja: missä olemme onnistuneet, mitä yhteistyö eri toimijoiden kesken parhaimmillaan on ja mihin olemme valmiit sitoutumaan jatkossa.

Tämä tutkimus liittyy osaltaan kotikatko toiminnan formatiiviseen arviointiin, sillä tutkimuksessa vaikutusten arviointi kohdistuu asiakkaiden kuntoutussuunnitelmien tavoitteiden toteutumiseen.

5.2.2 Realistinen arviointitutkimus

Realistisiin tutkimusmenetelmiin lukeutuu laaja skaala tutkimusmenetelmiä, kuten esimerkiksi etnografia, kokeellinen tutkimus ja havainnointi. Näitä kaikkia yhdistää realistisen arvioinnin strategia. (Pawson ja Tilley 1997.)

Realistisessa arviointitutkimuksessa pidetään tärkeänä selvittää ohjelman tai intervention toimenpiteiden vaikutuksia. Realistinen arviointitutkimus tukeutuu uuteen tieteelliseen realismiin, jossa ihmisen käsityksistä suhteellisen riippumaton sosiaalinen, psyykkinen, biologinen ja fysikaalinen todellisuus moniulotteisine syysuhteineen on olemassa. (FinSoc 2001.) Ohjelma tarkoittaa tässä tutki-

muksessa asiakkaiden kuntoutussuunnitelmia ja interventio niitä toimenpiteitä, työtapoja sekä menetelmiä, joita työntekijät käyttivät asiakastyössä.

Realistisen arvioinnin tarkoituksena on pyrkiä kehittämään tulevaa työtä. Tulevaisuuden työn kehittäminen tapahtuu nykyisen työn tarkalla dokumentoinnilla. Dokumentointia analysoimalla saadaan selville, miten työntekijät toimivat nyt ja mitä asiakkaille silloin tapahtuu. Realistisen evaluaation kautta väitetään saavutettavan toistettavuutta ja yleistettävyyttä, koska sillä vastataan kysymyksiin miksi jokin toimii ja kenen kohdalla. Kriittinen realismi korostaa sitä, että on myös ymmärrettävä, mistä tulokset ja vaikutukset muodostuivat. Näin ollen arviointiin on sisällytettävä sekä prosessin että vaikutusten arviointi. (Lindqvist 2005.)

Arviointityössä on keskeistä käsittää, miten jokin interventio tuottaa prosessin kautta tuloksen. Kyseessä on vaikutuskysymys, joka vastaa siihen, missä määrin saavutetut tulokset ovat toteutetun intervention tuottamia. Vaikutuksista puhuttaessa on kyse syy-seuraussuhteesta eli kausaalisuudesta. Vaikutukset voivat olla ennakoituja tai ennakoimattomia, myönteisiä, kielteisiä, tahallisia tai tahattomia. Dahler- Larsen toteaa vaikutusten olevan paikallisia tai yleistettäviä. (Dahler-Larsen 2005, 7.)

Lindqvistin (2005, 13) mukaan arviointitutkimuksessa olennaista on niin sanottu teoriasidonnainen kausaalisuus, josta hän kirjoittaa seuraavasti:

Jos kausaalisuus nähdään ihmis- ja yhteiskuntatieteissä mahdolltomaksi, katoaa samalla mahdollisuus arviointiin tai ainakin se ymmärretään merkittävästi toisella tavalla. Jos kaikki olisi ainutkertaista, tulkinnallista ja merkityksenannot olisivat kokonaan yksilöllisiä, ei voitaisi ajatella löydettävän yleistettävää tai siirrettävää tietoa. Mutta evaluaatiotutkijat ajattelevat, että yleensä ainakin osa ihmisen toiminnasta ja ajattelusta on samanlaista siinä mielessä, että siinä on ennustettavuutta.

Realistisen arvioinnin yksi peruskysymys on kausaalisuus. Realismissa kausaalisuus nähdään generatiivisena, jolloin tapahtumien selittäminen on vertikaalinen ilmiö. Ilmiöitä ja tapahtumia selittävät todellisuuden eri kerrostumat. Selitykset jonkin tapahtuman esiintymiselle löydetään todellisuuden kerrostumien ra-

kenteista ja mekanismeista. Sosiaalisten tapahtumien syinä olevat rakenteet ja mekanismit eivät ole aina aistein havaittavissa, (Korteniemi 2005, 19.) mutta tutkimuksella niistä voidaan tulla tietoiseksi.

Korteniemen (2005) mukaan sosiaalityössä asiakkaan tilanteeseen vaikuttavat mekanismit liittyvät vuorovaikutuksen tasoon, psykologiseen tasoon, organisatioiden toiminnan tasoon sekä yhteiskunnan rakenteiden ja toimintamekanismien tasoon. Mekanismien aikaansaamat muutokset ovat syy- ja seuraussuhteiden perustana olevia kausaalisia lainalaisuuksia. Syy-seuraussuhteiden ymmärtäminen edellyttää niiden perustana olevien mekanismien tunnistamista. Mekanismien aikaansaamat muutokset ovat riippuvaisia kontekstista. Joissakin tilanteissa mekanismit, esimerkiksi sosiaalityön menetelmät, saattavat toimia hyvin, joissakin huonosti. (Korteniemi 2005, 20.)

Pawson ja Tilley korostavat, että ohjelmia ei tule ajatella jonkinlaisina yhtenäisinä tapahtumina, jotka toimivat tai eivät toimi, sillä tutkija kohtaa todellisuuden monisäikeisyyden. Lisäksi ohjelmien tulokset johtuvat lukemattomista asiayhteyksistä/ konteksteista ja mekanismeista. (Pawson & Tilley 1997, 107.)

Kazin (2003, 27–30) mukaan realistisessa arvioinnissa ei ole kyseessä ainoastaan siitä toimiiko ohjelma, vaan mikä ohjelmassa saa sen toimimaan ja miksi se toimii toisille ihmisille ja toisille ei. Realistisen arvioinnin päätarkoituksena Kazi pitää käytännön mallien kehittämistä ja niiden parantelua.

6 AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI

KotiKatkon pilottivaiheen eli vuoden 2010 aikana ilmeni, että KotiKatko avohoitona on kohdannut ikääntyvät päihdeongelmaiset ja heidän päihdehoitonsa kotiin annettuna on osoittautunut kehittämisen arvoiseksi. Pilottivaiheen aikana KotiKatkon asiakkaista yli puolet oli ikääntyviä. Tästä ilmiöstä johtuen kiinnostuin kohdentamaan KotiKatkon vaikutusten tutkimisen nimenomaan ikääntyviin asiakkaisiin.

Näen sosiaalityön osaltaan olevan yhteiskunnallista vaikuttamistyötä ennen kaikkea marginaalissa olevien asiakkaiden tilanteen ja heidän palvelujensa kehittämisen tarpeen näkyväksi tekemisen osalta. Mielestäni sosiaali- ja terveydenhuollon käytännön kokemusten ja kehittämistyön areenat ovat paikkoja, joissa asiakkaan ääni tulee huomioida palveluja suunniteltaessa. Asiakkaiden kokemukset tulevat parhaiten esille kuuntelemalla asiakkaita itseään, joten KotiKatkon vaikutusten tutkimisessa olen käyttänyt asiakashaastatteluja.

Kolmiomittauksesta eli triangulaatiosta on kyse silloin, kun samassa tutkimuksessa käytetään erilaisia aineistoja, teorioita, ja menetelmiä tai tutkimuksessa on mukana useampia tutkijoita (Eskola ja Suoranta 2008, 68). Opinnäytetyöksäni olen käyttänyt laadullisia aineistoja. Aineistoni muodostuu KotiKatkon asiakkaiden dokumentti- ja haastatteluaineistoista. Olen saanut tutkimusluvut käyttämäni aineistoon Vantaan Sosiaali- ja terveystoimen perhepalvelujen johtajalta 25.10.2011.

6.1 Dokumenttiaineisto

Dokumenttiaineistoni muodostuu haastattelemieni KotiKatkon asiakkaiden kuntoutussuunnitelmista ja hoitoyhteenvedoista. Kuntoutussuunnitelmien tarkoitus

on ohjata asiakastyön prosessia. Siinä tulee olla kirjattuna asiakkaan hoidon tarve, hoidolle asetetut tavoitteet ja keinot, joilla tavoitteet saavutetaan. Kuntoutussuunnitelmaa tarkistetaan ja sitä voidaan täydentää tai muuttaa hoitojakson aikana. KotiKatkon kuntoutussuunnitelmat luodaan heti hoitojakson alkuvaiheessa. Niissä on kirjattu hoitojakson päätavoitteet. Osatavoitteet luodaan kuntoutusprosessin aikana.

Hoitoyhteenvedo tehdään asiakkaan hoitojakson loppupuolella. Hoitoyhteenvedossa ilmoitetaan hoidon kesto ja kerrotaan, kuinka hoitoa on toteutettu, mitkä ovat olleet muutokset asiakkaan elämässä hoitojakson aikana ja onko tavoitteet saavutettu. Hoitoyhteenvedossa mainitaan myös asiakkaan jatkohoitosuunnitelma.

6.2 Haastatteluaineisto

Varsinaisen KotiKatkon vaikutusten arviointitutkimuksen primääriaineiston muodostaa kolmen KotiKatkon asiakkaan avoimet haastattelut, joilla selvitin asiakkaiden kokemuksia KotiKatko-palvelusta. Avoimet haastattelut toteutin marraskuussa 2011. Haastattelut toteutin asiakkaiden kodeissa ja jokaista haastateltavaa tapasin kaksi kertaa.

Laadulliselle tutkimukselle luonteenomaisesti (Eskola & Suoranta 2008, 18) valitsin haastateltavat harkinnanvaraisesti. Pyysin KotiKatkon työntekijöitä kartoittamaan ne asiakkaat, jotka haluaisivat osallistua tutkimukseen. Haastatteluun valitsin neljä ensiksi halukkuutensa ilmoittanutta asiakasta. Olin tehnyt jokaiselle kolmelle asiakkaalle yhden haastattelun, kun sain tietää, että neljäs haastateltava oli joutunut sairaalahoitoon. Päätin edetä siten, että suoritan kaikkien kolmen haastattelut loppuun ja mikäli aineistosta ei nouse mitään uutta esille, haastattelen neljännen asiakkaan myöhemmin.

Haastatteluja tein loppujen lopuksi kolmelle asiakkaalle, kullekin kaksi haastattelua. Haastateltavien kriteereiksi asetin sen, että heidän tuli olla aikaan ja paik-

kaan orientoituneita ja heidän kuntoutumisjaksonsa päättymisestä tuli olla kulu-
nut vähintään puoli vuotta. Tämän puolen vuoden rajan asetin sen vuoksi, että
halusin selvittää, ovatko muutokset asiakkaan tilanteessa olleet pitkäkestoisia.

Haastateltavat olivat KotiKatkon kuntoutuksen jo päättäneet yli 55-vuotiaat,
kaksi naista ja mies. Yli 55-vuotiaat perustelen sillä, että KotiKatko-hankkeen
pilottivaiheen kaikista asiakkaista yli puolet oli keski-ikäisiä ja vanhempia. Osa
näistä pilottivaiheen asiakkaista oli syrjäytynyt työelämästä, ystävistä, harras-
tuksista ja osa eli syrjäytymisuhan alla.

Avoimella haastattelulla on useita eri nimityksiä, kuten vapaa haastattelu, syvä-
haastattelu, informaali haastattelu, ei-johdettu haastattelu ja strukturoimaton
haastattelu. Avoin haastattelu on keskustelua, jossa haastattelijä selvittelee
haastateltavan ajatuksia, tunteita, mielipiteitä ja käsityksiä sen mukaan kuin ne
tulevat keskustelun aikana esiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 205–
206.) Syvähaastattelussa haastattelijä rohkaisee haastateltavaa ilmaisemaan
perimmäiset omat näkemyksensä esille ottamistaan asioista. Hän toteaa myös,
että haastattelijalla on vaarana ajautua olennaisen tiedon keruusta eettisesti
arveluttavaan ohjaukseen haastateltavien henkilökohtaisissa ongelmissa. (Rob-
son 2000, 136.)

Avoimen haastattelun valitsin, koska se on ollut minulle luonnollinen tapa tehdä
asiakastyötä ja kerätä tietoa asiakkaan kokonaistilanteesta. Olen tehnyt ai-
emmin päihdepalveluissa suoraa asiakastyötä A-klinikalla ja katkaisuhuoltoase-
malla. Roolini haastattelutilanteessa vaihteli tutkijan ja päihdeterapeutin välillä
riippuen asiakkaan esiin tuomista asioista. Haastattelutilanne eteni kerronnalli-
sessa ilmapiirissä, jossa annoin asiakkaiden vapaasti assosoida mennyttä ja
nykyistä elämäänsä. Välillä tein tarkentavia kysymyksiä ja ohjasin keskustelun
liittymään Kotikatkon toimintaan. Haastattelutilanteessa olin tarkkana, etten an-
tanut haastateltavien pysähtyä liian pitkäksi aikaa johonkin elämänkriisivaihee-
seen, sillä tiesin haastateltavilla olevan avohoitokontaktit, joissa heillä oli mah-
dollisuus käsitellä syvällisemmin elämänsä eri vaiheita. Kehotin kuitenkin haas-
tateltavia ottamaan puheeksi vaikeat asiat kunkin omassa avohoitosuhteessa.
En myöskään lähtenyt ohjaamaan tai opastamaan haastateltavia heidän arki-

asioidensa hoidossa, lukuun ottamatta yhtä haastateltavaa, jolle annoin kotisivoojan yhteystiedot haastattelun päättymisen jälkeen. Kerroin haastateltaville, että tulen käyttämään haastatteluaineistosta ainoastaan tutkimukselle merkittäviä tietoja.

Tutkijan ja päihdeterapeutin roolin säätelyssä en kokenut ongelmia. Sen sijaan aineiston litterointivaiheessa pohdin, mitä haastateltavien kertomia tietoja voin käyttää, etteivät asiakkaat ole tunnistettavissa. Haastateltavien kokemus haastattelutilanteesta oli heille, kertomansa mukaan, myönteinen.

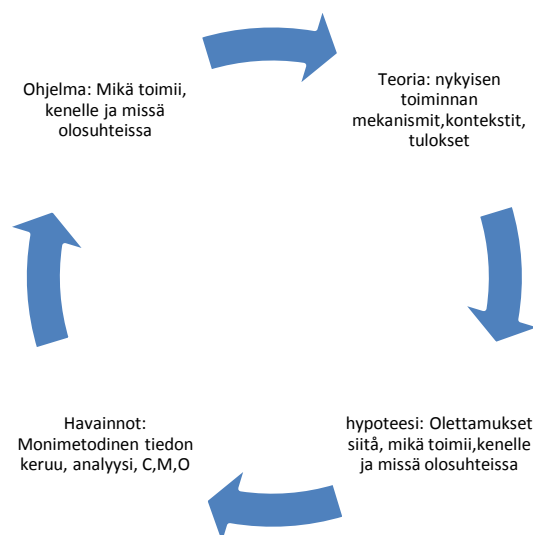
Avoimelle haastattelulle on luonteenomaista se, että tutkija ei ole muodostanut loppuun lyötyjä ennakko-olettamuksia tutkimuskohteesta tai tutkimustuloksista, vaikka hänellä aikaisempaan kokemukseensa perustuen niitä olisikin (Eskola ja Suoranta 2008, 19). Ennakko-oletukset toimivat tutkimuksen esioletuksina. Omat esioletukseni tutkimustuloksista liittyivät asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutussuhteen laatuun ja asiakkaan osallisuuden kokemukseen. Kokemukseni mukaan toimivan asiakassuhteen syntymiseen vaikuttaa työntekijän ja asiakkaan kohtaamisen luonne. Asiakasta arvostava kohtaaminen mahdollistaa luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen kehittymisen. Olettamukseni asiakkaan toipumiseen vaikuttavista tekijöistä on asiakaslähtöisyydessä, jossa asiakasta kuullaan ja kuunnellaan ja jossa asiakkaalle etsitään hänelle sopivia kuntoutusmuotoja ja joiden etsimiseen asiakasta osallistetaan. Esioletuksistani huolimatta halusin tutkijan roolista käsin myös oppia uutta ja löytää uusia näkökulmia, en vain todentaa ennestään epäilemääni, kuten Eskola ja Suoranta (2008, 20) ovat todenneet.

Ennen haastattelua olin puhelinyhteydessä kuhunkin haastateltavaan. Kerroin heille mistä tutkimuksessani on kyse ja mihin heidän haastatteluaan tarvitsen. Annoin heille myös asiakaskirjeen, jossa kuvasin lyhyesti tutkimusaiheeni ja jossa pyysin heitä osallistumaan tutkimukseen. Asiakaskirje on liitteenä 1. Kerroin myös, että heillä on oikeus keskeyttää tutkimukseen osallistuminen koko tutkimusajanjakson ajan ja mikäli niin tapahtuu, heidän haastatteluaineistoaan en tule käyttämään tutkimuksessa. Mainitsin jo puhelinkeskustelussa asiakkaille, että tulen äänittämään haastattelut ja hävittämään äänitetyt aineistot tutki-

muksen päätyttyä. Haastattelun sovimme tapahtuvaksi jokaisen omassa kodissa. Haastateltavilta sain kirjallisen suostumuksen heitä koskevan aineiston käyttämiseen. Suostumuskirjeluonnos on liitteenä numero 2. Haastatteluaineistoni asiakastapausten pienestä määrästä johtuen pyrin analysoimaan niitä mahdollisimman perusteellisesti. Eskola ja Suoranta (2008, 18) ovatkin todenneet, että tieteellisyyden kriteeri pienessä määrässä aineistoa ei keskity sen määrään vaan laatuun.

Realistisen arviointitutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat kontekstit, interventio, mekanismit ja tulokset. Robsonin (2000, 112) mukaan teoriat ovat esityksiä siitä, kuinka tietyt mekanismit toimivat tietyssä kontekstissa saaden aikaan vaikutuksia. Robson korostaa, etteivät projektin tai toimintaohjelman toiminnot itsessään muodosta mekanismeja, vaan mekanismi on toimintojen aikaansaama vastakaiku osallisissa (Robson 2000, 116).

Realistisen arvioinnin teorian mukaisesti on tärkeää ensiksi määritellä kontekstit, tavoitellut tulokset ja muutosta alullepaneavat mekanismit sekä kuvata interventiot, joiden avulla mekanismit käynnistyvät. Näiden pohjalta luodaan teoreettinen hypoteesiketju C-M-O (konteksti-mekanismi-tulos). Tämän oletusketjun toimivuutta testataan ja sen jälkeen luodaan uusi kehittyneempi C-M-O oletusketju. Pawson ja Tilley (1997, 85) ovat esittäneet realistisen arvioinnin kehämäisesti etenevänä prosessina seuraavan kuvion mukaisesti. Ajatus on, että ohjelma tai toimintatapa elää kaiken aikaa siten, että arviointia voidaan tehdä jatkuvasti ja arvioinnin perusteella toimintaa voidaan kehittää edelleen.



KUVIO 3. Realistinen arviointikehä (Pawson ja Tilley 1997, 85).

Opinnäytetyöni tutkimuskysymyksistä lähtöisin olen analysoinut haastattelu- ja dokumenttiaineiston konteksti-mekanismi-tulos-vaikutusketjuja. Analyysini tarkoituksena on tuoda näkyväksi ne vaikutusmekanismit, jotka joko edistivät tai estivät asiakkaiden kuntoutumista ja arkielämänhallintaa.

Opinnäytetyöni dokumentti- ja haastatteluaineiston analyysi on sisällönanalyysia. Olen purkanut ja litteroinut jokaisen haastateltavan luona äänitetyn materiaalin. Litteroitua tekstiä muodostui 53 sivua, rivivälillä 1-1½. Merkitsin haastateltavieni lausumat H kirjaimella ja omani T kirjaimella. Litteroinnin jälkeen kävin tekstit läpi siten, että alleviivasin punaisella ne asiat, jotka ilmaisivat konteksteja, sinisellä alleviivasin mekanismit ja vihreällä vaikutukset. Seuraavaksi toimin asiakkaiden hoitoyhteenvetojen kanssa samalla tapaan. Etsin asiakasdokumenteista kontekstit, mekanismit ja tulokset alleviivausmerkinnöillä.

Löydettyäni kontekstit, mekanismit ja tulokset sekä haastatteluaineistoista että dokumenttiaineistoista, järjestin ne taulukkomuotoon. Taulukointi helpotti minua hahmottamaan kokonaisuutta. Tämän jälkeen kirjoitin auki ja analysoin aineiston asiakaskohtaisesti. Seuraavaksi etenin siten, että kirjoitin yhteenvedossa tulokset johtopäätöksineen konteksteista, interventioista ja mekanismeista.

7 LAADULLISEN AINEISTON TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tulokset esittelen asiakastapauksittain aloittaen lähtötilanteen kontekstitekijöistä. Kontekstitekijät muodostuivat asiakkaiden iästä, sukupuolesta, työhistoriasta, päihteiden käytöstä, terveydentilasta, taloudellisesta tilanteesta ja sosiaalisista suhteista sekä arjessa selviytymisestä. Jokaisen asiakastapauksen kuvailusta etenen kuntoutussuunnitelmien esittelyyn. Kuntoutussuunnitelmat edustavat tässä tutkimuksessa realistisen arviointikehässä oletuksia siitä, mikä toimii, kenelle ja missä olosuhteissa.

Kuntoutussuunnitelmista olen tehnyt taulukot, joiden numerot ovat 3,4 ja 5. Kuntoutussuunnitelmien esittelyn jälkeen analysoin ja kuvaan uusien taulukoiden avulla haastattelu- ja dokumenttiaineistosta kontekstit, työntekijöiden interventiot, mekanismit ja lopuksi vaikutukset. Tässä on kyse realistisen arvioinnin vaikuttavuusyhtälöstä CMO. Taulukot olen lisännyt liitteiksi numeroin 3–8. Taulukoihin olen lisännyt interventiot, sillä vaikutusmekanismien käynnistyminen edellyttää interventioita. Interventiot ovat niitä asiakastyössä käytettäviä sosiaalityömenetelmiä, jotka käynnistävät mekanismit, joilla puolestaan oletetaan olevan asiakkaan tilanteessa muutosta aikaansaava merkitys.

Kontekstit, mekanismit ja vaikutukset vaihtelevat siten, että yhdellä tasolla konteksti voi olla esimerkiksi asiakkaan haitallinen alkoholinkäyttö, johon haetaan muutosta. KotiKatkon työmenetelmillä eli interventioilla pyritään aikaansaamaan tämä muutos. KotiKatkon työmenetelmä voi olla esimerkiksi ohjaus ja neuvonta. Työmenetelmä ei kuitenkaan itsessään aiheuta muutosta vaan sen oletetaan käynnistävän muutosta aiheuttavat mekanismit. Mekanismi voi olla esimerkiksi ymmärryksen ja tiedon lisääntyminen alkoholin käytön haitoista ja vaikutus päihitteettömyys. Toisella tasolla päihitteettömyys onkin konteksti, mekanismi puolestaan keskustelutuki tiiviillä tapaamisilla ja vaikutus toimintakyvyn paraneminen. Edelleen CMO-yhtälöitä käyttäen: Konteksti on esimerkiksi toimintakyvyn ylläpitäminen, mekanismi päihitteettömyys ja tulos arkielämän hallinnan lisääntyminen. Päihitteettömyys siis saattaa olla sekä konteksti, mekanismi ja vaikutus/tulos riippuen siitä, millä tasolla asiakkaan kuntoutuminen on.

Tällä logiikalla olen analysoinut asiakkaiden dokumenttiaineistoa ja haastatteluaineistoa. Haastattelu- ja dokumenttiaineisto koskevat kolmea asiakastapausta, joten yleistettävyyteen en tämän aineiston koon vuoksi pyri. Se kuitenkin lisää ymmärrystä siitä, mitkä toiminnot ja tapahtumat saivat aikaan muutosta haastattavien asiakkaiden elämässä.

Asiakkaiden tilanteissa tapahtuviin muutoksiin eivät kuitenkaan vaikuta pelkäämään sosiaalityön tai KotiKatkon interventiot vaan muutokseen sysääviä tapahtumia ja mekanismeja löytyi asiakkaiden koko elämän alueelta. Tässä on kyseessä realistisen arvioinnin generatiivisesta kausaalisuudesta, jolloin syy-seuraussuhde nähdään monikerroksisena. Muutokseen vaikuttavia tekijöitä löytyy muun muassa asiakkaiden sosiaalisista verkostoista, fyysisistä ja psyykkisistä voimavaroista sekä asiakkaan ja KotiKatkon työntekijän välisestä vuorovaikutuksesta. Näitä osa-alueita olen löytänyt myös haastatteluaineistosta ja niitä tulen tutkimuksen tuloksissa esittelemään.

7.1 Tapaus M1: Alkutilanne

83-vuotias mies, jolla oli ollut jo aikuisiässä runsasta alkoholin käyttöä. Hänellä oli ollut yksi laitostuntoutusjakso vuosikymmeniä sitten. Laitostuntoutusjaksoa edelsi päivittäinen tapajuominen. Työajan jälkeen hänellä oli tapana kokoontua työtovereidensa kanssa lähiravintolaan oluelle. Laitostuntoutukseen asiakkaan pakotti hänen vaimonsa. Asiakas puhuu vaimostaan lämpimästi. Hän kertoo vaimon olleen huumorintajuinen ja temperamenttinen. Vaimo piti hänet, kertomansa mukaan, ”kurissa”. Laitostuntoutuksen jälkeen asiakas opiskeli uuden ammatin ja ryhtyi yrittäjäksi, josta tehtävästä hän jäi eläkkeelle. Ammatin vaihtamisen jälkeen juominen pysyi hallinnassa, kunnes vuonna 2008 hän jäi leskeksi. Vaimonsa kuoleman jälkeen asiakas joi päivittäin, noin 0,75 litraa kirkasta viinaa kerralla. Asiakas vai kertoo, että surusta johtuen hän ei osannut ryhtyä mihinkään.

Asiakkaalla on perussairautena sepelvaltimotauti, verenpainetauti, reuma ja diabetes. Asiakas on ollut keuhkokuumeen takia sairaalahoidossa vuonna 2010. Perussairauksien hoitoa hankaloitti liiallinen alkoholinkäyttö. Lähete KotiKatkon tuli psykiatrian poliklinikan lääkäriltä, jonka vastaanotolle asiakkaan ohjasi hänen poikansa.

Asiakkaalla on läheinen suhde lapseensa ja lapsenlapseensa. Asiakkaan aikuinen lapsi on ollut huolissaan isänsä alkoholinkäytöstä. Suhteet muihin sukulaisiin ovat etäiset. Historiastaan asiakas kertoo, että suhteet hänen omiin vanhempiinsa olivat pitkään etäiset. Tapaamisia ei ollut moneen vuoteen. Suhde vanhempiin kuitenkin palautui ensimmäisen lapsen syntymän jälkeen.

Lapsuuden perheestään asiakas vai kertoo, että isä oli alkoholisti. He olivat usein taloudellisesti lujilla isän juomisen vuoksi. Lapsuuden perheen kodin ilmapiiri oli ahdasmielinen. Lapset saivat esittää mielipiteitään ainoastaan kysyttäessä. Asiakas kertoo, että tästä johtuen hän itse vanhempana on aina kannustanut lastansa puhumaan asioista. Samalla hän toteaa, että puolison kuolema lähensi entisestään hänen ja hänen aikuisen lapsensa suhdetta.

Asiakas asui KotiKatkon alkuvaiheessa omakotitalossa. Asiakkaan huonon terveydentilan vuoksi asuminen omakotitalossa oli hankalaa. Etenkin pihatyöt talvisin ja kesäisin eivät onnistuneet. Psykiatrian poliklinikalla oli laitettu asiakkaalle palvelutaloon hakemus.

Asiakkaan taloudellinen tilanne oli maksamattomien laskujen vuoksi huono. Aiemmin asiakas oli hoitanut laskunsa automaattilla itsenäisesti, mutta heikon liikuntakyvyn ja aloitekyvyttömyyden vuoksi laskut kasaantuivat ja jäivät hoitamatta. Lähin pankkiautomaatti oli noin 6 km päässä. Laskuja oli perinnässä.

Ensimmäiset kotikäynnit asiakkaan luokse olivat arviointikäyntejä, jolloin KotiKatkon työntekijä teki alkukartoituksen asiakkaan tilanteesta. Samalla asiakkaan kanssa luotiin kuntoutukselle päätavoitteet ja keinot niihin pääsemiseksi. Asiakkaan hoito- ja kuntoutusjakso alkoi suoraan jälkikuntoutuksella, koska asiakas oli aloittanut alkoholinkäytön vähentämisen jo ennen KotiKatkon alka-

mista. Asiakas oli ensimmäisellä tapaamisella selvin päin. Tästä voi päätellä asiakkaan jo aloittaneen muutostyön oman tilanteensa suhteen. Asiakas halusi lopettaa alkoholinkäytön ja oli valmis vastaanottamaan siihen tukea.

Asiakkaalla oli perussairauksia, joiden hoitamista hankaloitti alkoholin liiallinen käyttö. Ensimmäisellä arviointikäynnillä selvisi, että asiakkaalla ei ollut kotihoidon palveluita eikä hän ollut niitä itse osannut hakeakaan. Perussairauksien hoidon turvaamiseksi ja seuraamiseksi päätettiin hakea kotihoidon palvelua. Kotihoito käy jakamassa asiakkaalle lääkkeitä kerran viikossa ja samalla mitataan verenpaine. KotiKatkon kesto oli 10 viikkoa.

7.1.1 Kuntoutussuunnitelma

Kuntoutussuunnitelmaan on kirjattu asiakkaan tilanne (konteksti), johon haetaan muutosta, tavoitteet (tulos) sekä keinot (interventiot), joilla muutokseen pyritään. Mekanismit ilmenevät dokumentti- ja haastatteluaineistosta analyysin tuloksena.

Kuntoutussuunnitelmaan oli kirjattu hoitojakson päätavoitteet. Osatavoitteita luotiin hoitojakson aikana sen mukaisesti kuin ne asiakkaan kohdalla tarpeelliseksi koettiin. Kuntoutussuunnitelma tehtiin asiakkaan kanssa yhdessä keskustellen. Kuntoutussuunnitelma oli tehty asiakkaan omista tarpeista lähtöisin.

Taulukko 3. Asiakkaan alkutilanne, kuntoutuksen tavoitteet ja keinot

Asiakkaan tilanne	Tavoite	Keinot
Päihteiden käyttö. Alkoholin käyttö 0,75 l päivittäin kirkasta viinaa	alkoholin käytön lopettaminen	alkometriseuranta, keskustelutuki, tiiviit kontaktit
Asumisolot: Asuminen omakotitalossa hankalaa	palvelutaloon pääseminen	päihteettömyyteen motivoiminen
Terveystila: sepelvaltimotauti, RR-tauti, reuma, diabetes	terveydentilan turvaaminen	kotihoidon käynnit ja KotiKatkon tiiviit käynnit
Taloudellinen tilanne huono: Ongelmia raha-asioiden hoidossa	maksamattomien laskujen selvittäminen ja suorittaminen	arvioidaan asiakkaan kykyä hoitaa itse laskunsa

7.1.2 Jälkikuntoutuksen toteuttaminen

Dokumenttiaineiston ja haastatteluaineiston analyysin tuloksena interventiot muodostuivat seuraavista tekijöistä: tilannekartoitus, kuntoutussuunnitelman teko, KotiKatkon kontaktit, keskustelutuki, ohjaus, neuvonta, yhteistyö sosiaali-toimen ja kotihoidon kanssa sekä KotiKatkon tukikäynnit. Lisäksi haastatteluaineistosta olen tuonut esille ne tapahtumat, joiden oletan osaltaan vaikuttaneen asiakkaan tilanteeseen muutosmekanismien välityksellä.

Dokumenttiaineistosta selviää, että asiakkaan tilanteessa tapahtuvan muutoksen alkusysäyksen sai aikaan keskustelu lääkärin kanssa vanhuspsykiatrian poliklinikalla. Lääkäri, tekemänsä kartoituksen seurauksena suositteli asiakkaalle KotiKatkoa ja laittoi vireille hakemuksen palvelutaloon. Asiakas kuuli tällöin ensimmäisen kerran Kotikatkon toiminnasta. Asiakas oli siinä tilassa, että hän oli valmis vastaanottamaan apua ja tukea selviytyäkseen. Lääkärin nopean toiminnan ansiosta lähete KotiKatkoon tuli samana päivänä Päihdepalveluun, josta asiakkaalle järjestettiin KotiKatkon aloitus jo muutaman päivän kuluttua lääkärin vastaanotosta. Interventiona oli siis tilannekartoitus ja mekanismina nopea toiminta sekä asiakkaan valmius vastaanottaa apua ja tukea. Vaikutus oli KotiKatkon alkaminen.

KotiKatkon työntekijä tapasi asiakkaan ensimmäisen kerran hänen kotonaan. Asiakkaalle kerrottiin Kotikatkon palvelusta ja aloitettiin kuntoutussuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa. Asiakasta osallistettiin yhdessä tekemiseen ja suunnitteluun. Osallistumisen vaikutuksesta asiakas sai kokea olevansa subjektiivinen toimija ja päätöksentekijä hänen omissa asioissaan. Dokumenttiaineistosta selviää, että asiakas sitoutui suunnitelmaan, mikä ilmeni muun muassa siten, että asiakas oli selvin päin jokaisella tapaamisella. Sitoutumiseen vaikuttanut mekanismi oli todennäköisesti siinä, että asiakkaalla oli itsellään halu saada muutosta elämäntilanteeseensa. Persoonaansa hän kuvaa siten, että hän kertoo olevansa luonteeltaan ihmisten kanssa toimeen tuleva. Tämän ominaisuuden katson kuuluvan muutosmekanismiin liittyväksi osatekijäksi.

KotiKatkon kanssa sovittiin tapaamisajoista ja hoitojakson kestosta. Nämä näen kuuluvaksi kuntoutussuunnitelman sisältöön ja siten interventioon. Tapaamiset tapahtuivat asiakkaan kotona, mutta sen lisäksi myös autoajelun ja kahvilassa käyntien merkeissä. Se, että tapaamisia oli muuallakin kuin kotona, mahdollisti asiakkaan kodin ulkopuolelle menemisen. Mielekkäät kohtaamisen paikat ja tiiviit tapaamiset toimivat osaltaan päihteettömyyden muutosmekanismeina. Asiakas kuvaa sitoutumistaan päihteettömyyteen seuraavanlaisesti:

H: Silloin mä asuin siellä... ja se sano (KotiKatkon työntekijä), että tulee taas huomenna käymään, niin eihän sitä sitten otettukaan (alkoholia) niin vain.

Haastatteluaineistosta selviää, että asiakas oli myös utelias KotiKatko-palvelun suhteen. Uteliaisuus palvelua kohtaan toimi myös muutosmekanismina. Tiiviiden tapaamisten ansiosta asiakas alkoi pikkuhiljaa luottamaan palveluun. Seuraavassa on katkelma asiakkaan ja tutkijan välisestä keskustelusta koskien luottamusta KotiKatko-palvelua kohtaan:

T: No luotitko heti siihen että tämä kotikatkopalvelu on toimivaa ja kaikki menee hyvin?

H: Kyllä mä varmaan aluksi mietin että mitähän tämä oikeen on, mutta sitten kun X kävi täällä aika usein ja selosti aina asioista niin pikkuhiljaa sitä alkoi luottamaan ja uskomaan tähän palveluun. Käytiin aina läpi mitä kuuluu ja mitä oon tehnyt ja mitä jatkossa...

Kuntoutussuunnitelmaan oli kirjattu yhtenä tavoitteena alkoholin käytön lopettaminen. Dokumenttiaineiston mukaan interventiona oli tiedon antaminen ja keskustelu alkoholin käytön haitoista. Päihteettömyyden yhtenä muutosmekanismina tulkitsen olevan asiakkaan ymmärryksen lisääntymisen alkoholin käytön haitoista.

Kuntoutussuunnitelmasta kysyessäni asiakas kertoi, ettei suunnitelmia tai tavoitteita tehty. Haastattelutilanteen edetessä tulkitsin kuitenkin suunnitelmien ja tavoitteiden teon tapahtuneen työntekijän ja asiakkaan vuorovaikutussuhteessa, prosessinomaisesti, pienin askelin tapaamiskerroittain. Työntekijä selitti asiakkaalle asioita. Näihin selittämisen interventioihin tulkitsen kuuluvan myös keskustelun päihteiden käytön haitoista. Alkoholin käytön vähenemistä alkoi tapah-

tua heti KotiKatko-palvelun alkamisesta lähtien, ja yhtenä mielestäni merkittävänä muutosmekanismina oli se, että asiakkaalta ei vaadittu tai häntä ei kehoitettu täysin luopumaan alkoholin käytöstä, vaan kehoitettiin vähentämään sitä. Seuraavassa on ote haastattelutilanteesta:

T: No ... jos palataan kotikatsoon niin teittekö te yhdessä työntekijän kanssa niitä kuntoutussuunnitelmia...?

H: No eihän me sillä lailla sen kummemmin tehty mitään suunnitelmaa, tietysti se kaikki tuli siinä vähän niinku automaattisesti mukaan kuvioihin. X kävi aika usein mua tapaamassa ja aina juteltiin ja suunniteltiin siinä samalla aina eteenpäin.

T: Niin, että teillä oli suunnitelmia?

H: Niin tavallaan sehän oli suunnitelmaa. Sehän mulle aina selitteli näitä asioita.

T: No asetittekö te yhdessä semmoisia tavoitteita, että mitä seuraavaksi tehdään ja ..

H: Ei siinä mitään tavoitteita asetettu. Hänhän sanokin, että ei tässä ole tarkoitus että sun pitää täysin ottamatta olla, että voit vähän ottaakin jos haluat. Pääasia , että vähennät sitä alkoholin käyttöä.

T: No sehän oli sitten tavoite

H: joo no sehän oli tavoite ja kyllähän se sitten paljon vähenikin se alkoholin käyttö.

Asiakkaalla oli perussairauksia, joiden hoitamista varten käynnistettiin kotihoidon palvelut. Kotihoito alkoi käydä asiakkaan luona viikoittain. Asiakkaalle hankittiin myös turvaranneke. Näiden palvelujen myötä asiakkaan turvallisuuden tunne lisääntyi, mikä toimi muutosmekanismina luoden mahdollisuuden katsoa tulevaisuuteen.

Asiakkaan taloudellinen tilanne oli vaikea. KotiKatkon työntekijä selvitti asiakkaan raha-asioita ja kertoi edunvalvonnasta sekä toimeentulotuen hankkimisesta. Taloudellisen tilanteen tasapainottumisen muutosmekanismina toimi se, että asiakasta ei jätetty yksin selvittämään asioitaan vaan työntekijä meni asiakkaan kanssa yhdessä sosiaalitoimistoon, jolloin käynnistettiin edunvalvontaprosessi. Asiakkaan oma halu ottaa vastaan edunvalvojan palvelu oli merkittävää talouden tasapainottamiseksi. Taloudellisen tilanteen selkiinnyttyä ja järjestyttyä asiakkaan päihteettömyys jatkui ja alkoholin käyttö loppui kokonaan.

Ihmissuhteistaan asiakas kertoi, että hänellä on läheinen suhde poikaansa ja pojanpoikaansa. Yhteydenpito puolin ja toisin on tiivistä. Isän ja vaarin rooli on itsensä toteuttamisen ja elämän mielekkyyden kannalta merkittävää.

KotiKatkon alkuvaiheessa asiakas asui isossa omakotitalossa, jonka hoitaminen oli vaikeaa asiakkaan terveydentilan vuoksi. Psykiatrian poliklinikan lääkäri oli laittanut palvelutaloon hakemuksen vireille. Kotikatkon työntekijä oli yhteydessä sosiaalityöntekijään, joka puolestaan teki kotikäynnin asiakkaan luokse. Sosiaalityöntekijän kotikäynnin ansiosta palvelutaloon muuttamista nopeutettiin, ja asiakas saikin palvelutalosta asunnon Kotikatkon palvelun aikana. Sosiaalityöntekijän kotikäynti interventiona käynnisti asunnon saannin nopeuttamisprosessin, joka toimi muutosmekanismina asunnon saamiseksi.

T: Jos ajattelet kotikatkoa, niin mitkä asiat siinä palvelussa oli sinun kohdallasi muutoksia aikaansaavia asioita.

H: Sehän vaikutti kaikkeen niinku viimeksi sanoin, että enhän mä tiennyt näistä asioista höläyksen pöläystä aikaisemmin. X:n kanssa juteltiin eri tilanteista ja selviteltiin niitä mun asioita. X:hän se kertoi mulle siitä edunvalvonnastakin. Hän pani myös vauhtia tähän mun asuntoasiaankin. Ja paljon muutakin, oli semmosia käytännön asioita. Kotona silloin tuli tissuteltua ja sai paljon tietoa näistäkin asioista.

Asiakkaan saadessa tiedon palvelutaloon muuttamisen ajankohdasta, KotiKatkon työntekijä kävi asiakkaan kanssa tutustumassa palvelutaloon ja sen eri toimintoihin sekä asuntoon. Näin aloitettiin palvelutalon asuntoon muuttamisen valmistelut. Asiakas ei kuitenkaan vielä tässä vaiheessa kiinnittynyt palvelutalon toimintoihin. Haastattelussa asiakas kertoo syyksi hankalan matkan. Palvelutalon elämäntaparyhmiin kiinnittymiseen estäviksi mekanismeiksi muodostuivat siten hankala matka ja asiakkaan huono liikuntakyky.

Etukäteistutustuminen palvelutalon toimintoihin kuitenkin helpotti asiakkaan kiinnittymistä niihin hänen muuttaessaan palvelutaloon. Lisäksi asiakkaan sosiaalisuus edesauttoi häntä osallistumaan palvelutalon vertaistukiryhmiin. Vertaistukiryhmät, sairaanhoitajan tapaamiset ja säännöllinen päivärytmi tukivat osaltaan asiakkaan päihteettömyyttä ja antoivat arkielämään mielekkyyttä.

T: Niin, no elämä sitten muuttui?

H: Joo ja täällä on sit kaikenlaista toimintaa ja se ryhmäjuttu maanantaisin.

T: Onko teillä siinä ryhmässä aina jokin teema vai onko se vapaata keskustelua.

H: Kyllä meillä välillä on, mut melkein se teema tulee siinä keskustellessa.

T: Elikä onko se tavallaan sellaista vertaistukea?

H: Kyllä joo, kaikkihan on vähän samanlaisessa tilanteessa, että yrittää irti päästä.

T: No sinä olet tosi hyvin päässyt irti siitä alkoholinkäytöstä, vai?

H: Kyllä mä oon päässyt. Ja kaikkihan nää asiat on siinä auttanut. Kotikatko ja tällä nää sairaanhoitajat ja ryhmän vetäjät. Kyllähän mä oon ihan tyytyväinen nyt...

Asiakkaan hoitajakso KotiKatkossa kesti 10 viikkoa, jonka jälkeen asiakasta tavattiin harvakseltaan niin sanottujen tukikäyntien merkeissä tai häneen oltiin puhelinkontaktissa. Tukikäyntien tarkoituksena oli tukea asiakasta hänen päih-teettömyydessään mutta tulkintani mukaan myös osoittaa asiakkaalle, kuinka hänestä välitettiin. Asiakas koki, että häntä ei jätetty hoidon päättymisen jälkeen yksin vaan hänestä ja hänen tilanteestaan oltiin edelleen kiinnostuneita.

T: No entäs kun palvelu päättyi niin sovitteko yhdessä siitä milloin palvelu päättyy?

H: Kyllä X sanoi jo monta kertaa aikaisemmin, että se loppuu. Mä en muista oliko niillä jokin määrätty aika kun se kestää. Olikohan se 10 viikkoa?

T: Joo 10 viikkoa

H: joo ja ne soitteli sit mulle jälkeenkin päin, että mitä kuuluu ja se oli hyvä ettei jäänyt ihan oman onnensa nojaan. Jossain tapauksisahan on niin että kun hoito loppuu niin se loppuu et tää kyl oli hyvä...

7.2 Tapaus N1: alkutilanne

Asiakas on 61-vuotias yksin vuokra-asunnossa asuva nainen. Hän on eronnut avoliitosta 23 vuotta sitten. Asiakas kertoo nauttivansa yksin asumisesta, mutta kipeänä ollessaan hän toivoo jonkun tulevan käymään. Avoliitosta on yksi tytär, johon hän on viikoittain kontaktissa. Tytär asuu miehensä kanssa lähellä asiakasta.

Lapsuudestaan asiakas kertoo, että hän oli kolmen vuoden ikäinen, kun hänen vanhempansa erosivat. Äidistään asiakas kertoo, että tämä ei juonut alkoholia eikä tupakoinut. Haastateltava mainitsee, että hänen isänsä oli nuorempana juonut alkoholia. Isänsä hän näki viimeksi ollessaan 17-vuotias. Molemmat vanhemmat ovat kuolleet. Haastateltava kertoo, että hänen kaksi sisarustaan ovat myös kuolleet, molemmat viinasta johtuen.

Asiakas on ollut sairaseläkkeellä mielenterveyssyistä muistamansa mukaan noin 25 vuotta. Hän toimi työntekijänä kirjapainoalalla ja piti työstään. Asiakas kertoo, että hän oli aina valmis tekemään ylitöitä kun pyydettiin. Työ oli fyysisesti raskasta.

Aiemmin, liikuntakyvyn vielä ollessa hyvä, asiakas harrasti tansseissa käymistä. Asiakas kuuntelee mielellään kevyttä musiikkia. Hän pitää kodinhoidosta ja siivoaa sekä kotonaan että välillä naapurilla, josta on tullut läheinen ystävä. Naapuri on raitistunut ja tukee asiakasta päihteettömyyteen. Asiakkaan muun kavერიpiirin muodostavat alkoholia runsaasti käyttävät. Asiakkaalla on koira ja kissa. Asiakas kertoo tyttärensä hakevan koiran hoitoonsa silloin, kun asiakkaalla on juomaputki.

Asiakkaalla on verenpainetauti, sepelvaltimotauti ja mielenterveysongelmia. Liikkumiseen asiakas tarvitsee rollaattoria. Alkoholin käyttö on alkanut varsin myöhäisellä iällä, vasta 51-vuotiaana. Asiakas kertoo kärsineensä lapsuudestaan saakka toistuvista päänsäryistä, joihin lääkkeet eivät ole auttaneet. Tästä johtuen hän kokeili alkoholia, joka toimi. Asiakas kertoo tarvinneensa krapulayypyn juomisen aloittamisen alkuaajoista lähtien.

T: Ai, siis milloin sä olet alkanut juomaan alkoholia?

H: mites kun laskee 8 vuotta taaksepäin.

T: sä olet ollut silloin 52, ei vaan 51-vuotias.

H: niin mut mä muistan että mä en juonut edes silloin kun mä täytin 50. Mä muistan kun olin tehnyt vielä boolimaljan, mut ei kukaan oikeen sitä juonut ku kaikki oli autolla

T: Joo-o, no mikä sut sai aloittamaan sen juomisen?

H: Kalja, mä otin niinkö salaa niinkö itseltänikin salaa kaljaa. Sit se lisäänty ja päänsärky, päänsärky sai sen aikaseksi. Sit kun mä tykkäsin siivota ja järjestää kaappeja ja kaikkea tehä ja kun mä oon aina kärsinyt päänsärystä ja kun mä aattelin, et kun ei Buranat eikä mitkään auta niin mä menin viinakauppaan kun aattelin jos se auttaisi kun sanotaan että viina auttaa. Niin mä ostin näin pienen (näyttää käsillään pullon kokoa) vehnäviinapullon. Otin puolet siitä kun tulín kotiin ja pistin pullon piiloon kaappiin..., ettei kukan nää et mä oon ryypänny. En mä ollut kännissä, vaan humahdus kävi niin päänsärky oli poissa ja mä jatkoin siivoamista. Aina kun päänsärky tuli niin pullo suureni.

Asiakas juo putkeen kahdesta viikosta kuukauteen. Juomisen seurauksena asiakkaan yleistila laskee siinä määrin, että hän on joutunut sairaalahoitoon useita kertoja. Ensimmäinen lähete KotiKatkoon tuli sairaalasta, jonne hän oli joutunut kaatumisen seurauksena. Asiakas on ollut KotiKatkon asiakkaana kolme kertaa.

Ensimmäinen hoitojakso päättyi sovitusti 11,5 viikon kuluttua. Asiakas oli koko hoitojakson ajan ilman alkoholia. Ensimmäisen hoitojakson päättymisen jälkeen asiakas retkahti ja joutui sairaalahoitoon. Retkahdus tapahtui viikon kuluttua hoitojakson päättymisestä. Toinen hoitojakso KotiKatkossa alkoi heti sairaalahoidon jälkeen. Toisen hoitojakson kestätyä seitsemän viikkoa asiakas retkahti ja hoito keskeytettiin, koska asiakasta ei tavoitettu. Asiakas joutui taas sairaalaan. Tässä vaiheessa asiakkaalle suositeltiin laitoshoidoa, johon hän ei kuitenkaan lähtenyt. Kolmas hoitojakso alkoi 10 kuukauden kuluttua edellisen jakson päättymisestä. Kuntoutus päättyi sovitusti, ja asiakas oli päihdeetön KotiKatkon kotikäynneillä. KotiKatkon jälkikuntoutus kesti kahdeksan viikkoa.

.

7.2.1 Kuntoutussuunnitelma

KotiKatkon ensimmäisellä kerralla kartoitettiin asiakkaan alkoholinkäyttöä ja tehtiin Audit-testi, joka itsessään jo on mini-interventio. Testin on kehittänyt Maailman terveysjärjestö. Audit-testillä mitataan alkoholin suurkulutuksen haittoja ja riskejä. Asiakkaan testistä saamat 29 pistettä merkitsi suurta päihdehaittariskiä. Yleensä yli 20 pisteen tasolla asiakkaalle suositellaan päihdehoitoa.

Asiakas tunnisti oman ongelmansa ja halusi tavoitella täysraittuutta, joka kirjattiin kuntoutussuunnitelmaan. Keinoiksi kirjattiin KotiKatkon tiiviit tapaamiset ja alkometriseuranta. Tapaamisten luonnetta ei kuntoutussuunnitelmaan kirjattu, mutta ne ilmenevät muusta dokumenttiaineistosta ja asiakkaan haastatteluista.

Asiakkaalla oli perussairauksia, joten terveydentilan turvaaminen kirjattiin kuntoutussuunnitelmaan. Kotikatkon tiiviit tapaamiset ja kotihoidon palvelujen käynnistäminen kirjattiin keinoiksi niiden hoitamiseksi.

Asiakas vietti paljon aikaa kotonaan, koska hänen liikkumisensa kodin ulkopuolelle oli hankalaa liikuntarajoitteen vuoksi. Tavoitteeksi asetettiin kodin ulkopuolelle pääseminen ja keinoina tähän kirjattiin saattaen tutustuminen esimerkiksi vertaistukiryhmiin sekä taksisetelien hankkiminen. Asiakkaan taloudellinen tilanne ja kyky hoitaa raha-asioitaan olivat heikkoja. Tavoitteeksi asetettiin rahan käytön opettelu, jotta laskut tulisivat hoidettua ajallaan. Tämä kuntoutussuunnitelma oli lyhyesti kuvattu ja kirjattu dokumenttiaineistoon, mutta hoitoyhteenvedoista ja asiakkaan haastatteluista selvisi, kuinka kuntoutussuunnitelmaa tarkennettiin ja täydennettiin hoitojakson aikana. Kuntoutussuunnitelma tehtiin yhdessä asiakkaan kanssa, asiakkaan tarpeita kuunnellen.

Taulukko 4. Asiakkaan alkutilanne, kuntoutuksen tavoitteet ja keinot

Asiakkaan alkutilanne	Hoidon tavoitteet	Keinot
Päihteiden käyttö: Alkoholin liiallista käyttöä noin 6 vuotta. Juo viiniä, olutta ja kirkkaita. Audit 29p., yleistilan lasku, mielenterveysongelmia, RR-tauti, jatkuvat jalkasäryt asiakkaalla huonot hampaat	Tavoitteena täysraittius ja terveydentilan turvaaminen hammasproteesien hankkiminen	kotikatkon tiiviit tapaamiset, alkometriseuranta, kotihoidon kontaktien luominen maksusitoumus hammasproteeseihin
Liikkuminen rollaattorin avulla	liikkumisen mahdollistuminen kodin ulkopuolelle	saattaen tutustuminen vertaistukiryhmiin taksisetelien hankkiminen
Asiakas viettää paljon aikaa kotonaan	päivätoimintakeskukseen tutustuminen	saattaen
Taloudellinen tilanne heikko	laskut ajallaan maksettu	rahan käytön opettelu, vuokran suoraveloitussopimus

7.2.2 Jälkikuntoutuksen toteuttaminen

Dokumentti- ja haastatteluaineiston perusteella interventiot muodostuivat keskustelutuesta, palveluihin ohjaamisesta ja konkreettisen avun antamisesta arkipäivän asioiden hoitamiseen, kuten laskujen toimittaminen sosiaalitoimistoon, rahankäytön suunnittelu ja opettelu.

Dokumenttiaineiston mukaan asiakas ohjautui KotiKatkon palveluun sairaalasta, jossa hän oli hoidossa kaatumisen vuoksi. Sairaalassa tehtiin päihdearvio, jonka seurauksena asiakkaalle suositeltiin joko laitoshoidoa tai KotiKatkoa. Asiakkaalla oli kotieläimiä, joiden vuoksi hän ei halunnut mennä laitokseen. Kotieläimet siis sekä estivät että edistivät asiakkaan hoitoon pääsyä. Sairaalasta tehtiin lähete päihdepalveluun KotiKatkoa varten. Kotikatko alkoi viikon sisällä lähteen saapumisesta. Toiminta oli nopeaa.

Ensimmäisillä kotikäynneillä tehtiin kokonaistilanteen kartoitus ja kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmasta keskusteltiin asiakkaan kanssa ja hän itse määritteli hoitojaksolle tavoitteet, joista ensimmäisenä mainitsi, että haluaa lopettaa alkoholin käytön. Dokumenttiaineostossa mainitaan, että asiakas antoi hoitomyönteisen kuvan. Hoitomyönteisyys toimi päihteettömyyttä edistävänä mekanismina.

Ensimmäinen kohtaaminen Kotikatkon työntekijän kanssa oli asiakkaalle positiivinen kokemus. Hänen oli helppo puhua asioistaan työntekijälle. Tulkintani on, että ensimmäisen kohtaamisen onnistuminen oli hoitomyönteisyyteen vaikuttava mekanismi. Seuraavassa on lainaus haastattelutilanteesta, jolloin asiakas kertoo ensimmäisestä kohtaamisesta Kotikatkon työntekijän kanssa.

T: No silloin kun tää kotikatkon työntekijä tuli sun luo ensimmäisen kerran, niin millainen se ensimmäinen kohtaaminen oli?

H: Se oli kiva.

T: Kerro siitä vähän enemmän

H: Se oli se X, joka tänne tuli, se oli se ... Mä ensin jännitin sitäkin, mut sitten, kun huomasin kuinka sympaattinen X oli, niin mä huo-

masin et ton ihmisen kanssa mä voin jutella ihan mistä vaan. Niin pystyinkin.

Alkoholien käyttö asiakkaalla oli ollut runsasta ja juomisen seuraukset olivat vakavia. Alkaneen päihteettömyyden jatkumiseksi interventioina toimivat tiiviit kotikäynnit. Tarkoituksena oli, että asiakas on selvin päin tapaamisilla. Tähän asiakas sitoutuikin ja päihteettömistä päivistä muodostui päihteettömiä viikkoja. Tiiviit kotikäynnit toimivat mielestäni päihteettömyyttä aikaan saavina, mutta myös yksinäisyyttä lieventävinä mekanismeina. Asiakkaan luona käytiin 2–3 kertaa viikossa ja lisäksi muina päivinä oli käytössä puhelinkontakti. Tiiviit kotikäynnit eivät itsessään toimineet muutosta aikaansaavasti, vaan nimenomaan kotikäyntien sisällöllä oli merkitystä. Keskustelutuki olikin eräs päihteettömyyttä edistävä tekijä, joka ilmenee asiakashaastattelussa seuraavanlaisesti:

T: Mikä luulet, että siihen vaikutti, et pystyit olemaan selvin päin?

H: Se, et mä saa sanoa niille jotka tulee, et mä en oo juonut

T: No jos sä sanoisit muutamalla sanalla mikä siinä kotikatossa oli sun kohdallasi hyvää ja mikä toimi hyvin?

H: juttuseura, et mun kans juteltiin asiasta kuin asiasta. Et mä pystyin avautumaan ja mulle selitettiin ja et mulla oli joku jolle mä sain sanoa jos mulla oli paha olla tai miks mä juon ja..

Dokumenttiaineistosta ei selviä keskusteltiinako asiakkaan kanssa alkoholinkäytön haitoista, mutta haastattelussa se ilmenee. Asiakas ilmaisee tietävänsä alkoholinkäytön olevan hänelle vaarallista perussairauksiensa vuoksi. Tieto alkoholinkäytön haitoista toimi oletettavasti osaltaan päihteettömyyttä edistävänä mekanismina.

T: No sitten se kotikatko kesti aikansa, mä kertaan vähän, te keskustelitte ja puhuitte alkoholinkäytöstä niin puhuitteko alkoholinkäytön haitoista?

H: Joo puhuttiin jonkin verran. Mä en muista kaikkea mitä siitä puhuttiin, mut mullehan se on haitallista kun mä syön niin paljon lääkkeitä. Mulla on sydänvika ja verenpainetauti ja vaikka mitä, psykenlääkkeet.

Asiakkaan sosiaalinen verkosto muodostui tyttärestä ja hänen puolisoistaan, yhdestä raittiista, oman kokemuksen omaavasta ystävästä ja juovista kavereista. Ensimmäisessä hoitoyhteenvedossa ilmenee, että asiakas on maininnut

päihteettömyytensä motivaatioksi sen, että yhteys tyttäreensä säilyy. Tytär käy asiakkaansa luona viikoittain. Kokemus yhteisistä hetkistä selvin päin antoi asiakkaalle, kertomansa mukaan, kokemuksen olla kuten muut ja tämä kokemus on tulkintani mukaan päihteettömyyteen vaikuttava mekanismi. Asiakas vertaa itseään muihin. Tämän tulkitsen tarkoittavan sitä, että asiakas kokee olevansa erilainen. Se, keskusteliko asiakas tästä erilaisuuden tunteestaan KotiKatkon työntekijän kanssa, ei ilmene dokumentti- eikä haastatteluaineistoista. On luonnollista, että kaikkia keskustelujen sisältöjä ei dokumenttiaineistoon kirjata, eikä se ole tarpeenkaan. Tutkimuksen kannalta kuitenkin tämä huomio on siinä mielessä merkittävä, että päihdetyössä asiakkaan identiteetin rakentuminen on yksi toipumista edistävä tekijä.

Haastattelussa asiakas kertoo retkahdustilanteistaan. Hän sanoo, että aiemmin hän joi kovaan päänsärkyyn, mutta viimeinen retkahdus ei tarvinnut kuin juovan kaverin kyläilyn hänen luonaan. Juovien kavereiden tapaaminen voikin olla yksi päihteettömyyden toteutumisen este.

Asiakas kertoo olevansa jännittäjä. Uudet tilanteet ja ihmiset jännittivät. Selvin päin ollessaan hän kuitenkin oli onnistuneesti selvinnyt uusista tilanteista ystävän ja tyttären tuella. Nämäkin onnistumisen mekanismit vaikuttivat päihteettömyyttä edistävästi.

Asiakkaan raitis ihmissuhdeverkosto oli suppea. Lisäksi hän vaikutti olevan kotiinsa eristäytyvä. Näiden vuoksi hänelle ehdotettiin tutustumiskäyntejä muun muassa palvelutalon eri toimintoihin. Hän ei niihin kuitenkaan halunnut mennä. Asiakas kävi yhdessä musiikkiryhmässä, jossa hän ei viihtynyt. Ryhmäläiset olivat asiakasta huomattavasti ikääntyneempiä. Musiikkilaji oli myös erilainen kuin mistä hän piti. Osaltaan tästä kokemuksesta saattoi tulla palvelutalon toimintoihin osallistumisen este. Asiakas kertoo tuosta käynnistä seuraavasti:

T: No mites silloin kun kotikatko kävi täällä niin kävittekö missään tilaisuuksissa, kerhoissa tai ryhmissä?

H: joo, mikä sen nimi nyt oli, X ja tuota mä tunsin itteni niin erilaiseksi ko siellä oli vanhoja mummoja, jotka vaan istui ja nuokkui. Sit

kun lähetettiin sieltä pois niin se työntekijä kysyi tuunko tänne vielä toisen kerran ja mä sanoin, että en tuu.

T: Oliko siellä tällainen elämäntaparyhmä jossa kävit?

H: Siellä oli vaan pianomusiikkia. Piti vaan istua ja kuunnella ja mä en ainakaan siellä viihtynyt. Mieluummin mä olen kotona ja kuunteleen iskelmäradioo.

Arkielämän sujuvuuden tueksi asiakkaalle järjestettiin kotihoidon ateria- ja kauppapalvelut, hänen kanssaan opeteltiin rahankäytön suunnittelua, hänelle järjestettiin toimeentulotuki ja tehtiin vuokran maksuun suoraveloitussopimus. Näiden toimenpiteiden myötä asiakkaan säännöllinen ruokailu mahdollistui, mikä oli tärkeää myös perussairauksien vuoksi. Vuokrat tulivat ajallaan hoidettua, mikä edesauttoi siinä, ettei vuokrarästejä päässyt syntymään. Ilman vuokran suoraveloitussopimusta olisi saattanut käydä niin, että vuokrarästit olisivat liittäytyneet ja pahimmillaan asiakas olisi saanut hädän.

7.3 Tapaus N2: alkutilanne

55-vuotias yksin asuva nainen, jolla omistusasunto. Asiakas on jäänyt työttömäksi vuonna 2001 ja sairaseläkkeelle masennuksen vuoksi vuonna 2011. Asiakkaalla on myös ahdistusoireita ja paniikkihäiriö.

Asiakkaan alkoholinkäyttö lisääntyi työttömäksi jäämisen jälkeen. Hän kulutti alkoholia noin 21 annosta viikossa. Juomista oli joka ilta noin 3 pulloa olutta ja/tai siideriä. Asiakas kertoo juovansa turruttaakseen olotilaansa. Työelämästään haastateltava kertoo, että ylioppilastutkinnon saatuaan hän lähti Ruotsiin töihin ja palauttaaan Suomeen hän hakeutui hotelli- ja ravintola-alan koulutukseen. Valmistumisen jälkeen hän teki töitä hotellipuolella. Asiakas halusi pois hotellialalta päivätyöhön ja saikin paikan X:ssä toimistosihteerinä, josta eteni koulutussihteeriksi. Tästä tehtävästä hän jäi työttömäksi. Työyhteisöä hän kuvaa seuraavanlaisesti:

H: Meillä oli pieni työyhteisö, kaikki tunsivat toisensa, työkaverit olivat keskenään paljon tekemisissä, oli erilaisia tapahtumia, oli perhetut-

tavuuksia ja niin ...Siinä oli suurin osa mun sosiaalisesta verkostosta.

1990-luvun laman aikaan työpaikassa tapahtui rakenteellisia muutoksia. Toimintaa supistettiin ja uudelleen organisoitiin. Johtajat vaihtuivat ja asiakas teki paljon ylitöitä. Asiakas koki tulleen johdon tasolta työpaikkakiusatuksi. Hän uupui. Työterveyshuolto olisi halunnut puuttua asiaan, mutta asiakas ei halunnut. Asiakas kertoo, että työssään hän oli tarkka.

H: Sit jossain vaihees tuli työterveyshuoltokin siihen mukaan. Sitten sieltäkin mulle sanottiin, että toi on jo kiusaamista ja että pitäiskö tulla käymään siellä. Mä sit sanoin etten haluu, mä en vaa niinku halunnu tehdä siitä isompaa mä en niinku osannu ja ymmärtäny et se ois ollu tosi tarpeen. Mä halusin vaan et mä jaksan ja jaksan ja jaksan.

Vähän ennen työttömäksi jäämistään asiakas alkoi seurustella. Miehellä oli alkoholiongelma. Tuohon aikaan alkoholin käyttö oli asiakkaallakin runsasta. Pikkuhiljaa ystäväpiiri kapeutui.

H:... Niin ja mä seurustelin sitten sen miehen kanssa parisen vuotta ja mäkin sitä alkoholia otin... Me oltiin siis yhdessä ja sitten pikkuhiljaa jäivät entiset ystävät. Tai ei mulla ystäviä paljon työn ulkopuolella ollutkaan.

Seurustelukumppani oli väkivaltainen. Tällöin asiakas havahtui pohtimaan, kuinka hänelle on näin käynyt. Asiakkaalla oli ollut psykiatrian poliklinikalle hoitosuhde, jossa hän oli käsitellyt asiaa. Psykiatrian poliklinikan hoitosuhde päättyi myöhemmin ja asiakas alkoi käydä palvelutalon elämäntaparyhmässä. Siellä hän kuuli KotiKatko-toiminnasta.

T: Ja sieltäkö ohjauit KotiKatkoon?

H: Joo siellä joku mainitsi, taisi olla joku ryhmän jäsenistä, joka oli jostain lukenut tästä Kotikatkosta. Sitten mä ajattelin ottaa selvää ja sen verran rohkaistuin, että marssin sinne A-klinikalle kysymään tästä palvelusta. Se, joka mut otti vastaan, kuunteli mua ja teki heti lähetteen KotiKatkoon.

Asiakkaalla ei ole lapsia, mutta hänellä on ollut hoitokoiria hoidossa useiden vuosien ajan. Koiria hoitaessa alkoholinkäyttö on vähäisempää. Koirapuistosta käynneistä on seurannut tuttavuuksia muihin koiraihmissiin.

7.3.1 Kuntoutussuunnitelma

Asiakkaan kuntoutussuunnitelma laadittiin asiakkaan kotona keskustellen asiakkaan tarpeista. Asiakkaan juomisen viikkoannos oli noin 21, mikä on yli riskirajan. Riskirajaksi keskikokoisella, terveellä naisella on määritelty 16 annosta viikossa. Toistuva riskirajan ylittyminen voi todennäköisesti lisätä alkoholista johtuvia fyysisiä ja psyykkisiä oireita.

Asiakas oli asettanut tavoitteekseen alkoholin käytön vähentämisen ja siihen keinoksi otettiin käyttöön juomapäiväkirjan täyttäminen. Juomapäiväkirjan ideana on, että asiakas asettaa itselleen kertajuomisen tavoitellut määrät ja viikkoannosmäärät sekä päihteettömät päivät, jotka hän kirjaa juomapäiväkirjaan etukäteen. Viikon aikana asiakas kirjaa juomapäiväkirjaan todelliset toteutuneet juomismäärät. Asiakas ja työntekijä keskustelevat siitä, miten asiakkaan tavoitteet ovat toteutuneet. Ideana on, että keskustelussa pohditaan myös, mikä sai tai saa asiakkaan onnistumaan tavoitteessaan tai vastaavasti pohditaan, mikä esti tai estää asiakasta saavuttamasta tavoitetta.

Asiakas oli jättänyt huolehtimatta säännöllisestä ruokailustaan, joka saattoi johtua siitä, että oluen ja / tai siiderin juominen vei näläntunteen pois. Säännöllisen ruokailun siis oletettiin vähentävän alkoholin käyttöä.

Asiakkaalla oli ollut vuosia masennusta. Masennusta hoidettiin terveyskeskuksessa, ja siihen oli lääkitys. Hoitojakson tavoitteeksi asetettiin masennuksen arviointi ja lääkityksen tarkistaminen. Asiakkaalla oli myös muistiin liittyviä ongelmia, joten muistia testattiin MMSE-testillä. Masennuksen arvio tehtiin BDI-testillä, jonka tuloksena oli keskivaikea masennus.

Asiakas vietti paljon aikaa kotona, hänen sosiaalinen verkostonsa oli kapea. Sosiaalisen elämän aktivoitumiseksi asiakkaalle suunniteltiin A-klinikalle ja A-kiltaan tutustumista. Lisäksi suunniteltiin tapaamisia kahvilaan ja kirpputoreille. Asiakas oli aloitekyvytön, kotiaskareet jäivät tekemättä. Viikko-ohjelman oletettiin jäsentävän kotiaskareiden hoitamista ja siten lisäävän asiakkaan aloitekykyä.

TAULUKKO 5. Asiakkaan alkutilanne, kuntoutuksen tavoitteet ja keinot

Asiakkaan tilanne	Kuntoutuksen tavoitteet	Keinot
Terveystila: Masennus	masennuksen ja lääkityksen arviointi	erilaiset testit: BDI, MMSE
Päihteiden käyttö: Oluen juominen iltaisin noin kolme annosta/ilta	juomisen vähentäminen	juomapäiväkirjan tekeminen ja seuranta, säännölliset ateriat, keskustelu
Aloitekyvytön, arkiaskareet eivät suju	aktiivisuuden lisääntyminen	motivoiva keskustelu, viikko-ohjelman laatiminen
Sosiaaliset suhteet vähäiset, jumiutunut kotiin	sosiaalisen elämän aktivoituminen	tutustuminen A-klinikkaan ja A-kiltaan, kahvilassa käynnit, kirpputorilla käynnit, elokuvat ja retket

7.3.2 Jälkikuntoutuksen toteuttaminen

Haastattelu- ja dokumenttiaineiston perusteella KotiKatkon interventioiksi muodostuivat, ohjaus, neuvonta, tiedon antaminen, erilaiset testit ja palveluihin saattaminen ja ohjaaminen. Asiakkaan elämässä tärkeitä tapahtumia olivat koira-harrastus ja sosiaalisen median käyttö.

Ensimmäinen kotikatkokäyntitilanne sisälsi tilannearvion ja kuntoutussuunnitelman teon. Suunnitelma tehtiin yhdessä asiakkaan kanssa keskustellen. Dokumenttiaineiston perusteella todennäköinen vaikutusmekanismi oli asiakkaan avoimuus kertoa omista ongelmistaan. Haastatteluaineiston perusteella muutosmekanismiksi tulkitsin sen, että asiakas piti työntekijän persoonasta, tämän tavasta kuunnella ja keskustella asioista. Haastattelussa asiakas myös mainitsi, että tavatessaan KotiKatkon työntekijän, hän ajatteli, että nythän hänelle uusi ura urkenee. Odotukset KotiKatkon palvelua kohtaan olivat myönteiset. Tämä odotuksen ja innostumisen tunne toimi mekanismina, joka oletettavasti vaikutti siihen, että asiakas oli hoitomyönteinen.

H: Mä tykkäsin paljon X:stä, meidän kemiat sopi hyvin yhteen. Se on musta kauheen tärkeä asia, niin ku ihmiskontakteissa yleensäkin, kemiat menee yhteen, muutenhan siitä yhteistyöskentelystä ei tule mitään. Siinä mielessä kaikki asiat oli ihan kivasti.

Alkoholin liiallisen käytön haitoista keskustelu ja juomapäiväkirjan käyttöönotto toimivat interventioina. Tuloksena oli se, että asiakkaan viikkokulutus väheni 21 alkoholiannoksesta 8 annokseen. Viikolla oli jopa nollapäiviä. Asiakkaan ymmärrys liiallisen alkoholinkäytön vaikutuksista terveyteen ja ennen kaikkea masennukseen toimi muutosta aikaansaavana mekanismina. Alkoholinkäytön haitoista keskustelua oli kuitenkin tapahtunut ennen KotiKatkon alkamistakin. Asiakas oli käynyt erään palvelutalon elämäntaparyhmissä, joissa aiheesta oli keskusteltu. Näin ollen ei voi sanoa, että KotiKatkon interventio olisi yksistään vaikuttanut muutokseen alkoholin vähentämisessä. Tulos oli todennäköisesti seurausta aiemmin saadun tiedon ja tiedon päivittämisen yhteisvaikutuksesta, jossa mekanismina toimi tiedon päivittäminen ja asiakkaan ymmärryksen lisääntyminen alkoholinkäytön haittojen suhteesta hänen masennukseensa.

T: Kävittekö KotiKatkon aikana työntekijän kanssa keskustelua masennuksesta ja alkoholi käytöstä ja siitä miten ne käy yksiin?

H: Kyllä tokikin, joo, joo. Käytiin ja minä totesinkin, että tämä minun alkoholin käyttö on varmasti seurausta siitä verkostojen kapeutumisesta ja yksinäisyydestä. X teki varsin selväksi sen miten se alkoholin käyttö vie sen lääkityksen tehoa ja kyllähän mä tiesin sen jo sieltä palvelutalon ryhmästäkin, mutta kun vaan on vaikeata olla, et se muka turruttaa tai lievittää sitä olotilaa ja sit tulee se riippuvuus. Et kyl mä ymmärrän tän kuvion.

Asiakkaalle annettiin juomapäiväkirjan lisäksi muitakin kotitehtäviä. Nämä kotitehtävät liittyivät ajankäytön suunnitteluun, sosiaalisiin suhteisiin ja kodinhoidollisten asioiden hoitamiseen. Kotitehtävien tarkoituksena oli kartoittaa niitä arkipäivän asioita, jotka tuottavat iloa ja mielihyvää. Haastatteluaineistosta selviää, että kotitehtäviä ei kuitenkaan tarkistettu, joten interventio ei sinällään tuottanut tulosta. Asiakas jätti tehtävät tekemättä, ainoastaan juomapäiväkirjaa hän täytti. Mikä sitten esti asiakasta tekemästä kotitehtäviä? Haastattelussa asiakas mainitsee, että KotiKatkon tapaamisten kesto oli liian lyhyt. Hän mainitsee myös, että työntekijä oli kiireisen oloinen. Edellä mainitut tekijät, kiire ja tapaamisten aika muodostuivat muutosta estäviksi tekijöiksi.

H: Ei me käyty niitä läpi, ehkä siinä olisin toivonut että olis niitä voinut yhdessä katsoa. Niin siitä vois antaa palautetta, kun oli aina niin kiire, kiire.

T: No mistä sinä tiesit, että hänellä oli kiire?

H: No se oli aina sovittu se aika, että se oli se tunti tai 45 min. Ei siinä ajassa ehdi kuin kysyä kuulumiset ja ruveta tekemään seuraavaa viikkoa... Tässä on tästä sosiaalisesta verkostosta. Tyhjää täys.

H: Kun mä olen tällainen rauhallinen ihminen niin olisin toivonut sellaista kiireetöntä aikaa.

Haastattelussa selviää, että juomapäiväkirjan täyttämistä asiakas teki, mutta juomapäiväkirjaakaan ei tarkistettu säännöllisesti. Siitä huolimatta, että juomapäiväkirjaa ei seurattu tai tarkistettu, asiakas merkitsi kirjaan toteutuneet juomismäärät ja asettamansa juomismäärien tavoitteet. Tämä mielestäni kuvaa asiakkaan tunnollista luonnetta ja halua sitoutua elämäntapamuutokseen. Sitoutuminen muutokseen toimi mekanismina.

Tiiviit tapaamiset kaksi kertaa viikossa ja muina päivinä puhelinkontakti osaltaan vaikuttivat siihen, että asiakas vähensi juomistaan. Tapaamisissa asiakas oli selvin päin. Päähteettömien päivien saavuttamisen vaikutusmekanismiksi tulkit-
sin osaltaan tiiviit tapaamiset.

T: Millaisia muutoksia alkoholin käytössäsi on tapahtunut KotiKatkon aikana tai jälkeen?

H: Se väheni melkein siihen tavoitteeseen. Me tehtiin viikkosuunnitelmia, mihin mä merkkasin niitä määriä. Parhaimmillaan se oli niin, että viikolla oli nollapäiviä ja viikonloppuna oli kolmisen perjantaina ja lauantaina.

H: Sinä sitten vähensit ihan radikaalisti. Tuossa näyttää todellakin olevan noita nollapäiviä. Mikä sinut sai tekemään niin?

T: Se oli varmaankin se tiivis yhteydenpito. Muutenkin kun on yksinäinen tai ainakin siihen aikaan mä tunsin itseni hyvin yksinäiseksi, niin vaikka mä en näitä kotitehtäviä tehnytkaan niin, kyllä mä niitä lueskelin...

Dokumentti- ja haastatteluaineiston perusteella asiakkaan ruokailutottumuksiin puututtiin antamalla hänelle tietoa säännöllisen ja terveellisen aterian merkityksestä. Tapaamiskerroilla Kotikatkon työntekijä kyseli, miten asiakas oli toteuttanut ruokailuaan. Asiakkaalle annettu terveystkasvatus ei jäänyt pelkästään tiedon annon asteelle, vaan tilannetta seurattiin. Tulkintani mukaan asiakkaan tilanteen seuranta ja asiakkaan kokemus siitä, että juomisen halu väheni, kun nälän tunne väheni toimivat muutosmekanismina. Haastattelussa asiakas kertoo, että lämpimän aterian hän söi vasta noin klo 21.00. Seuraavassa on haastattelutilanteesta otos, jossa asiakas kuvaa, kuinka ruokailutottumusten muuttaminen vaikutti alkoholinkäytön vähenemiseen.

T: Mites silloin kun sulla oli niitä nollapäiviä, niin mites, teitkö sinä silloin jotain erilaista?

H: En minä mitään silloin tehnyt... Aaa, tein minä toisin, mistä kovasti keskusteltiin, oli tää mun ruokailu. Et ruokailusta puhuttiin. Et tän mä tiedän, et jos olutta ottaa herkästi niin jos sitä ottaa tyhjiin vatsaan niin se täyttää sitä energian tarvetta.

H: Siit me keskusteltiin, X sanoi: ”Kun sä opit syömään ruokaa iltpäivällä välipalojen sijaan, niin sulle ei tule nälkä ja se kaljan halu vähenee”. Ja se oli kyllä semmoinen asia, joka paljon vaikutti.

Asiakkaalla oli huoli taloudellisesta tilanteestaan. KotiKatkon työntekijä oli käynyt sosiaalitoimistossa asiakkaan kanssa kerran selvittämässä asiakkaan taloudellista tilannetta. Asiakkaalle sosiaalitoimistossa käynti oli ensimmäinen, ja hän oli tyytyväinen siihen, että työntekijä oli mukana puhumassa sosiaalityöntekijälle hänen tilanteestaan. Tuolloin asiakas sai apua taloudelliseen tilanteeseensa.

Asiakas tarvitsi jatkossakin toimeentuloasioidensa hoitamiseen sosiaalitoimen apua, joten työntekijä kehotti asiakasta menemään sosiaalitoimistoon. Asiakas oli pettynyt kun joutui hoitamaan asian yksin tällä kertaa. Haastattelussa asiakas kertoi, että tunsi kiukkua vieläkin tapahtuneesta. Asiakas kuitenkin meni sosiaalitoimistoon ja sai asiansa hoidettua. Pettymyksen ja kiukun tunteet eivät tehneet asiakkaasta toimintakyvyttöä. Voisikin olettaa, että työntekijä luotti asiakkaan kykyyn selviytyä asiointikäynnistä itsenäisesti. Todennäköisesti työntekijä vastuutti asiakasta omatoimisuuteen. Tässä onnistuttiin. Asiakas sai onnistumisen kokemuksen. Muutosta aikaansaava mekanismi oli todennäköisesti työntekijän luottavaisuus asiakkaan kykyihin.

Asiakas kertoo haastattelutilanteessa, että hänellä on sosiaalisten tilanteiden pelkoa. Tästä johtuen hän oli välttänyt tilanteita, joissa oireet ilmaantuvat. KotiKatkon työntekijän kanssa asiakas kuitenkin lähti käymään kirpputoreilla ja kahviloissa. Yhdessä käydessä asiakas välttyi oireilta. Dokumenttiaineiston perusteella muutosmekanismina toimi nimenomaan yhdessä meneminen eri tilanteisiin. Haastatteluaineiston perusteella oireilta välttymisen tulokseen vaikutti yhdessä menemisen lisäksi se, että työntekijä haki kahvit ja muut tarjottavat tarjottimelle asiakkaan puolesta. Seuraavassa asiakas kuvaa kokemustaan kahvikäynneistä ja kertoo, kuinka työntekijä hienotunteisesti huomioi hänen ongelmansa.

T: Miten se sosiaalisen tilanteen pelko ilmenee?

H: Se ilmenee kaikissa mahdollisissa, ruokailussa, kahvilla...

T: No mites silloin kun X:n kanssa tapasitte siellä kahviloissa tai muualla?

H: No mullahan on sellainen täsmälääkitys siihen, ja X tiesi sen. Hän kivasti, silloin kun ensimmäisiä kertoja kahvilaan mentiin, en tiedä tekikö hän sen muuten vaan vai huomioiko sen kun hän otti tarjottimelle kahvit ja muut.

Asiakkaan sosiaalinen verkosto oli kapea, ystävyys-suhteita oli vähän. Asiakkaalla ei ollut myöskään avohoitokontaktia päihde- eikä mielenterveyspuolen palveluihin lukuun ottamatta elämäntaparyhmää, jossa asiakkaat olivat häntä itseään huomattavasti vanhempia, vanhusikäisiä. KotiKatkon hoitojakson aikana asiakasta motivoitiin käymään A-klinikalla. A- klinikalle menon esteeksi muodostuvia mekanismeja olivat todennäköisesti asiakkaan haastattelussa mainitsevat tekijät: leimautumisen pelko ja ennakkoluulot.

Dokumentti- ja haastatteluaineistosta selviää, että KotiKatkon työntekijä oli käynyt asiakkaan kanssa yhdessä tutustumassa A-klinikan ympäristöön. Yhdessä he olivat seuranneet, erottuisivatko A-klinikalla kävijät muusta ympäristön väestöstä. Havaitessaan, että asiakkaat eivät erotu muista ympäristössä liikkuvista ihmisistä asiakas uskaltautui menemään A-klinikalle. KotiKatkon työntekijä saattoi asiakkaan ensimmäiselle A-klinikkakäynnille. Asiakkaan tekemät havainnot toimivat todennäköisesti muutosta aikaansaavina mekanismeina. A-klinikalla asiakas tapasi aluksi työntekijää kahdenkeskisissä keskusteluissa, myöhemmin asiakas kiinnittyi A-klinikan naistenryhmään, josta muodostui hänelle tärkeä vertaistukipaikka. Seuraavassa on lainaus haastattelutilanteesta, jossa asiakas kuvaa ennakkoluulojaan ja vertaistuen merkitystä.

T: Viimeksi kun kävin täällä niin aloitimme puhumaan vertaistuen merkityksestä ja sovittiin, että sitä keskustelua jatketaan tänään. Muistatko?

H: Muistan joo. Siis mähän käyn siellä A-klinikan naistenryhmässä.

T: Aivan, mitä sinulle vertaistuki merkitsee?

H: Se merkitsee hyvin paljon. Mähän oon arka puhumaan alkoholista. Mä joka puolella rummutan, et en mä mikään alkoholisti oo, et en mä missään ojan pohjilla makaa, mulla on vaan suurkulutusta. Aina kauhistutti A-klinikka ja siinä menikin jokinen kuukausi ennen kuin suostuin sinne naistenryhmään menemään ja sittenhän mä huomasin, et siellä oli kaiken ikäisiä ja kokoisia, eikä kaikki olleetkaan ojan pohjalla käyneet ja et on vaan huoli siitä alkoholin kulutuksesta. Sit tää, et se oli positiivista, ja ... nyt mä meen, käyn siellä ihan mielelläni. .. Nyt jo muistaa nimet ja siellä voi kommentoida toisten sanomisia ja kaikkee...se on mukavaa mun mielestä. Ilma-piiri on lämmin. Siellä on hyvä olla ja voi kertoa asioistaan ja kuukaan ei tuomitse...vaan rohkaisee ja antaa neuvoja ja vinkkejä.

Haastattelussa selviää, että asiakkaalla on kaksi mielekästä harrastusta. Hänellä on jo vuosia ollut muiden koiria hoidossa. Koirien hoitamisen hän hallitsee. Koiranomistajien myönteisen palautteen myötä hän on saanut tuntea itsensä luottamuksen arvoiseksi koirahoitajana. Koirien kanssa ulkoilu ja koirapuistossa muiden ”koiraihminen” kanssa keskustelu vievät ajatukset pois omista ongelmista. Haastattelussa asiakas kertoo, että hoitokoirien aikana hänen alkoholin käyttönsä on vähäistä tai hän ei juo lainkaan. Koirien omistajat ovat antaneet myönteistä palautetta koirien hoitamisesta. Myönteisen palautteen ja luotta-

muksen arvoiseksi tuntemisen tulkitseen liittyvän itsetuntoa ja identiteettiä vahvistavaksi mekanismiksi.

Asiakkaan toinen mielekäs harrastus on sosiaalinen media. Yhteisöllisten internetsivustojen käyttö tuo mielekkyyttä asiakkaan arkipäivään. Siellä hän on yhteydessä koiratuttuihin, kommentoi ja lukee erilaisia asiajuttuja sekä katselee filmejä.

Asiakkaan hoitojakso KotiKatkossa päätettiin siinä vaiheessa, kun hän oli aloittanut A-klinikalla käynnit. Hoitosuunnitelman mukaan asiakkaalle sovittiin niin sanottuja tukikäyntejä hoitosuhteen irtaantumisvaiheeseen. Haastatteluaineistosta selviää, että tukikäynnit osoittautuivat riittämättömiksi. Asiakas oli epätietoinen, onko hoito päättynyt. Hoidon irtaantumisvaiheen aikana asiakkaan ja hänen pitkäaikaisen ystävänsä välille tuli konfliktitilanne, mikä todennäköisesti edesauttoi retkahtamista ja itsetuhoista käyttäytymistä. Retkahtamisen jälkeen asiakas otti itse yhteyttä KotiKatkoon, jolloin tilanteeseen puututtiin nopeasti. KotiKatkon työntekijä meni asiakkaan kanssa terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, josta järjestyi lähete depressiohoitajalle. Asiakkaan kanssa sovittiin lyhytkestoisesta hoitojaksosta KotiKatkoon, joka toteutui sovitusti. Haastattelussa asiakas kertoo, että A-klinikalla hän puhui retkahduksestaan ja itsetuhoisuudesta.

8 TULOSTEN YHTEENVETO

8.1 Asiakkaiden alkutilanteen kontekstit

Jokaisella haastateltavista oli ongelmallista alkoholinkäyttöä. Alkoholin käytössä oli kuitenkin eroja. M1 aloitti alkoholin suurkulutuksen vajaa kaksi vuotta ennen Kotikatkon ohjautumista. Juominen oli muuttunut päivittäiseksi kaksi kuukautta ennen hoitoon hakeutumista. N1 puolestaan oli aloittanut alkoholin käytön ensimmäisen kerran vasta 51 -vuotiaana. Hänen kohdallaan juominen oli niin sannontua tuurijuomista. Juomisjaksot kestivät viikosta kahteen viikkoon. N2 joi tasanisesti joka ilta kolme alkoholiannosta. Viikkoannosten määrät olivat olleet suurkulutuksen tasolla työelämästä poisjäämisestä saakka.

Yhteisiä tekijöitä kolmen haastateltavan tilanteessa ovat yksinäisyys, menetykset ja traumaattiset kokemukset elämässä. Näihin kokemuksiin liittyy myös päihteiden käyttö kahden asiakkaan kohdalla. Leskeksi jäänyt haastateltava M1 kertoi juoneensa vaimon kuolemasta johtuvaan suruun. Haastattelussa hän kertoo, että ei ollut jakanut suruaan kenenkään kanssa. Myöhemmin hän kuitenkin mainitsee, että vaimon kuolema lähensi hänen ja pojan suhdetta. Tulkitsen asian niin, että asiakkaalla ei ollut keinoja käsitellä suruaan, joten hän yritti juomisella lievittää surun aiheuttamaa henkistä kipua.

N2 puolestaan kertoi turruttavansa olotilaansa juomisella. Pitkään jatkunut masennus vaikutti siten, että elämässä ei ollut mielenkiintoa. Masennuksen taustalla olevia syitä ei tässä tutkimuksessa voida todentaa. Traumaattiset kokemukset hänen kohdallaan liittyivät siihen, että hän oli joutunut henkisen ja fyysisen väkivallan kohteeksi aiemmin elämässään. Haastateltava N1 ei maininnut suoraan, että juominen liittyisi alussa mainitsemiini tekijöihin. N1 kuitenkin puhui terveydentilansa muutoksesta, jatkuvasta päänsärystä, jota hän alkoi lääkittää alkoholilla. Tutkijan tulkinta jatkuvasta päänsärystä, johon ei ollut löytynyt hoitokeinoja, liittyy menetettyyn terveydentilan kokemukseen. Alkoholin käytöstä seurasi hetkellisesti toimintakyvyn kohentumista, jolloin N1 kykeni tekemään

asioita joista piti, kuten kotiaskareet. Asiakas mainitsi myös alkoholin vaikuttavan rentouttavasti.

Haastatteluaineiston tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että alkoholilla oli jokin tehtävä asiakkaiden arkielämässä. Siitä haettiin lohdutusta, unohdusta ja hetkellisesti toimintakyvyn kohentumista. Pitkään jatkuneena alkoholista tuli kuitenkin arkielämän sujumista haittaava tekijä. Se, mihin haettiin muutosta muuttuikin muutosta ehkäiseväksi. Keinottomuus hoitaa arkipäivän asioita lisääntyä.

Haastateltavista M1:n ja N1:n terveydentila heikkeni siinä määrin, että molemmilla oli ollut sairaalahoitoja. Fyysisen toimintakyvyn heikentyessä kyky liikkua kodin ulkopuolelle oli vaikeaa ja rajoittunutta. Tämä osaltaan rajoitti aktiviteetteihin osallistumista. N2:n fyysinen toimintakyky pysyi ennallaan, mutta keinottomuus uusien asioiden ja tilanteiden hoitamiseen tuotti vaikeuksia. n kohdalla. Lisäksi molemmilla

Yhteistä jokaisen asiakkaan hoidon alkuvaiheessa oli se, että heillä oli taloudellisessa tilanteessa vaikeuksia. Kahdella asiakkaalla taloudellinen tilanne oli heikentynyt pitkällä aikavälillä. Yhden asiakkaan taloudellinen tilanne oli hetkellisesti huono KotiKatkon alkamisen vaiheessa. M1 kertoo, että hän ei tiennyt niistä sosiaalihuollon mitään ennen KotiKatkon alkamista. Haastattelusta ei selviä olivatko N1 ja N2 myös tietämättömiä sosiaalihuollon palveluista, mutta dokumenttiaineistosta selviää, että toimeentulotuki heille järjestettiin Kotikatkon aloitteesta.

Aiemmin, työelämässä ollessaan, työ oli ollut keskeinen arjen mielekkyyttä määrittävä tekijä jokaisen haastateltavan elämässä. Kaksi haastatelluista M1 ja N2 olivat vaihtaneet työalaa. M1 osittain sen vuoksi, että halusi eroon tavasta kokoontua työajan jälkeen työtovereiden kanssa oluelle lähiravintolaan, N2 puolestaan piti hotelli ja ravintola-alaa kosteana työpaikkana. Molemmat haastateltavat olivat edenneet uusilla työurillaan vaativiin tehtäviin. N1 sen sijaan oli ollut saman työnantajan palveluksessa sairaseläkkeelle jäämiseen saakka. Haastateltavat kertovat oman työn olleen mielekästä ja vastuullista. Työelämän mielekkyyteen liittyviä tekijöitä olivat itsensä toteuttaminen, vahva työn ja ammatin

toteuttamisen osaaminen, mielekkäät tehtävät ja sosiaaliset suhteet työtovereihin. M1:n ja N1:n kohdalla työelämästä poisjäämiseen johtaneita syitä olivat sairastuminen ja sairaseläkkeelle siirtyminen, N2:n tapauksessa työttömyys ja myöhemmin sairaseläkkeelle jääminen. Ainoastaan M1 oli siirtynyt työelämästä suoraan työeläkkeelle.

Työelämästä poisjäämisen vaiheeseen jokaisella haastateltavalla vaikutti olleen jokapäiväisessä elämässä selviytymiseen liittyvät ulkoiset tekijät pääosin tallella, kuten asuminen, talous ja ihmissuhteet. N2 oli jopa maksanut asuntolainan työttömäksi jäämisen ja eläkkeelle siirtymisen aikana. Sisäiseen elämänhallintaan liittyvissä asioissa sen sijaan vaikutti olleen puutteita N1 ja N2 kohdalla. Tutkimustulosten perusteella vaikuttaa siltä, että elämähallintaa vaikeuttavat tekijät liittyivät mielenterveyshäiriöihin. Mielenterveyden järkkyyessä voimavarat arkipäivän toimintoihin vaikeutuivat.

Haastateltujen läheisverkostoon kuului ystäviä ja kahden asiakkaan kohdalla omaisia. Asiakkailla M1 ja N1 oli aikuiset lapset, joihin heillä oli läheiset suhteet. M1 oli myös isoisä. Molempien asiakkaiden, M1 ja N1, aikuiset lapset olivat huolissaan omien vanhempien alkoholin käytöstä ja olivat tehneet väliintuloja juomisen lopettamisen suhteen. M1:n poika oli ohjannut asiakkaan hoitoon. N1:n tytär oli hakenut äitinsä juomisjaksojen aikana tämän koiran hoitoonsa. Tytär oli myös kaadellut äitinsä alkoholijuomia viemäriin. N1:llä oli kertomansa mukaan kavereita, joista suurin osa oli "viinaan meneviä". Hänellä oli myös yksi raitis, oman kokemuksen omaava naapuri, jonka kanssa hän oli tekemisissä lähes päivittäin. Naapuri tukee häntä päihteettömyyteen.

N2 kohdalla suhteet omaisiin ovat jääneet dokumentoimatta eivätkä ne tulleet haastatteluaineistostakaan esiin. N2 oli perheetön ja hänen sosiaalisen verkostonsa muodostivat aiemmin, työelämässä ollessaan lähinnä työtoverit. Ennen eläkkeelle siirtymistään N2 alkoi seurustella alkoholiongelmaisen miehen kanssa. Haastateltavan oma alkoholin käyttö lisääntyi seurustelun myötä. Seurustelusuhteen symbioottisen vaiheen ja työelämästä sairaseläkkeelle siirtymisen jälkeen sosiaalinen verkosto kapeutui. Haastattelussa asiakas kertoo, että hänellä on kaksi ystävää, joista toinen oli pitkäaikainen. Asiakkaalla oli koirahar-

rastus, joka toi mielekkyyttä arkielämään. Hänellä oli usein ystävänsä koiria hoidossa. Koiraihminen tapaaminen koirapuistossa vei ajatukset omista ongelmista hetkeksi muualle. Asiakas kävi erään palvelutalon elämäntaparyhmissä, joskin hän koki itsensä nuoreksi muihin ryhmäläisiin nähden. Seuraavaan taulukkoon 6 olen kirjannut asiakkaiden hoitoa edeltävät kontekstitekijät sellaisena kuin ne haastatteluaineiston tuloksina ilmeni.

TAULUKKO 6. Asiakkaiden kontekstitekijät jälkikuntoutuksen alkuvaiheessa

Asiakas	Päihteiden käyttö	Terveystila ja toimintakyky	Asuminen	Sosiaaliset suhteet	Toimeentulo
M1	Alkoholinkulutus 0,75 litraa kirkasta viinaa päivittäin kahden kuukauden ajan.	Sepelvaltimotauti, RR-tauti, reuma, diabetes. Toimintakyky huono. Suru vaimon kuolemasta.	Ei pysty huolehtimaan omakotitalon hoidosta	Läheinen suhde poikaan ja pojanpoikaan. Eristäytynyt otiin vaimon kuoleman jälkeen. Kokee yksinäisyyttä	Eläke. Laskut jääneet pitkältä ajalta hoitamatta. laskuja perinnässä ja ulosotossa.
N1	Alkoholin liiallista käyttöä noin kuusi vuotta. Juo jaksottain viikosta kahteen viikkoon päivittäin.	Sydänvika, RR-tauti, mielenterveysongelmia migreeni, jatkuva jalkasärky. Ulkona liikkueensa tarvitsee rollaattorin. Tekee kotitöitä mielellään ja suoriutuu niistä hyvin.	Asuu vuokrala. Koti tärkeä, viihtyy kodissaan.	Tytär ja tyttären puoliso tärkeitä, juovia kavereita ja yksi raitis ystävä. Kokee yksinäisyyttä.	Eläke. Rahaasioiden hoitaminen vaikeaa, laskut kasaantuneet
N2	Juomista lähes joka ilta. Olutta kuluu noin 21 annosta viikossa.	Masennus, ahdistusoireet, sosiaalisten tilanteiden pelkoa. aloitekyvyttömyys arkiaskareet eivät suju	Omistusasunto. Kotityöt eivät suju	Kaksi hyvää ystävää. Käy viikoittain palvelukeskuksen ryhmässä, jossa ryhmäläiset ovat häntä huomattavasti vanhempia. Kokee yksinäisyyttä.	Eläke. Pystynyt huolehtimaan asuntolainan pois. Tilapäisesti taloudellisesti nyt vaikeaa.

Kuten taulukosta näkee asiakkaiden ongelmat olivat moninaiset. Lopputuloksena tulkinnoistani on, että jokainen haastateltavista kuului marginaalissa elävien ryhmään. Täysin syrjäytyneiksi heitä ei voi sanoa, sillä jokaisella oli asunto, toimeentulo ja sosiaalisia suhteita. Jokaisen haastateltavan arkielämän tilanteen

ongelmat olivat vakavia ja ilman hoitoa ja tukea heidän ongelmiansa kasautuminen olisi lisääntynyt ja pahimmillaan johtanut syrjäytymiseen.

8.2 Jälkikuntoutuksen interventiot

Kuten aiemmin mainitsin, interventiot kirjattiin kuntoutussuunnitelmaan keinoina, joiden oletettiin vaikuttavan asiakkaan elämäntilanteeseen muutosta aikaan saavasti. Kuntoutussuunnitelmassa interventiot oli kirjattu lyhyesti, muutamilla sanoilla. Tulkintani hoitoyhteenveto- ja haastatteluaineistosta on, että asiakkaan hoitoprosessin aikana interventiot vaihtelivat aina asiakkaan tilanteen mukaan. Lisäksi kokemukseni mukaan työntekijöiden koulutus, osaaminen ja kokemus vaikuttivat siihen miten he asiakkaiden kanssa työskentelivät ja millaisia interventioita he käyttivät. Työntekijöillä oli ammatillisen koulutuksensa lisäksi koulutusta motivoivaan haastatteluun, ratkaisukeskeiseen lähestymistapaan tai taide-terapiaan. Työkokemusta heillä oli päihde- ja mielenterveystyöstä ja/ tai kotihoitosta. Tämä on mielestäni syytä mainita tässä kohtaan, sillä jokainen työntekijä toteuttaa asiakastyötä koulutuksensa, osaamisensa ja kokemuksensa intuitiosta lähtöisin.

Havaintoni interventioista olivat: tilannekartoitus, kotikäynnit, ohjaus, neuvonta, keskustelutuki, terveystieteiden kasvatusta, ja palveluiden järjestäminen. Lisäksi työntekijät käyttivät erilaisia työvälineitä asiakastyössä kuten Audit-otetaan selvää mini-interventiota, juomapäiväkirjaa, viikko-ohjelmia, muisti ja masennustestejä.

Jälkikuntoutusprosessin käynnisti asiakkaalle tehty tilannekartoitus. Se tehtiin jokaiselle asiakkaalle siitä huolimatta, että Kotikatko oli saanut asiakkaiden tilanteesta etukäteistietoa läheteessä. KotiKatkon ensimmäisillä kotikäynneillä asiakkaan kokonaistilanteen selvittämisen perusteella arvioitiin soveltuuko palvelu asiakkaalle ja onko se asiakkaalle riittävän turvallinen. Kokonaistilanteen selvittelyyn tai kartoitukseen sisältyi asiakkaan alkoholinkäytön historia ja nykytila, aikaisemmat päihdehoidot, asiakkaiden terveydentila, lääkitykset, sekä asiakkaan sosiaalinen tilanne. Sosiaalisen tilanteen kartoitukseen liittyivät asiak-

kaan asuinolosuhteet, toimeentulo, sosiaalinen verkosto ja arkielämässä selviytyminen. Tilannekartoitus tapahtui yhden asiakkaan kohdalla kertakäynnillä ja kahden muun asiakkaan kohdalla tarvittiin kaksi tai kolme tapaamista. Mikäli asiakkaan tilanteen arviointi edellytti useampaa tapaamista, järjestettiin tapaamiset lyhyellä aikavälillä, sillä KotiKatkon toiminnan erityisyys on siinä, että palvelu järjestetään asiakkaalle nopeasti. Taulukossa 7 on havainnollistettu asiakaskohtaiset arviointikäynnit ja arviointikäyntien aikajakso sekä hoitojakson alkamisen aika viimeisen arviointikäynnin jälkeen.

TAULUKKO 7. Asiakkaiden arviointikäyntien määrä, arviointijakso ja kuntoutuksen aloitusaika arviointijakso päättymisestä

Asiakas	Käyntien määrä	Käyntien aikajakso päivinä	Jälkikuntoutuksen aloitus
M1	2	1-2	Neljää päivää arviointijakson jälkeen
N1	3	1-7	Seuraavana päivänä arviointijakson päättymisestä
N2	2	1-7	Kaksi päivää arviointijakson jälkeen

Kuten taulukosta näkyy, jokaisen asiakkaan jälkikuntoutus aloitettiin vähintään neljän päivän kuluttua viimeisestä arviointikäynnistä. Tämä on hyvä tulos, jos verrataan esimerkiksi siihen kuinka nopeasti päihdehuollon kuntouttaviin laitospäivähoitoon pääsee hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Yleensä laitospäivähoitoon pääsi vuonna 2010 noin kahden viikon kuluttua arvioinnista. Tilannekartoituksen tulosten perusteella tehtiin kuntoutussuunnitelma.

KotiKatkon toiminnan kuvauksessa on määritelty jälkikuntoutusasiakkaiden tapaamisten määrät siten, että ensimmäisen viikon aikana asiakaskontakteja on 1–2 vuorokaudessa. Toisen viikon aikana kontakteja on yksi vuorokaudessa. Kontaktien määrä vähenee asiakkaan kuntoutumisen myötä. Tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden kuntoutussuunnitelmiin oli interventioiksi kirjattu tiiviit kontaktit. Tiiviit kontaktit toteutuivat, sillä työntekijät olivat asiakkaiden kanssa kontaktissa päivittäin. Kontaktien viikoittaista toteutumista ei ollut kirjattu hoitoyhteenvetoihin, mutta niiden kokokokonaismäärä kirjattiin muihin asia-

kasta koskeviin dokumentteihin. Kontaktien keskimääräinen toteutuminen asiakaskohtaisesti on esitetty seuraavassa taulukossa.

TAULUKKO 8. Asiakaskohtaiset kotikäynnit

Asiakas	Jälkikuntoutuksen kesto	Kotikäyntien määrä	Puhelinkontaktien määrä	Kontaktien määrät yhteensä / viikko
M1	10 viikkoa	80	6	8,6
N1	12vkoa+1vko+6 viikkoa	70+7+42 119 yht.	36+7+22	9,7
N2	8 viikkoa	56	3	7

Aineiston tuloksista ilmenee, että KotiKatkon työntekijöiden interventiot liittyivät vahvasti psykososiaaliseen työhön, jossa korostuivat auttaminen, supportiiviset keskustelut, ohjaus ja neuvonta. Aineistosta selviää, että asiakastyössä ohjaus ei jäänyt ainoastaan puheen tasolle vaan asiakkaiden kanssa tehtiin yhdessä asioita. Heidän kanssaan menttiin esimerkiksi sosiaalitoimistoon ja autettiin toimeentulotukihakemusten täyttämässä. Yhdelle asiakkaalle järjestettiin edunvalvoja asiakkaan omasta toiveesta, yhden kanssa tehtiin rahan käytön suunnitelma, harjoiteltiin rahankäyttöä ja tehtiin vuokran suoraveloitussopimus.

Erilaisten palvelujen järjestäminen edellytti yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreiden kanssa. Näistä kotihoidon ja aikuis- tai vanhussosiaalityöntekijöiden kanssa tehtävä yhteistyö oli merkittävää. Asiakkaille saatiin nopeasti järjestettyä heidän tarpeitaan vastaavia palveluja.

Kuntoutussuunnitelmiin kirjattiin hoitojakson kesto. Hoitojakson kesto kuitenkin voi muuttua hoito- ja kuntoutusprosessin aikana riippuen asiakkaan tilanteesta. Asiakkaan tulee olla tietoinen hoitojaksonsa alkamis- ja päättymisajankohdasta. Tässä kohdin havaitsin, että yhden asiakkaan kohdalla tämä ei toteutunut. Asiakkaalle oli myönnetty aluksi maksusitoumus kuukauden pituiselle hoitojaksolle. Hoitojaksoa kuitenkin jatkettiin asiakkaan retkahtamisen vuoksi. Asiakas ei kertomansa mukaan ollut tietoinen hoitojakson lopullisesta päättymisajankohdasta. Epätietoisuus aiheutti asiakkaalle ahdistusta ja epävarmuutta. Asiakas antoi palautetta myös kuukauden pituisen hoitojakson toimivuudesta sanomalla, että

se on aivan liian lyhyt aika toipumiseen. Tulkintani on, että asiakasta alkoi jo etukäteen ahdistaa tietoisuus siitä, että toipumisprosessille oli annettu kuukauden aika, ikään kuin muutos pitäisi pakottaa tapahtumaan tuossa ajassa. Asiakkaalle olisi ollut hyvä kertoa, että palvelua on mahdollista saada 12 viikkoa ja että maksusitoumukselle voidaan hakea jatkoa mikäli kuntoutuksen vaihe sitä edellyttää.

Terveyskasvatus oli yksi työntekijöiden käyttämä menetelmä. He antoivat asiakkaille tietoa alkoholinkäytön ja lääkkeidenkäytön yhteisvaikutuksista ja terveellisen ravinnon merkityksestä hyvinvoinnille. Haastateltuaineistosta selviää, että tämä toteutui kaikkien kohdalla. Asiakkaiden tavoitteet alkoholin käytöstä olivat vähentämiseen tai lopettamiseen liittyviä. Yhden asiakkaan kohdalla kuitenkin tapahtui niin, että alkoholinkäytön lopettamisen tavoite muuttui kohtuukäytön tavoitteeksi. Merkittävää on, että työntekijä ei vaatinut asiakasta palaamaan alkuperäiseen tavoitteeseen, vaan hän tuki asiakasta alkoholin käytön vähentämiseen. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin.

Vertaistukiryhmiin, palvelukeskuksiin ja A-killan toimintaan tutustumisista muodostui tärkeä osa kuntoutusta, sillä niihin osallistumisen oletettiin lisäävän asiakkaiden osallisuuden kokemusta. Hoitojakson aikana haastateltavista N2 alkoi käydä A-klinikalla yksilökeskusteluissa ja ryhmässä. M1 aloitti palvelukeskuksen ryhmissä. Ainoastaan N1 tilanne pysyi tältä osin muuttumattomana. Tämän tulkituin johtuva osittain siitä, että tutustuessaan ensimmäisen kerran palvelukeskuksen ryhmään, hän havaitsi siellä olevien ryhmäläisten olevan itseään huomattavasti vanhempia ja huonokuntoisempia. Samaistumisen kokemusta ei syntynyt.

Hoitojakson päättymisen jälkeen kaksi asiakasta retkahti. Heidän hoitojakso Kotikatsoon alkoi kuitenkin nopeasti uudelleen retkahtamisen jälkeen. Aineiston perusteella voidaan sanoa, että nopea puuttuminen tilanteeseen mahdollisti asiakkaan selviytymisen. Toiselle asiakkaalle saatiin myös järjestettyä tarpeeseen mukainen hoitokontakti mielenterveyshoitajan vastaanotolle.

Aineistosta ei tule ilmi tekikö Kotikatko yhteistyötä haastateltavien asiakkaiden läheisten kanssa. Aineistosta ei selviä myöskään miten läheiset otettiin huomioon hoito- ja kuntoutusjakson aikana. Haastatteluaineistosta sen sijaan selviää, että kahden asiakkaan kohdalla omaisten merkitys arkielämänhallinnassa ja päihteettömyyden motiivina olivat tärkeitä. Yhteyden Molemmat asiakkaat kokivat, että päihteettömyys edesauttoi läheisten ihmissuhteiden ylläpitämistä.

8.3 Muutosta aikaan saavat mekanismit

Tutkimuksen mukaan merkittävimmitasi asiakkaan tilanteen muutosta aikaan saaviksi mekanismeiksi osoittautuivat asiakaslähtöinen työote, asiakkaan rinnalla kulkeminen, välittäminen ja kunnioitus, luovuus, asiakkaan ja työntekijän keskinäinen luottamus, työntekijän sitoutuminen hoidon toteuttamiseen, mielekkäät kohtaamisen paikat, konkreettisen avun antaminen. Lisäksi asiakastason mekanismeja olivat asiakkaan halu ja tahto kuntoutumiseen ja palvelujen vastaanottamiseen, asiakkaan sitoutuminen hoitoon ja tavoitteisiin, ymmärryksen lisääntyminen alkoholinkäytön seurauksista, uskon ja toivon herääminen paremmasta, luottamuksesta työntekijään ja palveluun. Päihteettömyyden seurauksena fyysinen toimintakyky ja luottamus itseensä vahvistuivat. Päihteettömyys toimi siten itseluottamusta vahvistavana tekijänä.

Aineistosta tekemieni havaintojen mukaan Kotikatkon työntekijät olivat sisäistäneet asiakaslähtöisen työtavan, joka ilmeni muun muassa siten, että asiakkaita kuunneltiin ja heidän kuntoutukselleen asetetut tavoitteet olivat asiakkaiden itsensä määrittämiä. Työntekijöiden lämmin ja välittävä suhtautuminen asiakkaisiin herätti asiakkaissa luottamuksen tunteen ja sitä myötä mahdollisti avoimen vuorovaikutuksen. Vaikeista tunteista puhuminen oli helppoa välittävässä ilmassa. Tutkimuksen mukaan asiakkaille oli tärkeää, että työntekijöiden kanssa keskusteltu ei rajoittunut alkoholiin ja sen käytön haittoihin vaan asiakkaan kanssa keskusteltiin monista arkipäivää ja koko elämää koskettavista asioista. Keskusteluja käytiin muuallakin kuin asiakkaan kotona. Mielekkäät paikat muodostuivatkin tärkeiksi kohtaamisen paikoiksi.

Eräs merkittävä mekanismi hoitojaksojen aikana oli asiakkaiden rinnalla kulkeminen. Työntekijät kulkivat asiakkaan kanssa yhdessä esimerkiksi kirpputorilla, kaupoissa, palvelukeskuksissa tai päivätoimintapaikoissa. Ahdistus- ja paniikkihäiriöistä kärsivän asiakkaan kohdalla työntekijän mukanaolo eri tilanteissa vaikutti oireita helpottavasti. Tällaiset altistamishoidot vähensivät asiakkaan oireita ja antoivat kokemuksen siitä, että tilanteesta voi selvitä. Työntekijät toimivat myös siten, että asiakkaat saatettiin ryhmiin ja heitä oltiin vastaanottamassa ryhmän jälkeen, jolloin he saivat kertoa ryhmäkokemuksistaan. Yksi asiakkaista kiinnittyikin hoitojakson aikana A-klinikan ryhmään ja toinen palvelutalon ryhmiin.

Työntekijöiden kyky käyttää luovuuttaan erilaisissa asiakastilanteissa oli merkittävää. Esimerkiksi yhdellä asiakkaalla oli ennakoluuloja A-klinikan asiakkaita kohtaan siinä määrin, että ennakoluulot olivat muodostaneen esteen ryhmiin osallistumiselle. Työntekijän luovuus ilmeni siinä, että hän yhdessä asiakkaan kanssa havainnoivat millaisia asiakkaita A-klinikalle menee. Asiakas kiinnittyi A-klinikan ryhmiin havaittuaan, että A-klinikalle menijät eivät ulkoiselta olemukseltaan erottuneet muusta väestöstä.

Rinnalla kulkemiseen liittyi myös asiakkaiden asioiden asianajajana toimiminen. Etenkin jälkikuntoutuksen alkuvaiheessa jolloin asiakkaan voimat tarttua omien asioidensa hoitoon olivat vähäiset, työntekijä teki asiakkaan puolesta käytännön asioihin liittyviä toimenpiteitä. He selvittivät asiakkaan puolesta kuka oli asiakkaan sosiaalityöntekijä, järjestivät kauppa ym. palvelua, näistä olen jo aiemmin maininnut. Rinnalla kulkemiseen näen liittyvän myös työntekijän herkkyyden olla läsnä ja tutustua asiakkaan maailmaan sekä hänen voimavaroihinsa ja luoda tilanteita, joissa asiakasta vastuutetaan itsenäiseen toimintaan.

Haastatelluista asiakkaista kaksi oli täysin tyytyväisiä Kotikatkon palveluun. Yksi haastateltavista sen sijaan oli pääosin tyytyväinen, mutta joissakin asioissa hän olisi toivonut palvelulta enemmän. Hän koki, että ei tullut kaikin osin kuulluksi. Haastateltava olisi toivonut saavansa apua kodin hoidollisiin asioihin, mutta jäi niitä ilman. Toinen seikka, josta hän halusi antaa palautetta liittyi siihen, että hän koki jääneensä yksin hoitamaan jatkokäyntejä sosiaalitoimistoon. Hän oli

niistä kuitenkin suoriutunut itsenäisesti pakon edessä. Asiakkaalla siis oli toimintakykyä ja osaamista asioidensa hoitoon, mikä oli merkittävä muutos hänen lähtötilanteeseensa nähden. Tulkintani on, että työntekijä luotti asiakkaan kykyihin selviytyä itsenäisesti vaikka asiakas ei itse ensin luottanutkaan.

Dokumenttiaineistosta ei selviä, otettiinko asiakkaiden läheiset huomioon jälkikuntoutuksen aikana. Haastattelusta ilmenee kuitenkin, että kahden asiakkaan kohdalla suhteiden säilyminen lapsiin koettiin päihitteettömyyttä motivoivana tekijänä. Asiakkaiden elämäntilanteeseen positiivisesti vaikuttavia mekanismeja löytyi myös heidän olemassa olevista ihmiskontakteistaan. Jokaisella oli ystävä tai ystäviä, joiden kanssa toimi vastavuoroisuus avun ja tuen suhteen.

8.4 Muutosta estävät mekanismit

Kahden asiakkaan kohdalla tapahtui retkahdus heti KotiKatkon päättymisen jälkeen. Aineistoista tekemieni tulkintojen perusteella toisen asiakkaan retkahdamiseen johtaneet syyt liittyivät ensinnäkin hänen sosiaalisiin suhteisiin. Asiakas oli kertonut, että suurin osa hänen ystävistään oli viinaan meneviä ja että retkahdukseen johtanut syy oli viinaan menevän kaverin tapaaminen. Tässä kaverisuhteessa yhteisen tekemisen intressi liittyi juomiseen. Toisekseen syy ei ole pelkästään siinä, että asiakkaan sosiaalisen verkoston muodostivat suurimmaksi osaksi juovat vaan myös siinä, että asiakas ei ollut kotikatko-palvelun aikana halunnut kiinnittyä vertaistukitoimintaan eikä esimerkiksi A-klinikan ryhmiin, joista olisi mahdollisesti löytynyt raittiita kavereita joiden kanssa olisi voinut oppia puhumaan retkahdusriskeistä ja pohtia niihin tilanteisiin uusia selviytymiskeinoja. Kolmanneksi asiakas oli jännittäjä ja uudet tilanteet aiheuttivat ahdistusoireita. Asiakas vältti tietoisesti asettamasta itseään vieraaseen tilanteeseen, jolloin hän tavallaan suojeli itseään epämiellyttäviltä tunteilta. Dokumenttiaineistosta ei selvinnyt kuinka asiakkaan ahdistusoireet otettiin huomioon. Neljänneksi asiakkaalle oli suunniteltu aktiviteetteihin osallistumista ja hän menikin tutustumaan palvelutalon musiikin iloa ryhmään. Asiakas piti kevyestä musiikista, joten hän oli pettynyt kun ryhmän musiikkilaji ei vastannut hänen odotuksi-

aan. Pettymystä aiheutti myös se, että palvelutalon asukkaat olivat häntä itseään huomattavasti vanhempia, asiakkaan kuvailusta päätelleen viidesikäläisiä, eikä asiakas kokenut samaistumisen tunnetta heihin. Tämä kokemus ja asiakkaan psyykkinen oireilu yhdessä toimivat aktiviteetteihin osallistumisen esteenä.

Dokumenttiaineistosta ei selviä myöskään se kuinka asiakkaan identiteettiä vahvistettiin. Haastattelussa yksi asiakas mainitsi haluavansa olla kuin muut, Tulkintani hänen sanomisestaan oli, että hän vertasi itseään niihin, joilla ei ollut ongelmia alkoholin tai mielenterveyden kanssa. Haastattelussa olisi voinut pysähtyä kysymään kävikö asiakas keskustelua erilaisuuden kokemuksestaan Kotikatkon työntekijän kanssa. Joka tapauksessa tutkijalle jäi sellainen käsitys, että identiteettityö alkoholiongelmaisten kanssa on tärkeää, jotta asiakas ei itse itseään identifioisi ongelmaiseksi vaan ymmärtäisi hänellä olevan pulmia, jotka ovat ratkaistavissa tai ainakin niiden kanssa voi oppia elämään.

Aineistosta tekemieni havaintojen perusteella yksi muutosta estäväksi mekanismiksi yhden asiakkaan tilanteessa ilmeni kiire. Kuten aiemmin mainitsin, työntekijät antoivat asiakkaille erilaisia kotitehtäviä. Kotitehtävien antaminen kuitenkin edellyttää, että ne käydään asiakkaan kanssa yhdessä läpi. Mikäli aikataulu on niin tiukka, että kotitehtävien purkamiselle ei jää aikaa, on syytä miettiä annetaanko niitä ollenkaan. Asiakas turhautuu kun huomaa, että kotitehtävien purkamiseen ei ole aikaa. Sen voi tulkita myös siten, että niiden arvo on mitätön, jolloin asiakaskin jättää tehtävät tekemättä eikä sitä muutosta, jota tehtävienannon piti tuottaa tapahdukaan.

8.5 Asiakkaiden tilanne vähintään puoli vuotta kuntoutuksen jälkeen

Asiakastapaus M1:n haastattelu tapahtui 1, 2 vuoden kuluttua jälkikuntoutuksen päättymisestä. Asiakas on saanut arkielämäänsä hallintaa. Palvelutalossa asuminen on helpottanut asiakkaan arkielämässä selviytymistä. Hänen päivärytminsä on säännöllistynyt. Hän käy päivittäin ulkona kävelyllä rollaattorin kanssa. Hän kävelee jopa muutamien kilometrien pituisia matkoja, lukee päivän lehdet

ja huolehtii itsenäisesti sekä lääkärissä että diabeteshoitajan luona käynneistä. "Turisemiset", kuten hän keskustelun ilmaisee, ovat kotihoitajan kanssa kiireettömiä. Asiakkaalla on turvaranneke, jonka ansiosta hän ei pelkää jäävänsä ilman apua. Asiakas osallistuu säännöllisesti palvelutalon voimistelukerhoon ja elämäntaparyhmiin. Elämäntaparyhmästä hän kokee saavansa tukea siihen, että alkoholikeskeinen elämäntapa ei toistu. Haastatteluhetkellä asiakas on asunut palvelutalossa toista vuotta, asunto on siisti ja viihtyisä. Alkoholinkäyttö on asiakkaalla, kertomansa mukaan, vähäistä. Asiakkaalla on edelleen läheinen suhde poikaansa ja tämän lapseen. He käyvät asiakkaan luona vierailuilla ja ovat puhelinkontaktissa viikoittain. Haastattelun päätteeksi asiakas huokaa ja sanoo olevansa kiitollinen, että KotiKatko auttoi järjestämään hänen elämäänsä.

Asiakastapaus N1:n haastattelu tapahtui puolen vuoden kuluttua jälkikuntoutuksen päättymisestä. Asiakkaan alkoholinkäyttö on edelleen kausittaista. Haastattelutilanteessa, marraskuussa 2011, hän kertoo olleensa sairaalassa pari viikkoa ennen tapaamistamme. Viimeistä sairaalajaksoa edelsi kuitenkin seitsemän kuukauden päihteetön jakso. Asiakkaan arkielämän mielekkyys muodostuu tyttären ja tämän puolison tapaamisista, naapurin miehen ystävyydestä, kodista ja sen siistinä pitämisestä ja lemmikkieläimistään. Koiraansa hän ulkoiluttaa rollaattori apunaan. Naapurin kanssa hän käy välillä kauppareissuilla ja siivoaa tämän luona. Asiakkaalla ei ole päihdehoitoa avopalveluissa eikä hän niihin halua mennäkään. Naapuri tukee häntä päihteettömyyteen. Puheen tasolla hän luottaa omaan voimaansa olla ilman alkoholia. Hän korostaa omaa tahtoaan juomiseen tai juomattomuuteen. Hän tunnistaa juomisen riskit suhteessa terveydentilaansa. Asiakkaan taloudellinen tilanne on pysynyt hallinnassa. Hänellä on edelleen vuokranmaksun suoraveloitussopimus, joten vuokrarästejä ei ole syntynyt. Hän käyttää edelleen kotihoidon kauppa- ja ateriapalvelua, jotka turvaavat säännöllisen ruokailun. Yksinäisyyttä hän kokee ajoittain, mutta tyttären ja tämän puolison yhteydenpito lievittää sitä.

Asiakastapaus N2: haastattelu tapahtui 8 kuukauden kuluttua jälkikuntoutuksen päättymisestä. Asiakas on kiinnittynyt hyvin A-klinikan ryhmään. Hän käy ryhmässä säännöllisesti ja kokee sen tukevan häntä hänen jokapäiväisessä elämässään. Hän on saanut ryhmästä uuden, raittiin ystävän, jolla on koira. Ystä-

vän koira on hänellä välillä hoidossa ja tästä hän iloitsee. Asiakas ei ole luopunut alkoholista kokonaan, mutta päivittäinen juominen on loppunut. Asiakkaalla on edelleen masennusta, mutta A-klinikan naistenryhmä on tuonut uutta mielekkyyttä arkeen. Asiakkaan taloudellinen tilanne on turvallinen.

9 POHDINTA

Tutkimus toteutettiin realistisen arviointitutkimuksen viitekehyksestä, jolloin sen tarkoitus oli vastata kysymykseen mikä toimi, kenelle ja missä olosuhteissa. Tutkimuksesta löytyy vastaukset näihin kysymyksiin. Vastauksia en olisi saanut pelkästään dokumenttiaineistosta. Asiakasdokumenttien sisältöä tulisikin kehittää esimerkiksi siten, että niissä olisi kirjattuna, kuinka asiakkaan kuntoutumisprosessin arviointi tapahtuu.

Avoin haastattelu osoittautui tällaisessa tutkimuksessa toimivaksi aineistonkeruumenetelmäksi. Analyysivaihetta olisi helpottanut, jos olisin tehnyt teema-haastattelurungon. Teemahaastattelu olisi pitänyt minut tutkijana tiukasti kiinni aiheessa. Toisaalta avoin haastattelu vapautti minut toimimaan intuitiivisesti ja vahvasti käsitystäni siitä, kuinka tärkeää on ymmärtää asiakkaan maailmaa, jotta voi ideoida ja kehittää asiakkaan tarpeita vastaavaa palvelua.

Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että jokaisen tutkimukseen osallistuneen asiakkaan arkielämänhallinnassa tapahtui muutoksia heidän lähtötilanteisiinsa nähden. KotiKatkon kesto oli asiakkailla 8 viikosta 12 viikkoon. Kyseessä oli suhteellisen pitkä ja intensiivinen päihdehoito, jossa korostui konkreettisen avun ja tuen järjestäminen heti hoitojakson alkuvaiheessa. Asiakkaiden toimintakyvyn parantuessa jälkikuntoutuksessa painopiste muuttui asiak-

kaan osallisuuden vahvistamiseen ohjaamalla heitä erilaisiin vertaistukiryhmiin tai A-klinikan ryhmiin.

KotiKatkon jälkikuntoutus onnistui alulle panemaan asiakkaiden alkoholikeskeisen elämäntapamuutoksen. Tärkeimpänä tekijänä tähän näen kuuluvan asiakkaiden oman halun muutokseen yhdistettynä työntekijän pitkäjänteiseen ja asiakasta kunnioittavaan sekä hienotunteiseen kohtaamiseen. Yhden asiakkaan kausittaisessa juomistavassa ei tapahtunut muutosta, mutta hänen arkielämänsä pystyttiin helpottamaan järjestämällä muun muassa kotihoidon tukipalveluja sekä maksupalveluja. Asiakkaan raittiit jaksot kuitenkin pidentyivät. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, silloinkin kun asiakas tekee itselleen epäedullisia valintoja, kuuluu ihmisarvoiseen kohteluun.

Kotiin annettavan päihdehoidon erityisyys oli sen saatavuudessa ja matalan kynnyksen toiminnassa. Asiakkaiden ei tarvinnut jonottaa hoitoon. Kuntoutus aloitettiin viimeistään neljäntenä päivänä hoidontarpeen arvion ja tilannekartoituksen jälkeen. Asiakkaan oma koti kuntoutumisen ja toipumisen paikkana osoittautui mielekkääksi näille asiakkaille, joilla oli hoidon alkuvaiheessa vaikeuksia hakeutua esimerkiksi A-klinikoille. Kotiin annettu päihdepalvelu lunasti KotiKatko-hankkeen tavoitteen saada päihdepalvelut kaikkien sitä tarvitsevien ulottuville.

Asiakkaiden alkutilanteen vaikeudet olivat moninaiset. Ahdistus ja kärsimys olivat läsnä päivittäin. Inhimillinen kärsimys, hätä ja pahanolon tunteet lieventyivät jälkikuntoutuksen aikana. Tutkimuksessa ei haastateltu asiakkaiden omaisia, mutta ne asiakkaat, joilla oli aikuisia lapsia, kertoivat lastensa olevan tyytyväisiä muutokseen, joka heidän elämässään tapahtui. Näin ollen voisi ajatella KotiKatkon palvelevan myös omaisia ja läheisiä, joilla oli ollut huoli omaisensa tilanteesta. Tutkimuksen dokumenttiaineistossa oli hyvin vähän tietoa siitä, kuinka asiakkaiden läheiset huomioitiin asiakkaan hoitoprosessin aikana. Omaisten huomioiminen olisi kuitenkin tärkeää jo hoitojakson alkuvaiheessa. Omaisten esittämät huolenaiheet ja kysymykset voisivat vapauttaa heidät luottamaan siihen, että hoitoa toteutetaan asiakkaan lähtökohdista ja tarpeista käsin.

Yhteiskunnallisesti ajateltuna asiakkaan kotona tapahtuvalla päihdehoidolla pystyttiin ehkäisemään asiakkaiden syrjäytymistä. Toipumisen myötä asiakkaiden hyvinvointi lisääntyi: heidän perussairauksiensa hoito saatiin turvattua, taloudellinen tilanne helpottumaan ja sosiaalinen kuntoutus käynnistettyä.

KotiKatkon kustannusvaikuttavuutta ei tässä tutkimuksessa arvioitu, mutta jos vertaa KotiKatkon avopalvelua esimerkiksi laituskuntoutuksen kustannuksiin, on avohoito huomattavasti edullisempaa. Tutkimuksen tulosten perusteella voi sanoa, että kustannushyötyä on saavutettu myös, sillä näiden asiakkaiden elämäntilanteen vaikeus olisi hoitamattomana johtanut siihen, että he olisivat jääneet yhteiskunnan reunalle. Pahimmillaan kahden asiakkaan tilanne olisi aiheuttanut asunnottomuuden tai pitkäaikaisen laitossijoituksen.

Kehittämistarpeena kotiin annettavassa päihdehoidossa näkisin ryhmähoitojen tarpeen. Ryhmähoitoa voisi toteuttaa esimerkiksi Vantaan palvelutaloissa ilta-aikaan, jolloin osa tiloista on käyttämättöminä. Ryhmät voisi suunnata nimenomaan kotiin annetun päihdepalvelun piirissä oleville asiakkaille, jolloin ryhmäläisiä yhdistävänä tekijänä olisi palvelun asiakkuus. Ryhmät voisivat olla määräaikaisia, ja niiden tavoitteena olisi saada asiakkaille positiivinen kokemus ryhmätoiminnasta. Ryhmät olisivat palvelurakenteeseen liittyvää toimintaa, jolloin asiakkaiden liittyminen niihin olisi kynnyksetöntä. Ryhmäläisten voimaannuttua ryhmän jäsenyyteen he voisivat tutustua muihin kaupungin tarjoamiin vertaistukiryhmiin. Kuka tietää, vaikka kävisi niin, että ryhmäläiset alkaisivat aika myöten muodostaa koteihinsa kokoontumisiltoja.

KotiKatko aloitti toimintansa Vantaalla maaliskuussa 2010. Kokemukset toiminnasta ovat osittaneet sen, että intensiivisellä avohoidolla voidaan saada hyviä tuloksia niidenkin asiakkaiden kohdalla, jotka perinteisesti olisi ohjattu laitoshoitoon. Kokemusten myötä asiakkaan kotiin annettua päihdehoitoa tullaan jatkamaan ja palvelua kehitetään edelleen koskettamaan myös huume- ja lääkeriippuvaisia kuntalaisia.

LÄHTEET

- Arviointi sosiaalipalveluissa. Katsaus arvioinnin peruskysymyksiin. Helsinki: Stakes, FinSoc Työpapereita 3/2001.
- Eskola, Jari & Suoranta, Juha 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. . Vastapaino. Tampere.
- Dahler-Larsen, Peter 2005. Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät käytännöt. Menetelmä-käsikirja. Helsinki: Stakes.
- Haarni, Ilkka & Hautamäki, Lotta 2008. Ikääntyvät juomatavat. Helsinki: Oy
- Heino, Taina 2007. Asiakaslähtöinen arviointi seniorihankkeessa. Hyvinvointipalvelujen vaikuttavuuden arvioinnin Diploma-koulutus. Diploma-työ. Kirkkopalvelut Ry. Tyynelän kehittämiskeskus. Seniori-hanke.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hyväri, Susanna 2001. Vallattomuudesta vastuuseen. Vammala: Tietosanoma Oy
- Juhila, Kirsi 2002. Sosiaalityö marginaalissa. Teoksessa sosiaalityö ja marginaalisuus. Kirsi Juhila; Hannele Forsberg ja Irene Roivainen (toim.) Jyväskylä: Kopijyvä Oy, 11–19.
- Julkunen Ilse; Lindqvist Tuija & Kainulainen Sakari (toim.) Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. FinSoc Työpapereita 3/2005. Helsinki: Stakes.
- Jääskeläinen, Marke. Alkoholijuomien kulutus 2010. Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti16/2011. Viitattu 1.5.2012.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr20_11.pdf
<http://www.thl.fi>
- Kazi, Mansoor A.F. 2003. Realist Evaluation in Practice. Health and Social-Work. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Kemppainen, Kyllikki 2008. "Ei mikään ole niin hyvä, kuin joku on sun olkapääsi" Ikääntyneiden alkoholiongelmaisten kokemuksia Seniorit-vertaisyhmästä. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Pieksämäen toimipaikka. Sosiaalialan koulutusohjelma. Opinnäyteyö.

- Korteniemi Pertti, 2005. Realismi ja realismin sovellus. Julkaisussa Ilse Julkunen; Tuija Lindqvist ja Sakari Kainulainen (toim.) Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. FinSoc. Työpapereita 3/2005. Helsinki: Stakes.
- Koskinen, Simo 2004. Ikääntyneiden voimavarat. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana – Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004.
- Levo, Tarja & Viljanen Maria 2011. Kehittämistyössä korostuneet lähtökohdat ja näkökulmat. Teoksessa Tarja Levo & Maria Viljanen (toim.) Pilotoinnista perustyöhön. ikääntyneiden päihdetyötä juurruttamassa. Vammala: Sininauhaliitto.
- Lindqvist, Tuija 2005. Realistisen arvioinnin lähtökohdat Julkaisussa Ilse Julkunen; Tuija Lindqvist ja Sakari Kainulainen (toim.) Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. FinSoc. Työpapereita 3/2005. Helsinki: Stakes.
- Murto, Lasse 2007. Ilkeät ongelmat haaste hyvinvoinnille. Teoksessa Tuula Helne & Markku Laatu (toim.) Vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto 135-143.
- Niemelä, Jorma 2002. Identiteettityö, sosiaalinen pääoma ja marginaalista murtaminen. Teoksessa Petri Ruuskanen (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Keuruu: PS kustannus 76–93.
- Niiniluoto, Ilkka 2006. Kriittinen tieteellinen realismi. Teoksessa Pekka Kuusela & Vuokko Niiranen (toim.) Realismin haaste sosiaalityöissä. Suomi: Oy UNIPress Ab ja kirjoittajat, 23–39.
- Pawson, Ray ja Tilley, Nick 1997. Realistic Evaluation. London, Thousand Oaks & New Delhi: Sage Publications.
- Pekkarinen Elina ja Tapola-Haapala Maria 2009. Kriittinen realismi sosiaalityössä- tiedontuotannosta emansipaatioon. Mäntysaari Mikko, Pohjola Anneli ja Pösö Tarja (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Juva: PS-kustannus, 183–201.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Viitattu 16.5.2012
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

- Päihdepalvelun johtoryhmä. Vantaan päihdepalvelujen palvelurakenteen ja palvelujen kehittäminen. Viitattu 4.5.2012. Saatavana
http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdepalvelut
- Raitakari, Suvi 2004. Nuoren elämänhallinta: toivottua arkea ohjeistamalla? Teoksessa Arja Jokinen; Laura Huttunen ja Anna Kulmala (toim.) Puhua vastaan ja vaieta. Helsinki: Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd, 56–73.
- Raunio, Kyösti 2004. Olennainen sosiaalityöstä. Helsinki: Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd.
- Raunio, Kyösti 2006. Syrjäytyminen - Sosiaalityötä kiinnostavia näkökulmia. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.
- Robson, Colin 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Råman, Päivi 2011. Alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutus. Pilottihankkeen lopuraportti. Vantaan kaupunki Sosiaali- ja tervystoimi, Perhepalvelut, Päihdepalvelut 2011. Saatavana
http://www.vantaa.fi/fi/sosiaali-ja_terveyspalvelut/paihdepalvelut/tiedotteet
- Satka, Mirja; Karvinen-Niinikoski, Synnove; Nylund, Marianne & Hoikkala, Susanna 2005 (toim.) Sosiaalityön käytäntötutkimus. Helsinki. Palmenia.
- Sisäasianministeriö 2011. Turvallinen elämä ikääntyneille. Toimintaohjelma ikääntyneiden turvallisuuden parantamiseksi. Sisäasiainministeriön julkaisuja 19/2011. Viitattu 17.5.2012. Saatavana
www.intermin.fi/julkaisut
- Suhonen, Heikki 2005. Elämä on pysähtynyt keinu. Tutkimus ikääntyneistä A-klinikan asiakkaista ja heidän asiakkuudestaan. A-klinikkasäätiön monistesarja nro 48. A-klinikkasäätiö.
- SiniVida. Terve, Tavallinen huominen. i.a.
- Tilastokeskus 2009. Väestöennuste 2009–2060. Viitattu 3.5.2011.
[Tilastokeskus.http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html)
- Vakkuri, Johanna 2011. Pilkahduksia Pilkkeestä. Tutkimus ikääntyvien päihteidenkäyttäjien päivätoimintaryhmistä. Helsingin Diakonissalaitoksen raportteja 1/2011.

Vilkko, Anni; Sulander, Tommi; Laitalainen, Elina & Finne-Soveri Harriet 2010.
 Miten iäkkäät suomalaiset juovat? Teoksessa Teoksessa Mäkelä,
 Pia; Mustonen, Heli & Tigerstedt, Christoffer (toim.) Suomi Juo.
 Helsinki. Yliopistopainos, luku 11.

Virtanen, Petri 2007, Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita Prima Oy.

Julkaisemattomat lähteet:

Brotkin, Hanna; Keskinen, Päivi & Korhonen, Anna-Liisa, henkilökohtainen tiedonanto 18.8.2011.

Tapaninen, Jaana 2010. Vastaava sairaanhoitaja. SiniVida Oy. Henkilökohtainen keskustelu i.a.

Tapaninen ,Jaana 2010. Vastaava sairaanhoitaja. SiniVida Oy. Henkilökohtainen tiedonanto i.a.

Råman, Päivi 2009: Vantaan Päihdepalvelut Kokousmuistio 13.10.2009

Råman, Päivi 2009: Vantaan päihdepalvelut. Vantaa. Kokousmuistio 7.12.2009.

Råman, Päivi 2010: Vantaan päihdepalvelut. Vantaa. Kokousmuistio 5.2.2010.

Råman, Päivi 2010: Vantaan Päihdepalvelut. Vantaa. Tiedote 19.2.2010

LIITE 1: Asiakaskirje

Asiakaskirje

pv:

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

Teen Helsingin Diakonia Ammattikorkeakoulussa ylempään sosionomi ammatikorkeakoulututkintoon liittyvää opinnäytetyötä. Opinnäytetyöni aiheena on: Kotona tapahtuvan alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutuksen vaikutukset asiakkaan arkielämään. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakkaan näkökulmaa ja kokemusta kotona tapahtuvan päihdehoidon ja kuntoutuksen hyödyllisyydestä.

Tutkimusaineiston tiedon keruun toteutan KotiKatkon asiakkaiden haastatteluilla jokaisen tutkittavan kanssa yksilöllisesti. Lisäksi käytän aineistona tutkittavien hoidon tarpeen arvioita, hoito- ja kuntoutussuunnitelmia ja hoitoyhteenvetoja. Saatua aineistoa käsittelen luottamuksellisesti ja raportoin niin, että yksittäistä henkilöä ei ole mahdollista tunnistaa. Tutkimusaineisto tuhotaan tutkimuksen jälkeen. Haastattelujen suorittamisessa, tutkimusaineiston käsittelyssä, säilyttämisessä ja raportoinnissa tulen noudattamaan tutkimuseettisiä ja salassapitosäännöksiä turvatakseni tutkittavien henkilöiden yksityisyyden.

Pyydän teitä osallistumaan tutkimukseen. Osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Voitte kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta tai keskeyttää tutkimukseen osallistumisen milloin tahansa.

Pyydän teitä allekirjoittamaan tutkimukseen suostumusasiakirjan, mikäli haluatte osallistua tutkimukseen. Allekirjoitetun suostumuksen voitte lähettää vastauskirjekuoressa tutkijalle. Postimaksu on maksettu puolestanne.

Päivi Råman
paivi.raman@student.diak.fi
Diakonia Ammattikorkeakoulu
Diak Etelä

LIITE 2: Suostumus tutkimukseen

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Suostun mukaan haastattelututkimukseen, jonka aiheena ovat Kotona tapahtuvan alkoholikatkaisuhoidon ja jälkikuntoutuksen vaikutukset asiakkaan arkielämään. Annan Päivi Råmanille luvan käyttää tutkimusaineistona haastatteluani ja minua koskevia Päihdepalvelujen arkistossa olevia seuraavanlaisia asiakirjoja: Hoidon tarpeen arviointia, hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa sekä hoitoyhteenve-toa koskien Kotikatkoa.

Allekirjoitus

Päiväys

Nimenselvennys

SUOSTUMUS VASTAANOTETTU

Tutkijan allekirjoitus

Päiväys

LIITE 3: M1:n dokumenttiaineiston analyysi CMO yhtälöitä käyttäen

Konteksti	Interventio	Mekanismi	Tulos
Asiakas psykiatrin vastaanotolla	tilannekartoitus ja suositus kotikatsoon ja palvelutaloon hakemus	asiakas on valmis vastaanottamaan kotikatkon tuen	kotikatsoon lähete ja ensimmäinen kotikatkon käynti tapahtuu muutaman päivän sisällä
Ensimmäinen kotikatkon kotikäynti asiakkaan luokse	kerrotaan kotikatkon toiminnasta ja tehdään hoito ja kuntoutussuunnitelma yhdessä keskustellen	asiakas haluaa muutosta tilanteeseensa	asiakas sitoutuu suunnitelmaan. Asiakas on selvin päin.
Päihteettömyyden turvaaminen	sovittiin tapaamisai-kataulusta. Aluksi päivittäiset kontaktit, joko kotikäynti tai puhelinkontakti	tapaamiset tapahtuvat kodin lisäksi autoajelun merkeissä ja kahviloissa syntyy luottamus työntekijään ja tulevaisuuteen	asiakas on selvin päin tapaamisilla. Asiakas kokee voivansa paremmin kuin aikaisemmin
Perussairaudet ja alkoholin liikkäyttö	keskustellaan alkoholin haitoista	asiakas ymmärtää tilanteensa vakavuuden	asiakas vähentää alkoholin käyttöään
Taloudellinen tilanne	ehdotetaan edunvalvojaa ja haetaan toimeentulotukea	asiakas haluaa edunvalvojan hoitamaan rahasioitaan, kotikatkon työntekijä käynnistää edunvalvontaprosessin, auttaa asiakasta täyttämään toimeentulotukihakemuksen ja vie asiakkaan sosiaalitoimistoon	asiakas saa toimeentulotuen ja edunvalvojan, talous tasapainottuu, alkoholin käyttö vähenee entisestään ja loppuu kokonaan
Omakotitalon hoitaminen raskasta perussairauksista johtuen. Asiakkaalla on hakemus palvelutaloon vireillä	työntekijä kertoo asiakkaan asumisolosuhteista sos.työntekijälle, joka tekee asiakkaan luokse kotikäynnin	palvelutaloon muuttamista nopeutetaan	asiakas saa palvelutalosta asunnon kotikatkon hoitajakson aikana
Käynnistetään kotihoidon palvelut	kotihoito käy viikoittain jakamassa lääkkeitä, asiakas saa turvarannekkeen	turvallisuuden tunne lisääntyy	katse tulevaisuuteen, päihteettömyys
Asuminen	palvelutaloon muuttamisen valmistelu	kotikatkon työntekijä asiakkaan mukana katsomassa asuntoa ja tutustumassa palvelutalon toimintaan	asiakas käy tutustumassa palvelutalon elämäntaparyhmään ja voimisteluterhoon, ei kuitenkaan kiinnity vielä tässä vaiheessa palvelutalon toimintaan.
Kotikatko päättymiseen valmistelu	tapaamisia harvakseltaan	asiakas kiinnittyy palvelutalon toimintaan	asiakas on tyytyväinen tilanteeseensa, Päihteettömyys

LIITE 4: M1:n asiakashaastattelun analyysi CMO yhtäloita käyttäen

Konteksti	Tapahtuma	Mekanismi	Tulos
Puolison kuolema	Alkoholin liikkakäyttö, 2 kk päivittäistä juomista, jonka jälkeen juominen lähes päivittäistä	pysähtyneisyyden tunne, suru ja yksinäisyys	toimintakyky laskee
Kotikatko alkaa	ensimmäinen kohtaaminen asiakkaan kotona, keskustellaan asiakkaan tilanteesta	suunnitelma ja tavoite luotiin keskustelussa	asiakkaalla herää uteliaisuus palvelua kohtaan
Asiakaskontaktit	päivittäiset kontaktit alussa.	kotikatkon työntekijän kanssa, kahvilassa, kotona ja asioilla	luottamus työntekijään ja tulevaisuuteen
Alkoholin tissuttelu ennen kotikatkoa päivittäistä	työntekijä antaa tietoa alkoholikäytön haitoista työntekijä tukee asiakasta vähentämään alkoholin käyttöä	asiakas ymmärtää tilanteen vakavuuden työntekijä ei vaadi täysraittuutta	päivittäinen tissuttelu loppuu asiakas vähentää juomistaan
Talous	työntekijä selvittää asiakkaan raha-asioita	työntekijä kertoo edunvalvonasta ja auttaa asiakasta toimeentulotuen hakemisessa käymällä sosiaalitoimistossa yhdessä asiakkaan kanssa	asiakas haluaa itselleen edunvalvojan, edunvalvonta järjestyy, asiakas saa myös toimeentulotuen, juominen vähenee ja loppuu kokonaan
Omakotitalon hoitaminen raskasta. Asiakkaalla on hakemus palvelutaloon vireillä	työntekijä kertoo asiakkaan asumisolosuhteista sos.työntekijälle	Sosiaalityöntekijä tekee asiakkaan luokse kotikäynnin	palvelutaloon muuttamista nopeutetaan, päihteettömyys
Päihteettömyys	vertaistukitoiminta	Asiakas käy palvelutalon elämäntaparyhmässä, asiakas kokee, että kaikki ryhmän jäsenet ovat samanlaisessa tilanteessa ja jokainen yrittää päästä eroon alkoholista. Kannustavat toinen toisiaan.	asiakas käy viikoittain ryhmässä, on päässyt eroon alkoholista arkielämän hallinta lisääntyy
Turvallisuus	palvelutalossa asuminen	palvelut lähellä, helppo mennä keskustelemaan palvelutalon sairaanhoitajan kanssa,	asiakas tyytyväinen, kokee, että hänestä pidetään hyvää huolta
Terveys	kotihoito	hoitaja jakaa lääkkeitä ja mittaa verenpaineen, aikaa on myös keskustelulle	asiakas kokee turvaa ja huolenpitoa, päihteettömyys
Ihmissuhteet	suhde poikaan ja pojanpoikaan	poika vierailee ja soittaa usein. Avoin keskusteluyhteys pojan kanssa, läheiset välit poikaan ja pojanpoikaan. . Asiakas on vienyt pojanpoikaa jääharrastukseen.	Elämän mielekkyys, asiakas kokee itsensä tärkeäksi isänä ja vaa-rina.
Päihteettömyys	säännöllinen päivärytmi	aikainen herääminen, kahvin keitto, lehtien luku, kaupassa käynti rollaattorilla, ulkoilu	toimintakyky pysyy melko hyvänä

LIITE 5: N1:n dokumenttiaineiston analyysi CMO yhtälöä käyttäen

Konteksti	Interventio	Mekanismi	Tulos
Ensimmäinen Kotikäynti	Kuntoutusjakson tavoitteiden määrittely, kuntoutussuunnitelma	tehty yhdessä keskustellen asiakkaan omista tarpeista ja toiveista.	asiakas allekirjoittanut suunnitelman ja antanut hoitomyönteisen vaikutelman
Alkoholin käyttö runsaasti,	2-3 kotikäyntiä viikossa ja muina päivinä puhelinkontakti	asiakas odottaa tapauksia	asiakas puhalttaa tapauksilla nolla promillet
Talous	työntekijän kanssa tehty rahankäytön suunnitelmaa ja asiakas on tehnyt vuokran suoraveloitussopimuksen	Asiakas ymmärtää suunnitelman toteuttamisen helpottavan tilannettaan	vuokra ja laskut ajallaan maksettu.
Terveys	laitettu taksisetelianto vireille kotikatkon työntekijä ohjaa asiakasta menemään hammaslääkärille haetaan maksusitoumusta hammashoitoihin.	liikkumisen tuki asiakas saa hammasproteesit	taksisetelit myönnettiin, asiakas tyytyväinen kun pääsee asioille Asiakas on tyytyväinen kun voi hymyillä, ei tarvitse hävetä ulkoista olemusta
Arjen sujuminen	kotihoidon ateria ja kauppalpalvelut käynnistetään	asiakkaan säännöllinen ravitsemus mahdollistuu	asiakas voi paremmin
Asiakas on ollut ilman alkoholia 11,5 viikkoa, kotikatko päättyy	sovitaan tukikäynnit viikoittaisista käynneistä harventaen kerran kuukauteen	ei toteudu suunnitellusti sillä asiakas retkahtaa	asiakas joutuu sairaalaan, josta tehdään uusi lähete KotiKatkoon
Kotikäynti	retkahduksen läpi käyminen	asiakas ei tiedä tai osaa sanoa miksi retkahti	jää selvittämättä
Aktiviteetit	tutustuminen "musiikin iloa" ryhmään	asiakas ei koe ryhmää itselleen sopivaksi.	ei aio osallistua musiikin iloa ryhmään eikä elämäntaparyhmään.
Retkahdus	retkahduksen läpikäyminen	Asiakas kertoo migreenin laukaisseensa halun juoda	työntekijän ottaa yhteyttä omalääkäriin ja asiakas saa migreenilääkkeet
Päihteettömyyden turvaaminen	tiiviit kotikäynnit, 2-3 käyntiä/viikko, lisäksi puhelinkontaktit	keskustelutuki	päihteettömyys jatkuu

LIITE 6: N1:n asiakashaastattelun analyysi CMO yhtälöä käyttäen

Konteksti	Tapahtumat	Mekanismi	Tulos
Asiakas on sairaalassa	Sairaalassa ehdotetaan Kotikatkoa tai laitoshoidtoa	Kotieläinten vuoksi asiakas ei halua lähteä laitoshoittoon	sairaalasta tehdään lähete kotikatkoon
Kotikatkon 1.käynti	tilannearvio	asiakas tyytyväinen työntekijän tapaan keskustella	laaditaan hoito- ja kuntoutussuunnitelma
Kotikatkon kontaktit	2-3 viikossa ja muina päivinä puhelinkontakti	asiakas odottaa työntekijän käyntejä,	asiakas on selvin päin tapaamisilla
Päihitteettömyys	tukikeskustelut	keskustelevat muustakin kuin alkoholin käytöstä, voi puhua jollekin kun on paha mieli luottaa työntekijään	asiakas on tyytyväinen kun saa sanoa kyselijöille, että on ollut ilman alkoholia, puhuminen helpottaa, selvät päivät jatkuvat Iloa arkipäivään
Terveys	keskustelu alkoholin haitoista ja alkoholi käytön merkityksestä	ymmärtää haittojen merkityksen perussairauksiin haitallisesti vaikuttaen, alkoholi rentouttaa, vie säryt pois, ruokailu jää pois	krampuryypyt ja putkijuomista, yleiskunto laskee haluaa olla selvin päin
Taloudellinen tilanne	työntekijä toimittaa asiakkaan laskut sosiaalityöntekijälle	asiakkaan ei tarvitse itse huolehtia laskuista	laskut hoituvat
Sosiaaliset suhteet	tytär käy usein tapaamassa asiakasta, naapuri, jolla oma kokemus tukee päihitteettömyyteen naapuri apuna ja tukena erilaisissa tilanteissa	halu olla kuin muut, onnistumisen kokemus, selviää uusista tilanteista selvin päin ystävän avulla	selvin päin on mukava olla motivoi olemaan ilman alkoholia
Aktiviteetit	KotiKatkon työntekijä vie asiakkaan musiikin iloa ryhmään	musiikkiryhmässä kuuntelemassa pianon soittoa, josta ei pitänyt, koki itsensä erilaiseksi, muut osallistujat vanhuksia, jotka nuokkuivat istuallaan	ei halunnut enää mennä ryhmään
Asuminen	koti	on olemassa koti, jossa viihtyy, pitää siivoamisesta ja kotona puuhastelusta	arkielämän mielekkyys

LIITE 7: N2:n dokumenttiaineiston analyysi CMO yhtälöä käyttäen

Konteksti	Interventio	Mekanismi	Vaikutus
Ensimmäinen kotikäynti- lanne	tilannearvion teko: Asiakasta haastatellaan ja kuunnellaan. tehdään kuntoutussuunnitelma. Tapauksia on aluksi kaksi kertaa viikossa ja muina päivinä puhelinkontakti asiakkaaseen.	Asiakas kertoo avoimesti alkoholin liikkäytöstä ja masennuksesta. Asiakas tyytyväinen tiheisiin kontakteihin	sovitaan Kotikatkon aloittamisesta asiakas allekirjoittaa kuntoutussuunnitelman ja yhteistyöluvat
Alkoholin käyttö ja masennus. Asiakas juo viikossa noin 21 annosta	annetaan tietoa alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksesta, tehdään Audit testi, jonka mukaan asiakkaalla suuret riskit, aloitetaan juomapäiväkirjan teko	asiakas ymmärtää juomisen riskit ja haluaa vähentää alkoholin käyttöään	juominen vähenee siten, että kuntoutuksen viimeisellä viikolla on nolla päiviä. Viikkoannos oli vähentynyt noin 8 annokseen.
Terveys	BDI testi, jonka mukaan asiakkaalla keskivaikea masennus. lääkäri muuttaa lääkitystä, seurataan lääkkeen vaikutusta Keskustelutuki. Asiakkaalle annetaan tietoa säännöllisen ruokailun merkityksestä.	Annetaan palautetta juomisen vähentämisen onnistumisesta. tiiviit kontaktit jatkuvat. Kotikäynneillä keskustellaan siitä, miten asiakas on toteuttanut ruokailuaan.	lääkkeen muutos ei helpota masennusta. Palataan alkuperäiseen lääkitykseen. Asiakas aloittaa säännöllisen ruokailun, nälän tunne vähenee, samalla oluen juominen vähenee, välillä on nollapäiviä.
Arkiaskareiden suorittaminen vaikeaa, asiakas aloitekyvytön	asiakas ja työntekijä yhdessä suunnittelevat viikko-ohjelman koskien imurointia, pyykinpesua ja muita kotitöitä	dokumenttiaineistosta ei selviä seurattiinko viikko-ohjelman toteuttamista	ei merkittävää muutosta tilanteeseen. Asiakas imuroi kerran spontaanisti.
Avohoitokontaktit Asiakas pelkää leimautumista	Asiakasta on motivoitu kiinnittymään A-klinikalle ja tutustumaan vertaistukiryhmään	työntekijä käy asiakkaan kanssa kävelyllä A-klinikan lähellä ja yhdessä he seuraavat erottuvatko A-klinikalla kävijät muista ympäristössä liikkuvista.	seuraavalla viikolla asiakas aloittaa kontaktit A-klinikalla. Asiakas kiinnittyy naistenryhmään
Sosiaalinen ympäristö	kahvilassa ja kirpputoreilla käynnit	työntekijän kanssa	asiakas on tyytyväinen asiakas välttää paniikkioireita
Kotikatko päättyy	sovitaan tukikäynnit harvakseltaan	osoittautuvat riittävästi	retkahdus
Retkahdus hoitojakson jälkeen, asiakas on saanut juomisen poikki, mutta hänellä on itsetuhoajatuksia. Asiakas on yhteydessä kotikatkon työntekijään	nopea puuttuminen tilanteeseen järjestetään lyhytkestoinen hoitojakso kotikatkoon.	Keskustelutuki ja yhdessä lääkärin vastaanotolle meno	asiakas saa lähetteen depressiohoitajalle, aika saadaan jo seuraavalle viikolle.
Arkipäivän mielekkyys	ystävän koira hoidossa	koiran hoitaminen antaa mielekkyyttä. Koiran omistaja antaa positiivista palautetta koiransa hoidosta.	Arkirythmi säännöllistyy, asiakkaan itsetunto kohenee positiivisen palautteen myötä.

LIITE 8: N2:n haastatteluaineiston analyysi CMO yhtälöä käyttäen

Konteksti	Tapahtuma	Mekanismi	Tulos
Asiakkaalla huoli omasta alkoholin käytöstään. asiakas puhuu huoletaan elämäntaparyhmässä, jossa on käynyt muutamia vuosia.	Kuulee kotikatkoiminnasta elämäntaparyhmän jäseneltä. Elämäntaparyhmän ohjaaja kertoo kotikatkon ohjautumisesta.	Asiakas rohkenee menemään A-klinikalle ja pyytää sieltä lähteen kotikatkon. A-klinikan työntekijä kuuntelee asiakasta ja kertoo kotikatkosta sekä tekee kotikatkolähteen koordinaattorille	Asiakas on toiveikas ja tyytyväinen A-klinikan työntekijän nopeaan toimintaan. Kotikatkon yhteydenotto tapahtuu muutaman päivän kuluttua
Kotikatkon tapaaminen	keskustelussa kartoitettu tilanne ja tehty tavoitteet, hoito- ja kuntoutussuunnitelma	suunnitelma tehty yhdessä asiakkaan tavoitteiden pohjalta	Asiakas uskoo kykenevänsä sitoutumaan suunnitelmaan
Jälkikuntoutus	tapaamisia aluksi kaksi viikossa ja muina päivinä puhelinkontakti asiakkaaseen. Maksusitoumuspäätökset Kotikatkon jälkikuntoutukseen on tehty kuukaudeksi kerrallaan	työntekijälle helppo puhua asiakas kokee tiiviiden kontaktien tukevan häntä alkoholin käytön vähentämiseen, keskustelussa asiakas kokee kykenevänsä purkamaan ajatuksiaan ja tunteitaan. Asiakas ajattelee, että kuukausi on liian lyhyt aika toipumiseen.	toivo toipumisesta herää. Huoli kuntoutumisen jatkumisesta.
Alkoholin ja lääkkeiden käyttö	työntekijä kertonut niiden yhteiskäytön haitoista ja aloitettu juomapäiväkirjan seuranta ja tiiviit kontaktit asiakkaaseen	asiakas ymmärtää alkoholin ja masennuslääkkeiden yhteiskäytön haitat	täyttää juomapäiväkirjaa, juominen vähenee
Terveys	lääkäri tekee kotikäynnin ja lääkitystä muutetaan ja aloitetaan Revia-lääkitys	asiakas on tyytyväinen, että ei tarvinnut mennä jonottamaan terveysasemalle,	lääkitys vie tupakanpolton mielihalun pois, mutta ahdistus lisääntyy, palataan alkuperäiseen lääkitykseen
Päihteteettömyys	työntekijä kertoo säännöllisen ruokailun pitävän nälän tunteen poissa, jolloin ei tarvitse oluella energian tarvetta tyydyttää.	asiakas muuttaa ruokailutottumuksiaan	oluen juonti vähenee
Taloudellinen tilanne	työntekijä kehottaa asiakasta menemään sosiaalitoimistoon	asiakas kokee että hänet on jätetty yksin selvittämään asioita	asiakas menee sosiaalitoimistoon, mutta on kiukkuinen kun oli toivonut, että sairaseläkkeelle siirtymisen jälkeen ei tarvitsisi paperisotkuja selvittellä.
Arjen mielekkäisyys	hoitokoirat, koirapuistossa käynnit	asiakas hallitsee koirien hoidon ja tuntee että häneen luotetaan	alkoholin käyttö vähäistä tai ei ollenkaan käyttöä. Ajatukset siirtyvät pois omista ongelmista
Sosiaalinen ympäristö ja jatkohoito	työntekijä käy yhdessä asiakkaan kanssa kahvilassa, kirpputorilla ym. Työntekijä lähtee asiakkaan kanssa tutustumaan A-klinikan ympäristöön	työntekijä noutaa kahvit pöytään. Asiakas huomaa, että A-klinikan asiakkaat eivät ulkoisesti poikkea muusta väestöstä	Asiakas välttää paniikkioireita. A-klinikalle meno yhdessä työntekijän kanssa. Asiakas aloittaa A-klinikalla käynnit.