



# Seniori-projekti 2005-2008

## Loppuraportti

Taina Heino  
Eija Myllymäki  
Tuija Rinne  
Mari Tuomainen

**Tyynelän Kehittämiskeskus**



## SISÄLLYS

1 Johdanto .....	3
2 Projektin tausta ja lähtökohdat .....	3
3 Projektin tavoitteet ja alkutilanne .....	4
4 Projektin organisoituminen .....	5
4.1 LOL .....	6
4.2 Savonlinna.....	7
4.3 Pieksämäki .....	9
4.4 Koulutusprosessi .....	11
5 Projektin toiminta asiakastyössä .....	12
5.1 Ohjautuminen.....	13
5.2 Asiakkuuden alku, asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen .....	15
5.3 Työskentelyvaihe .....	16
5.4 Jatkosuunnitelmat ja seuranta .....	18
5.5 Verkostoyhteistyö .....	21
6. Projektin eteneminen.....	24
6.1 Projektin etenemisen arviointi .....	25
6.2 Tavoitteiden arviointia .....	26
7 Johtopäätökset.....	28

LIITE: Sopimuslomake

## 1 Johdanto

Senioriprojektin loppuraportissa kuvataan projektin tavoitteita ja toimintaa asiakastyössä ja verkostossa sekä toiminnan tuloksista syntyneitä johtopäätöksiä. Liika on aina liikkaa – ikääntyminen ja alkoholi -monitoimijahankkeesta on tehty ulkoinen arviointiraportti Sosiaalikehityksen toimesta (Tuokkola K, 2008). Kyseisessä raportissa on arvioitu myös Senioriprojektin toimintaa ja tuloksia. Tätä loppuraporttia ovat olleet kirjoittamassa ja kommentoimassa projektityöntekijät Tuija Rinne ja Eija Myllymäki sekä Tyynelän Kehittämiskeskuksen koordinaattorit Taina Heino ja Mari Tuomainen.

## 2 Projektin tausta ja lähtökohdat

Seniori- projekti on yksi valtakunnallisen Liika on aina Liikaa – ikääntyminen ja alkoholi (LOL) osahankkeista. LOL- hanke (2005- 2008) on monitoimijahanke, jota koordinoi Sininauhaliitto. Osahankkeita on kolme: Tyynelän Kehittämiskeskuksen Seniori- projekti, Ikäinstituutin osahanke ja Sininauhaliiton osahanke, jossa on kaksi toimijaa: Helsingin Diakonissalaitos ja Sininauhasäätiö (Hytinen 2007, 1-2).

Seniori- projekti on RAY-rahoitteinen, ikääntyvien päihdepalvelujen ja asiakastyön sisältöjä ja menetelmiä kehittävä projekti. Projektin suunnitteluvaiheessa ilmaistu päätavoite oli kehittää ikääntyville suunnattuja ja erityisesti kotiin vietäviä päihdepalveluja. Projektin kehittämistyö alkoi toukokuussa 2005 ja projekti päättyi joulukuussa 2008.

Projektisuunnitelmassa ja valmisteluvaiheessa kotiin vietävät päihdepalvelut ikääntyville määriteltiin niin, että ikääntyviksi eli hankkeen asiakaskohderyhmäksi kohdentui kronologiselta iältään yli 60-vuotiaat asiakkaat. Lisäksi asiakkaan oma subjektiivinen kokemus määrittää päihteidenkäytön problemaattisuuden tason, ei perinteiset käytettyihin alkoholiannoksiin tai alkoholinkulutukseen viittaavat suurkulutus- tai riskikäytön rajat.

Kotiin vietäviä päihdepalveluja ei projektisuunnitelmassa ja suunnitteluvaiheessa määritelty tarkasti. Tavoitteena oli projektin alkuvaiheessa kartoittaa sitä, minkä tyyppisistä interventioista hankkeen asiakkaat hyötyvät? Suunnitteluvaiheessa lähtökohtaisena ajatuksena oli työparityyppisen työotteen lisääntyminen kotihoitohenkilöstön sekä päihdepalvelujen välillä ja konsultointikäytäntöjen yleistymisen vanhuspalvelujen ja päihdepalvelujen välillä.

Asiakkaan hyvinvoinnin muutoksen voi Seniori-projektissa määrittää päihteidenkäytön lopettamisen, vähentämisen tai paremman hallinnan kautta. Muutosta voi määrittää myös asiakkaan oman subjektiivisen kokemuksen kautta elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemisena.

### 3 Projektin tavoitteet ja alkutilanne

Koko LOL- hankkeen tavoitteena oli tuoda keskusteluun ikääntyvien päihdeongelmat ja tiedottaa ikääntyvien alkoholinkäytön riskeistä. Hanke tuotti myös tutkimustietoa sekä kehitti ikääntyvien päihdetyön hyviä käytäntöjä. Hankkeen ideana oli lisätä ikääntyvien päihdeongelmia koskevaa tietotaitoa alan ammattilaisille ja järjestön edustajille, jotta ongelmia voitaisiin paremmin ehkäistä ja korjata. Hankkeen avulla haluttiin lisätä päihde- ja vanhustyöntekijöiden tietotaitoa ikääntyvän asiakkaan kohtaamisessa, kehittää asiakastyön avulla ikääntyville soveltuvia päihdetyön menetelmiä, tuottaa ja levittää aihetta koskevaa tutkimustietoa sekä tehdä ikääntyvien päihteidenkäytön kysymyksiä näkyväksi sekä yhteiskunnallisesti että ammatillisissa piireissä.

Seniori- projektin alussa määriteltiin kohderyhmäksi pääosin yli 60 -vuotiaat henkilöt, joille päihteidenkäyttö aiheuttaa ongelmia sekä heidän läheisensä. Projektin toiminnassa olisivat yhteistyökumppaneina päihdetyön- ja vanhustyön ammattiverkostot.

Seniori -projektin tavoitteina oli

1. Kehittää päihdepalveluita ikääntyville soveltuviksi
2. Kytkeä päihdeosaamista kotona tapahtuvaan hoiva- ja huolenpitotyöhön
3. Ammattihenkilöstön osaamisen lisääminen
4. Toimintamallien kehittäminen ongelmakulutuksen tunnistamiseen sekä sen ennaltaehkäisemiseen
5. Yleisen tietoisuuden ja tiedon lisääminen ikääntyvien päihderiippuvuuksista mm. tiedottamisen kautta

Kartoituskyselyt toteutettiin Pieksämäellä kotipalvelulle ja kotisairaanhoidolle ennen projektin varsinaista alkua. Savonlinnassa vastaava kysely tehtiin kotihoidolle (kotipalvelu, kotisairaanhoido, lääkärit, fysioterapeutit, sosiaalityöntekijät ja diakoniatyöntekijät) kesän-syksyn 2005 aikana. Kyselyiden anti oli molemmilla paikkakunnilla melko samansuuntainen. Kotipalvelun ja kotisairaanhoidon työntekijät olivat kohdanneet työssään jonkin verran päihdeongelmia.

Puheeksiottaminen koettiin vaikeana ja pohdittiin asiakkaan itsemääräämisoikeutta. Työn yhtenä tarkoituksena on tukea työntekijöitä puheeksiottamisessa ja neuvoa heitä vaikeissa tilanteissa. Arjen työtä helpotti, kun voi purkaa jonkun toisen kanssa vaikeita tilanteita ja saada myös tarvittaessa työparin kentälle.

## 4 Projektin organisoituminen

Projektin organisoituminen ja tehtävänkuvat (kehittämiskohteet) eri paikkakunnilla (Savonlinna, Pieksämäki, Vantaa, Espoo, Helsinki) olivat painopistealueiltaan hieman erilaiset. Itäsuomessa lähdettiin selkeästi asiakastyön kautta kehittämään päihdepalveluita kotiin tehtävällä työllä. Paikkakuntakohtaisia eroja ilmeni kahden itäsuomalaisen kaupungin, Pieksämäki ja Savonlinna, välillä, vaikka lähtökohdat olivat hyvin samansuuntaiset väkiluvultaan, toimintakulttuuriltaan ja alkukartoitukseltaan.

Vuoden 2005 keväästä lähtien molemmilla paikkakunnilla toimi aluetukiryhmä tai tukiryhmä. Tukiryhmän tehtävänä oli

1. Käytännön yhteistyön edistäminen ja projektin onnistumisen edellytysten tukeminen.
2. Projektityöntekijöiden ja verkoston työn tukeminen.
3. Alueellinen tiedottaminen yhdessä projektityöntekijän ja projektipäällikön kanssa.
4. Projektin tulosten (toimintakäytäntöjen) paikallinen juurruttaminen ja jatkuvuuden turvaaminen.
5. Alue/tuki ja ohjausryhmän välinen yhteistyön seurannan, koordinoinnin ja tiedottamisen osalta.

Tukiryhmissä nostettiin esiin palvelujärjestelmien haasteita ja käytiin keskustelua mm. siitä, miten ikääntynyt päihdeasiakas kohdataan työntekijöiden toimintaympäristössä tai mitkä ovat laitos- ja avokuntoutuksen mahdollisuudet paikkakuntakohtaisesti. Toisaalta tukiryhmä toimi myös projektityöntekijän tukena ollen tärkeässä työnohjauksellisessa roolissa. Tukiryhmissä arvioitiin ja suunniteltiin myös paikallisen koulutuksen ja tietotaidon lisäämisen tarvetta. Tukiryhmät olivat mukana tiedon levittämisessä paikkakunnilla, tästä osoituksena konsultatiivisen työskentelymallin lisääntyminen yhteistyöverkoston kanssa projektin edetessä.

Projektin ohjausryhmä oli molempien paikkakuntien yhteinen. Ohjausryhmän jäsenet pyrittiin valitsemaan mahdollisimman monipuolisesti eri yhteistyötahoilta. Ohjausryhmän keskeisimmät tehtävät olivat

1. Osahankkeen koordinoituvastuu.
2. Seuranta ja arviointitehtävät (tavoitteiden toteutumisen seuranta ja tulosten arviointi).
3. Rekrytoinnista ja resurssien käytöstä päättäminen.
4. Projektista tiedottaminen yhdessä projektivastaavien kanssa.
5. Projektin etenemiseen liittyvät linjapäätökset.
6. Yhteistyösopimuksista ja sidosryhmäsuhteista päättäminen.
7. Projektin tulosten jatkuvuuden turvaaminen ja edelleen kehittäminen.

Ohjausryhmä kokoontui kaksi kertaa vuodessa vuorotellen molemmilla paikkakunnilla. Tämä muodostui haasteelliseksi paikkakuntien etäisyyden vuoksi. Asiakastyötä sisältävässä projektissa ohjausryhmän merkitys projektityöntekijälle oli vähäistä, mutta eri paikkakuntien edustajien kohtaaminen ja sen kuuleminen, miten muualla toimitaan, oli joskus hedelmällistäkin. Senioriprojektissa oli alusta asti selkeät tavoitteet kehittämistyölle ja sen mukaisesti edettiin myös ohjausryhmässä. Projektityöntekijän näkökulmasta tuki varsinaiselle työlle tuli enemmän alueellisesta tukiryhmästä. Toisaalta ohjausryhmä oli rakentunut niin, että sillä ei ollut mahdollisten päätösten tekemiseen valtuutuksia ja olisiko siihen ollut tarvettakaan?

## **4.1 LOL**

Liika on aina liikaa hankkeen (LOL) lähtökohta oli, että kaikilla ihmisillä on ihmisarvo ja oikeus yhteiskunnan palveluihin. Hankkeen tarkoituksena oli tuoda esille, että myös päihdeongelmainen ikääntynyt tarvitsee ja on oikeutettu saamaan apua ja palveluita. LOL- hankkeen haasteena oli sovittaa eri paikkakuntien ja järjestöjen (Tyynelän Kehittämiskeskus, Ikäinstituutti, Sininauhaliitto, Sininauhasäätiö ja Diakonissalaitos) tarpeet ja toiveet hallittavaksi kokonaisuudeksi.

Valtakunnallisessa monitoimijahankkeessa tehtiin asiakas- ja kehittämistyötä, tiedottamista, koulutusta sekä tutkimusta aiheesta. LOL-hankkeella oli koordinaatio, jonka tehtävänä oli viedä hanketta eteenpäin, tuottaa materiaalia, huolehtia koulutuksesta, tutkimuksesta sekä tiedottamisesta. Koordinaatio toimi myös linkkinä osahankkeiden välillä sekä johti hanketta sisäisesti. Näin laaja-alaisessa hankkeessa yhteisen ymmärryksen löytyminen ei aina ollut mutkatonta. Kriittistä ja

arvioivaa keskustelua on käyty osahankkeiden välillä koko toiminnan ajan. Toisaalta laaja-alaisuus on tuonut myös uutta tietoa. Hankkeen yhteistyökumppaneiden taustayhteisöt ja heidän näkökulmansa työn tekemisestä, tuloksellisuudesta, vaikuttavuudesta sekä dokumentoimisesta on tuottanut paikallisesti ja valtakunnallisesti tietoa, taitoa, osaamista ja uudelleen organisoitumista.

Henkilövaihdoksia oli koko hankkeen toiminta-aikana hyvin paljon. Tämä toi haastetta yhteistyöhön; toisaalta henkilövaihdokset veivät ylimääräistä energiaa ja aikaa verkostojen uudelleen luomiseen ja työhön perehtymiseen, varsinkin näin monella taholla toimivassa hankkeessa. Toisaalta henkilövaihdokset antoivat myös uusia mahdollisuuksia ja pakottivat paikalliset verkostot toimimaan oma-aloitteisemmin.

Koordinoinnista vastaavana LOL-hanke aloitti internetsivujen ylläpitämisen jo hankkeen alkutaipaleella. Sivujen tarkoitus oli tulla ”tietopankiksi” yhteiseen käyttöön nyt ja tulevaisuudessakin. Sivuilta löytyy monipuolisesti tietoa hankkeen toiminnasta ja tuotetuista materiaaleista. Tietopankki on toiminut koko hankkeen ajan hyvänä työn tukena ja tietotaidon linkkinä yhteistyöverkostojen näkökulmasta. Sivut löytyvät osoitteesta [www.tippavaara.info](http://www.tippavaara.info).

## **4.2 Savonlinna**

Savonlinnassa kotiin tehtävä työ alkoi aina **parityöskentelynä**, vaikka ensikäyntejä jo sairaalamaailmassa oli ollutkin. Parityöskentelyn etuna on tiedon siirtyminen palvelujärjestelmään, jatkosuunnitelmien laatiminen, kahden ihmisen näkemyksen vahvuus.

Kehittämistyö ja kotiin tehtävät palvelut ovat tuottaneet myös tarvetta tälle asiakasryhmälle virikkeelliseen, mielekkääseen tekemiseen kodin ulkopuolelle. Ryhmätoiminnan tarpeellisuutta arvioitiin Bikva- arviointimenetelmällä ja ryhmä perustettiin 2006 syksyllä. Ryhmätoiminnan tavoitteena on ollut tukea yksilöä ja ryhmää päihteettömään tai päihteettömämpään arkeen. Projektityöntekijä on tehnyt yhteistyötä a-klinikan sosiaalityöntekijän kanssa ja ryhmän jatkuvuus, osana avopäihdekuntoutusta, on turvattu. Ryhmätoimintaa on myös järjestetty tarpeen mukaan, vieläkin matalamman kynnöksen ryhmätoimintaa, jossa asiakkaat ovat tulleet sellaisina kuin ovat, eli osa vahvasti päihtyneenä. Lisäksi on kokeiltu tarjoamalla läheisille/omaisille ja naisille ”Läheisteniltoja ja Naisteniltoja”.

Tyynelän osahanke Savonlinnassa on tuottanut yhteistyöverkostolle vahvuutta puheeksiottamisessa, hoitoon ohjaamisessa ja kiinnipitävästä toiminnasta. Savonlinnassa on kehitetty **sairaalasta kotiin -mallia**, saattaen vaihtaen periaatteella. Malli on kuvattu, dokumentoitu ja osa työntekijöistä on saanut siihen koulutusta. Aluksi projektityöntekijä on ollut saattamassa ikääntynyttä päihdeasiakasta sairaalamaailmasta kotiin ja nyttemmin ”kotiuttamistiimi” jatkaa tätä työtä. Kotiutumistilanteessa, verkostoyhteistyönä moniammatillisissa tiimissä mietitään asiakkaan hyvän kotiutumisen edellytyksiä. Moniammatillisissa tiimissä laaditaan suunnitelmat, jotka dokumentoidaan. Kotiutumistiimit palvelevat kaikkia kunnan asiakkaita, ei ainoastaan päihdeiden käyttäjiä.

Savonlinnan alueella on myös huomioitu **ehkäisevän terveyden- ja hyvinvoinnin** edistämisen tärkeys, lisäämällä sisäisin siirroin asiantuntijoita selvittämään alueellista tilannetta, suunnittelemaan tarpeiden mukaista koulutusta ja kehittämistyötä myös päihdepuolelle. Kotihoito on myös saanut lisäresursseja puolipäiväisen suunnittelijan ja kehittäjän vanhusten palveluihin.

**Yhteistyötahot** ovat laajentuneet yhteisen työn kautta esimerkiksi ryhmätoiminnassa, tiedottamisessa ja koulutuksessa on ollut Savonlinnan, Punkaharjun ja Kerimäen Diakoniatyö, A-klinikka, Soteri, SPR, Seniorikeskus, Linnalan Sentlement-liike, Virike-projekti, Projekteista prosessiin- projekti, Iltakoti Ry, Savonlinnan Poliisi, Lionsklubi, Savonlinna kristillinen opisto ja paikalliset Eläkejärjestöt.

Savonlinnan Poliisin toimesta on **turvallisuuskoulutettu** alueellisesti työntekijöitä, jotka työskentelevät kentällä. Vapaaehtoistyöntekijöille on tarjottu projektityöntekijän kautta koulutuksellista informaatiota ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamisesta, ikääntyneen päihdeistä kuntoutuvan asiakkaan yksinäisyydestä, turvattomuudesta ja sosiaalisten verkostojen vähyydestä. Lisäksi verkostoyhteistyönä, moniammatillisena tiiminä on viety vanhusten vuokratiloihin teemailtapäivää ”Millainen on hyvä vanhuus?”, ennaltaehkäisevänä toimintana ja puheeksiottamisen näkökulmasta.

Tulevaisuuden **haasteena** lienee alueellisen/seudullisen toimintaympäristön demokraattinen päihdepalvelujen tuottaminen tai tarjoaminen lähikuntien asiakkaille/kansalaisille. Haasteena on myös päihdehoito ja -kuntoutumisketjujen riittävän pitkä ketjuttaminen niin, että asiakas (kuntoutuja) ei tipahda verkosta ulos, vaan aina olisi löydettävissä käsipari, joka jatkaa (kiinnipitäminen).

### 4.3 Pieksämäki

Alussa yhteistyökumppaneiden löytyminen oli hankalaa, vaikka asiakkaita tuli projektiin runsaasti eri tahoilta. Asiakkaat ohjautuivat aluksi paljon kotihoidon, päihdepoliklinikan ja sairaalan sosiaalityöntekijöiden kautta, mutta projektin edetessä ohjautumista tapahtui hyvin monilta tahoilta ja omaisten yhteydenotot lisääntyivät. Työparityöskentely koettiin aluksi hieman erikoiseksi työmuodoksi, samoin verkostopalaverien pitäminen ei aina ollut itsestään selvää. Puhelimen välityksellä tapahtuva eri tahojen konsultaatio tuli merkitykselliseksi työmuodoksi projektin aikana. **Asiakastyön** luonne muuttuikin jalkautuvasta kotikäyntityöstä kodista ulospäin suuntautuvaksi ja verkostoa konsultoivaksi. Tämä osoitti sen, että tämän ikäryhmän tarpeet tulivat näkyväksi paikkakunnalla projektin aikana. Projektin tuottama koulutusprosessi on ollut selvästi työskentelyä tukeva ja yhteistä ymmärrystä lisäävä elementti. Projektityöntekijän osallistuminen erilaisiin aiheita käsitteleviin koulutuksiin sekä projektin pitämät koulutukset/infotilaisuudet lisäsivät tietotaitoa myös projektin sisäisestä näkökulmasta.

Projektin toimintaan vaikutti Pieksämäellä tapahtunut kuntaliitos vuoden 2007 alussa ja projektityöntekijän vaihtuminen kesken toimintakauden. Kuntaliitos toi mukanaan organisaatiomuutoksia ja tämä vaikutti jonkin verran yhteistyön kehittämiseen. Lisäksi hanke oli ilman työntekijää muutaman kuukauden kevään ja kesän aikana 2007. Tämä toi omat haasteensa niin yhteistyökumppaneille kuin projektin sisäisestikin. Toisaalta sidosryhmien ja yhteistyötahojen oli pakko ottaa ohjat käsiinsä, kun työntekijää ei ollutkaan muutamaan kuukauteen. Tässä tilanteessa siis juurruttaminen tapahtui kuin pakosta; kun oli luotu toimintatavat, niin perusorganisaation oli toimittava. Toisaalta uuden työntekijän oli luotava käytännöllisesti katsoen uudelleen verkostoyhteistyö sekä asiakaskontaktit, mikä vei aikaa.

Projektin alussa perustettu tukiryhmä oli osoittautunut liian suureksi ja jäsenet eivät päässeet osallistumaan kokouksiin säännöllisesti, joten keväällä 2007 päätettiin perustaa pienempi tukiryhmä, **Seniori-tiimi**. Tiimin jäseniksi tuli projektityöntekijän lisäksi ikääntyneiden päihteitä käyttävien ihmisten kanssa työskentelevät keskeiset toimijat eli päihdetyön diakoni, vanhustyöstä vastaava diakonissa, päihdepoliklinikan sairaanhoitaja sekä kotihoidon edustaja. Tarvittaessa muita keskeisiä toimijatahoja pyydettiin vierailijoiksi tiimin kokoontumiseen. Tiimissä kävi vierailijoina mm. päihdeyhdyshenkilö katkohoito-osastolta ja geriatri. LOL-hankkeen ja Tyynelän

Kehittämiskeskuksen edustus oli mukana riippuen kokoontumiskerran sisällöstä. Tiimi kokoontui säännöllisesti kerran kuukaudessa ja sen on tarkoitus jatkaa toimintaa projektin loppumisen jälkeen. Seniori-tiimin toiminnan juurtuminen on hyvässä tilanteessa, kun jäsenet ovat motivoituneita kehittämään ikääntyneiden päihdepalveluja ja hyväksi havaittuja käytäntöjä Pieksämäellä. Tiimin jäsenet ovat pitäneet hyvänä sitä, että tiimi on myös työnohjauksellinen ”jakamisen paikka”. Tiimi on myös etsivän työn foorumi, sillä diakoniatyön ihmiset tapaavat paljon asiakkaita, jotka ovat perinteisen palvelujärjestelmän ulottumattomissa.

**Seniorin vertaistuellinen ryhmätöiminta** alkoi Pieksämäellä syksyllä 2006. Ryhmä on toiminut aktiivisesti kokoontuen aluksi viikoittain ja vuoden 2008 alusta joka toinen viikko. Ryhmään on osallistunut keskimäärin 4-7 ihmistä, sekä miehiä että naisia. Työntekijän vaihdoksen vuoksi projektissa tuli tauko, jolloin vastuuta ryhmän vetämisestä otti palvelujärjestelmästä seurakunnan diakoni ja päihdepoliklinikan sairaanhoitaja. Ryhmätöiminnan vastuunkantajien löytäminen onkin ollut toiminnan haaste. Yhteistyön tuloksena on noussut diakonin rooli merkittäväksi ryhmän toiminnassa. Vertaistuellinen ryhmä vaatii kaksi ohjaajaa, koska ryhmissä on ollut liikuntaesteisiä ihmisiä ja ryhmän koko on ollut aika-ajoin jopa kahdeksan ihmistä.

Vertaistuellisessa ryhmässä on pidetty kiinni ryhmän itse laatimista säännöistä, joita ovat mm. selvin päin, rehellisyys, luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus. Ryhmän yhdistävänä tekijänä on ollut ongelmallinen alkoholikäyttö ja yli 60 vuoden ikä. Ryhmän luonne on ollut ”täydentyvä suljettu”. Sekä ryhmässä että Seniori-tiimissä on pohdittu, olisiko ryhmä suljettu / avoin / täydentyvä tai esimerkiksi 8 kertaa kokoontuva teemoitettu ryhmä, jonka jälkeen olisi mahdollista siirtyä ns. klubiin. Tiimissä nousi esiin myös toisenlaisen ryhmän tarve eli kotihoidon asumisyksikössä, jossa on useampi alkoholinkäyttäjä, voisi kokoontua ryhmä, josta ei käännyttäisi pois päihtyneenkään. Ryhmä saatiin perustettua keväällä 2008 ja siinä käy säännöllisesti neljä henkilöä. Ohjausvastuuta ovat ottaneet diakonissa ja yksi vapaaehtoinen henkilö. Uusi ryhmä vastaa myös päihdestrategiaan kirjattua haja-asutusalueille suunnattua toimintaa ryhmämuotoisena jalkautumisena. Samassa yhteydessä nousi esiin myös vapaaehtoisten ohjaajien tarve sekä koulutustarve vertaistuellisen ryhmän vetämiseen. Tyynelän Kehittämiskeskus ja Seniori-projekti vastasi tarpeeseen järjestämällä kaksi iltapäivän kestävästä koulutusta ryhmänohjauksesta. Mukana oli sekä vapaaehtoisia että ammattilaisia päivätoiminnasta ja seurakunnasta.

Vuoden 2007 aikana Pieksämäellä päivitettiin **päihdestrategiaa** kahden työryhmän, ennaltaehkäisevän päihdetyön ja päihdekuntoutuksen työryhmän turvin. Seniori-projektin edustus

kutsuttiin päihdestrategian päivitykseen päihdekuntoutuksen työryhmään. Ikääntyneet ihmiset tulivat huomioiduksi uudessa strategiassa seuraavasti: Ikääntyneiden päihdeongelmiin erikoistuneen moniammatillisen Seniori-tiimin toiminta turvataan, kotihoitoon päihdeyhdyshenkilö, jalkautuva palvelu haja-asutusalueille sekä Seniori-vertaistukiryhmän toiminnan jatkuvuus turvataan. Henkilökunnan jatkuva koulutustarve kirjattiin kaikenikäisten päihdeasiakkaiden kanssa työskenteleville henkilöille. Strategian mukaisesti on kotihoitoon saatu päihdeyhdyshenkilö, joka aloittaa työt vuoden 2009 alusta. Hän toimii puolipäiväisenä mielenterveys- ja päihdevastuuhenkilönä kotihoidon alueella.

#### **4.4 Koulutusprosessi**

Seniori- projektin suunnitteluvaiheessa tehtiin Pieksämäen ja Pieksämäen maalaiskunnan sekä Virtasalmen kotipalvelussa ja kotisairaanhoidossa sekä muutamissa vanhustyön asumispalveluyksiköissä selvitys, jossa kartoitettiin henkilöstön koulutus- ja osaamistarpeita suhteessa ikääntyvien asiakkaiden päihteidenkäyttöön. Samalla selvitettiin myös ilmiön esiintyvyyttä ja niitä asiakastyön tilanteita, joissa henkilökunta päihteidenkäyttöä kohtaa. Projektin alkuvaiheessa (kesä-syky 2005) sama kartoitus tehtiin myös toisella pilottialueella Savonlinnassa. Kartoitukseen vastasi molemmilta pilottialueilta yhteensä 157 henkilöä eri sosiaali- ja terveydenhuollon sektoreilta.

Kartoitus toi esiin muutamat pääteemat, joista vastaajat toivoivat lisäkoulutusta. Teemat jaettiin neljään pääteemaan, ja niiden perusteella suunniteltiin prosessikoulutus, joilla pyrittiin ensisijaisesti lisäämään osallistujien tietoa päihdeongelmista, niiden tunnistamisesta, puheeksiotosta, päihdeongelman hoito- ja toipumisprosesseista ja verkostomaisesta työskentelyotteesta. Toissijaisena tavoitteena oli ylisektorisen yhteistyön lisääntyminen yhteisen koulutusprosessin myötä.

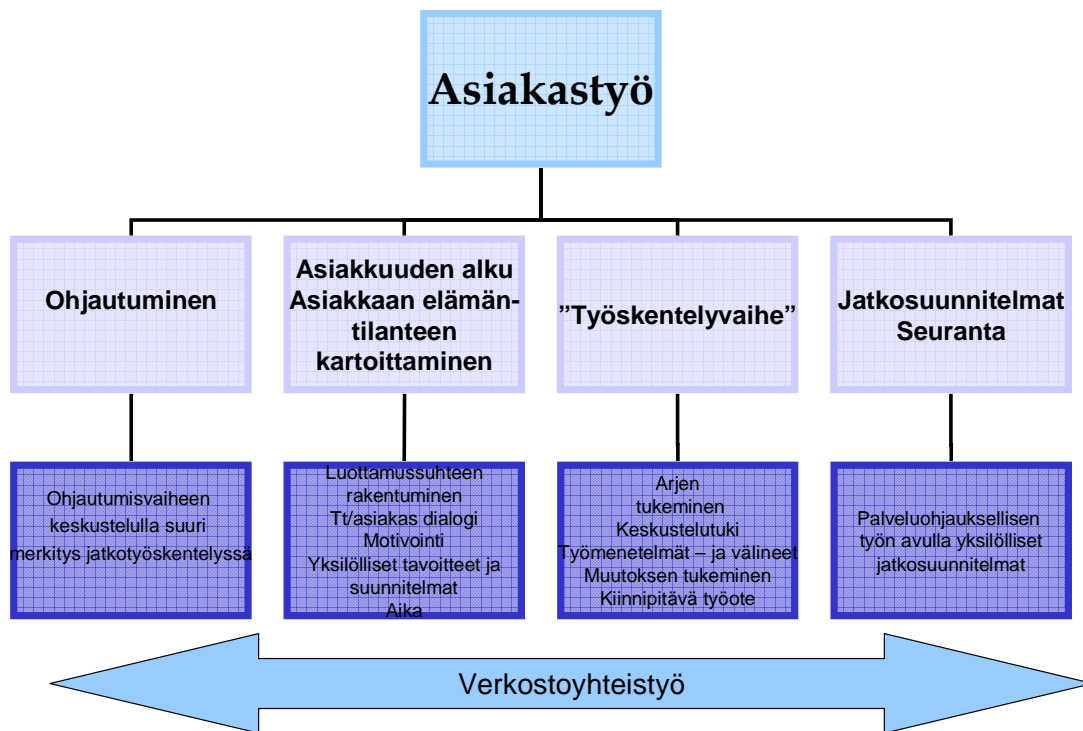
Koulutusprosessi toteutettiin keväällä 2006 neljän iltapäivän mittaisena sekä Pieksämäellä että Savonlinnassa. Tavoitteena oli, että mahdollisimman moni samasta työyhteisöstä pääsisi kaikkiin koulutusosioihin, mutta tämä tavoite ei täysin toteutunut. Osallistujien määrä vaihteli eri koulutusiltapäivissä, keskimääräinen osallistujamäärä oli noin 20 henkilöä. Koulutusteemat olivat: 1. **Päihderiippuvuus**, jonka pääsisältönä oli riippuvuuden luonne, riippuvuuden synty ja riippuvuuden kriteerit sekä tietoa ikääntyneiden päihderiippuvuuksien erityispiirteistä

2. **Päihderiippuvuudesta toipuminen**, jossa keskityttiin toipumisprosessiin sekä tietoon retkahtamisesta
3. **Työvälineitä puheksiottoon-** osiossa käytiin läpi puheeksi ottamisen perusteet ja pääperiaatteet sekä mini-intervention periaatteet
4. **Verkostotyö**-iltapäivässä pääpaino oli sekä sosiaalisissa että moniammatillisissa verkostoissa yhteistyön näkökulmasta.

Koulutuksiin osallistui työntekijöitä eri terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sektoreilta ja eri vanhustyön palvelumuodoista. Varsin suuri edustus oli kotihoidosta sekä sairaaloiden eri osastoilta. Koulutuksista kerättiin koulutuspalautetta, jonka mukaan koulutus vastasi varsin hyvin koulutuksiin osallistujien tiedontarvetta. Lisätietoa ja koulutuksen suuntautumista yksittäisiin aihealueisiin toivottiin myös, kuten tietoa lääkkeiden ja alkoholin yhteisvaikutuksista.

## 5 Projektin toiminta asiakastyössä

Seniori-projektissa tehtiin kotikäyntityötä asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti. Asiakastyö jakautui työskentelyn aikana neljään osioon (asiakastyön projektitaso); ohjautumiseen, asiakkuuden alkuun, työskentelyvaiheeseen sekä jatkosuunnitelmiin ja seurantaan. Näiden neljän osion alla kuvataan työskentelyä asiakkaan kanssa (asiakasprosessin työskentelytaso). Työskentelytasossa oli hankkeen pääpaino, eli miten työtä tehtiin asiakkaan kanssa dialogissa. Kuviossa 1 kuvataan asiakastyön prosessinomaisuutta. Koko prosessin ajan mukana toiminnassa oli sekä viranomais- että läheisverkostot.

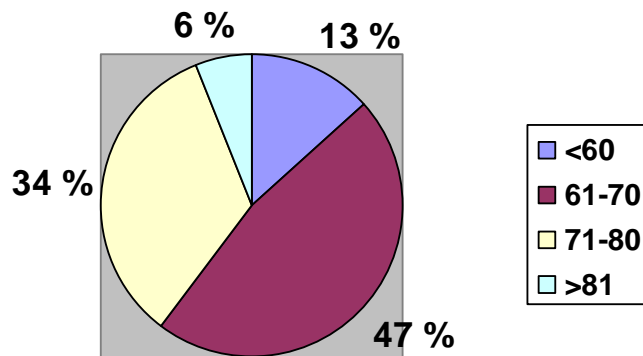


Kuvio 1. Asiakastyön prosessinomaisuus

## 5.1 Ohjautuminen

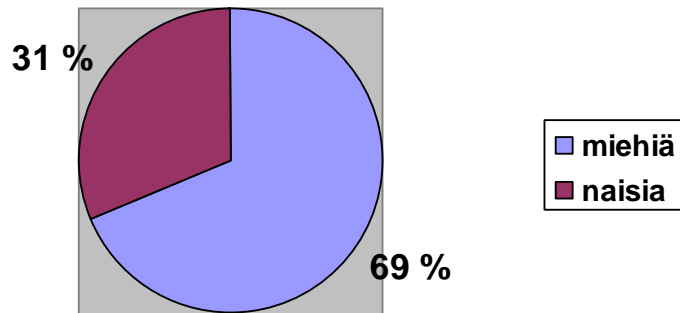
Kotona tehtävä asiakastyö alkoi varsinaisesti heinäkuussa 2005 molemmilla pilottipaikkakunnilla, jolloin asiakkaita ohjautui projektiin mm. kotihoidosta ja sosiaalityöstä. Tämän jälkeen asiakkuuksia tuli laajemmaltakin taholta kuten sairaaloiden osastoilta, päihdetyön avopalveluista, sosiaalityöntekijän, sekä diakoniatyön ohjaamana. Lisäksi asiakkaat itse, heidän omaisensa, sekä läheisverkosto ottivat yhteyttä projektityöntekijöihin. Asiakkaat tulivat projektityön piiriin erilaisista lähtötilanteista. Toisinaan työskentely lähti liikkeelle palvelujärjestelmässä olevista palvelujen saumakohtista, esimerkiksi asiakkaan kotiutuessa sairaalasta ja/tai huolesta asiakkaan elämäntilanteesta. Kyseessä saattoi myös olla yksilön elämässä tapahtunut muutos, kriisi tai joku muu poikkeuksellinen tilanne. Ohjautumisella oli merkittävä rooli asiakastyön aloitukselle.

Kesäkuun 2005 ja joulukuun 2007 välisenä aikana hankkeessa oli yhteensä 83 asiakasta. Asiakkaiden keski-ikä oli 65,1 vuotta. Ikäjakauma oli laaja, nuorimmat asiakkaista olivat 58-vuotiaita, vanhimmat puolestaan 85-vuotiaita (Kuvio 2).



Kuvio 2. Projektin asiakkaiden ikäjakauma

Naisia projektissa oli 26 ja miehiä 57 (Kuvio 3). Asiakkaiden päihdehistorioiden pituus vaihteli; osa oli aloittanut runsaan tai ongelmallisen päihteidenkäytön jo nuoruusiällä tai nuorena aikuisena (esrly-onset). Osa taas kuului selkeästi myöhemmin aloittaneiden (late -onset) ryhmään, joille päihderiippuvuus oli kehittynyt myöhemmällä aikuisiällä, osin vasta eläkeiässä. Asiakkuuden alussa päihteiden käyttö oli suurimmalla osalla asiakkaista (noin 85 %) ongelmakäyttöä. Asiakkaaksi ohjautui myös muutama sellainen, joka halusi tukea päihteettömyyteen tai pysymiseen kohtuukäytössä.



Kuvio 3. Projektin asiakkaiden sukupuolijakauma

## ***5.2 Asiakkuuden alku, asiakkaan elämäntilanteen kartoittaminen***

Asiakkuuden aloittamisvaiheessa koti koettiin riittävän luottamukselliseksi kohtaamispaikaksi. Asiakkaan ohjaaminen esimerkiksi avopalvelujen piiriin oli usein estynyt joko liikunnanrajoitteiden tai negatiivisten mielikuvien vuoksi. Kotikäyntityö oli tarkoitus aloittaa parityönä yhdessä muun ammattiverkoston kanssa. Tämä ei aina kuitenkaan onnistunut ja työntekijä joutui menemään kotikäynnille yksin tuntematta asiakasta etukäteen. Koti on hyvin yksityiseksi koettu alue, jonne meneminen vaatii erityistä hienotunteisuutta työntekijän puolelta. Asiakkaan itsensä, tiedonkulun ja työntekijän turvallisuuden kannalta olisi tärkeää toteuttaa ainakin ensimmäinen kotikäynti parityönä.

**Luottamuksellisen asiakassuhteen rakentumisen** kannalta ensimmäisellä tapaamisella oli erittäin suuri merkitys. Työntekijä otti yhteyden asiakkaaseen yleensä ensimmäisen kerran puhelimitse, joskus kirjeitse tai käymällä, jos puhelinvaihtoehtoa ei ollut käytössä. Ensimmäisellä tapaamiskerralla projektityöntekijä kertoi yhteydenoton lähtökohdista, huolen ilmaisusta ja projektissa tehtävästä työstä. Asiakkaat itse määrittivät, suostuivatko he asiakkuuteen ja millaista tukea he tarvitsivat senhetkisessä elämäntilanteessaan eniten. Vain muutama asiakas kieltäytyi

asiakassuhteesta tai seuraavasta tapaamisesta. Heille annettiin yhteystiedot, jos tilanne muuttuisi. Oman subjektiivisen huolen ja välittämisen ilmaisu osoittautui toimivimmaksi lähtökohdaksi yhteistyössä, sillä myös asiakkaan lähiverkosto oli usein ilmaissut huolensa. Useimmiten ikääntynyt henkilö itsekin oli huolissaan, ei välttämättä alkoholinkäytöstään vaan sen vaikutuksista asumiseen, talouteen tai terveydentilaan. Tällöin lähdettiin liikkeelle näiden asioiden selvittelystä ja päihteidenkäytön vähentäminen tuli kuvaan ehkä myöhemmässä vaiheessa.

Joidenkin kohdalla tarve muutokseen oman päihteidenkäytön suhteen oli ollut jo olemassa kauan. Tällöin työntekijän rooli oli asiakkaan jo alkaneen muutosprosessin tukemisessa ja vahvistamisessa.

Kun yhteistyö saatiin alkuun, niin yhteydenpito oli yleensä säännöllistä, laadittuihin suunnitelmiin perustuvaa ja siihen varattiin riittävästi aikaa. Ikääntyneen ihmisen kanssa tarvittiin aikaa **elämäntilanteen kartoitukseen**. Se piti sisällään terveydentilan, fyysisten rajoitteiden, palveluntarpeen, sosiaalisten suhteiden, voimavarojen ja vahvuuksien kartoittamista. Kartoituksen jälkeen hahmoteltiin yhdessä asiakkaan kanssa realistisia tavoitteita, joita sitten tarkasteltiin pitkin matkaa. Usein varsin kriisiytyneissä tilanteissa tarvittiin verkostojen yhteistä toimintaa asiakkaan hyväksi.

### **5.3 Työskentelyvaihe**

Työskentelyn ensisijaisiksi tavoitteisiksi tulivat asiakkaan elämänlaadun paraneminen ja toimijuuden lisääntyminen, ei varsinaisesti asiakkaan raitistuminen tai alkoholinkäytön lopettaminen. Joskus asiakkaan elämänlaadun kohentuessa myös alkoholinkäyttömäärät ja siitä koituvat haitat vähenivät jossakin määrin. Tavoitteiden yhteinen löytäminen asiakkaan kanssa saattoi olla pitkä prosessi. Toimintakyvyn paranemisessa ei tavoiteltu suuria muutoksia. Myös elämänlaadun paraneminen näkyi hyvin pieninä muutoksina esimerkiksi ruokailun, siisteyden tai itsestä huolehtimisen suhteen. Erityisesti varhain päihteiden käytön aloittaneiden asiakkaiden kanssa toimittaessa korostui yhteinen tekeminen ja käytännön asioiden hoito. Niiden henkilöiden kanssa, joiden päihdeongelma liittyi aikuisiässä tapahtuneisiin elämänmuutoksiin, keskustelutyöllä ja päihteidenkäyttöön liittyvällä muutoksen tukemisella oli suuri merkitys.

**Arjen tukeminen** ja yhteisen toiminnan merkitys korostui erityisesti niillä asiakkailla, joilla alkoholinkäyttö oli jatkunut runsaana pitkään. Käytännön asioiden hoitaminen piti sisällään mm. rempallaan olevan talouden selvittelyä, ruokahuoltoon liittyviä asioita, hygieniaan, terveydentilaan,

asumiseen, siivoukseen liittyviä järjestelyitä ja yhdessä tekemistä. Näiden asioiden hoitamisessa haasteeksi nousi verkostoyhteistyö. Järjestelyjä vaativia asioita oli paljon ja tarvittiin yhteistä verkostopalaveria ja tahtotilaa solmussa olevien asioiden selvittelyyn. Jalkautuva kotikäyntityö muuttuikin työskentelyn aikana verkostoyhteistyöksi ja kodista ulospäin suuntautuvaksi tukimuodoksi.

Tapaamisten intensiivisyys määrittyi asiakkaan senhetkisen tilanteen mukaan. Akuutissa vaiheessa yhteydenpito oli lähes päivittäistä. Yhteydenpidosta ja sen muodoista sovittiin aina yhdessä. Mikäli asiakas oli päähtyneenä, sovittiin uusi aika ja samalla varmistettiin, että asiakkaalla ei ollut fyysistä hätää. Tällainen kiinnipitävä työskentelymuoto nostikin esille vastavuoroisen puhelinyhteyden merkityksen. Joskus pelkkä puhelinsoitto tai tieto soittamisen mahdollisuudesta oli erittäin merkityksellistä. Asiakkaiden kokemuksen mukaan olemassa olevassa palvelujärjestelmässä tällainen toimintamuoto puuttuu.

Tuomitsemattomuus ja toisaalta tavoitteellisuus korostuivat alkoholinkäyttöön liittyvissä keskusteluissa. Suuri osuus keskustelusta oli motivoivaa keskustelua ja muutokseen rohkaisemista ja kannustamista. Ikääntyvillä ihmisillä motivaatio muutokseen oli yleensä suuri alkuhankaluuksien jälkeen. Retkahdus oli aina suuri pettymys. Keskustelujen kautta löydettiin usein asiakkaan henkilökohtaiset retkahtamista edeltävät riskitilanteet ja niihin liittyvät tunteet. Elämänhistorian läpikäymisellä ja merkityksellisten tapahtumien muistelemisella oli merkittävä paikka keskustelutyössä. Tavoitteena muistelulla oli aina asiakkaan voimaantumisen kokemus.

Asiakkaat kaipasivat tietoa alkoholista sekä sen vaikutuksista terveyteen ja yhteisvaikutuksista lääkkeiden kanssa. He kaipasivat tietoa myös riippuvuuksista ja toipumisesta sekä erilaisista palveluista. Palveluohjauksellisen työn avulla pyrittiin yksilöllisiin jatkosuunnitelmiin, joiden tavoitteena on asiakkaan itsenäisen elämän tukeminen. Ongelmakeskeisyyden takaa pyritään löytämään asiakkaan voimavarat ja vahvistamaan asiakkaan tavoitteiden mukaisia palveluja. Joissakin tapauksissa pystyttiin jopa purkamaan palveluja.

**Muutoksen tukeminen** tapahtui vahvasti kahdella osa-alueella: päihteidenkäytön muutoksen tukemisena tai arjen ja elämänhallinnan tukemisena. Asiakkaan muutosvaiheen havainnointi ja tunnistaminen olivat yksi osa alkuvaiheen kokonaisvaltaista tilannekartoitusta. Asiakkaiden tavoitteet päihteidenkäyttönsä suhteen vaihtelivat sen mukaan, mikä oli heidän näkemyksensä omasta tilanteestaan ja muutoksen tarpeestaan. Mittarina toimi asiakkaan oma subjektiivinen

kokemus omasta hyvinvoinnistaan ja alkoholinkäytön muutoksista. Joskus tarkastelun apuvälineinä toimi esimerkiksi juomapäiväkirja. Päihteidenkäytön osalta tarkasteltaessa noin puolet asiakkaista koki päihteidenkäytössään tapahtuneen muutosta positiiviseen suuntaan. Positiivinen muutos tarkoitti joidenkin kohdalla pyrkimystä täysraittiuteen, joidenkin kohdalla juotujen määrien vähenemistä tai juomiskertojen harvenemista. Osalla tavoitteeksi määrittyi selkeästi juomisesta koituvien haittojen väheneminen.

Asiakkaan hyvinvoinnin muut muutokset näkyivät muutoksina toiminnan ja ajattelun tasoilla. Kokonaisvaltainen elämänhallinta parani jonkin verran tai huomattavasti jopa 2/3:lla asiakkaista ja se näkyi mm raha-asioiden hoitamisena, siisteyden ja itsestä huolehtimisen lisääntymisenä sekä puolensa pitämisenä. Aluksi moni tarvitsi apua ja saattajaa, myöhemmin oli havaittavissa selvää voimaantumista omien asioiden hoitoon.

Toimiviksi välineiksi asiakastyössä ovat osoittautuneet juomapäiväkirja, ”Otetaan selvää” -esite (myös omaisten kohdalla), asiakkaan oma tavoitelmakke sekä verkostokartta. Juomapäiväkirjassa on määriä tärkeämpää ollut käydä asiakkaan kanssa läpi juomatonta jaksoa ja pohtia, mitä silloin on tehty, kun ei ole juotu. Yleisesti päihdehistorian koostaminen yhdessä asiakkaan kanssa sekä omien voimavarojen löytäminen ovat päihdetyön keskeisiä alueita. Lomakkeet ovat olleet hyviä työkaluja, mutta niiden kanssa on syytä olla varovainen. Tärkeämpää on pohtia, miten ja milloin niitä käyttää kuin ottaa ne orjallisesti käyttöön. Lomakekasan kanssa ei ole ollut mielekästä mennä asiakkaan luo, sillä he eivät välttämättä ymmärrä, mistä papereiden täytössä on kysymys. Sopimustakin (eli paperia, kehen saan olla yhteydessä) osa asiakkaista säikkyy. Kotikäynneillä keskusteltiin vapaasti lomakkeiden teemoista, mutta varsinainen asiakaskertomuksen kirjaaminen kannatti tehdä jälkeenpäin.

#### **5.4 Jatkosuunnitelmat ja seuranta**

Ikääntyneen päihdeasiakkaan kanssa työskennellessä aloitettiin jo ensikontaktissa seuranta ja jatkosuunnitelmien tekeminen. Suunnitelmissa kuultiin asiakasta ja sovittiin yhdessä tavoitteista ja seurannasta. Ikääntynyt päihteitä käyttävä tai käyttänyt henkilö tarvitsee tukea päihdeettömyyteen pyrkiessään, tai sitä ylläpitäessään. Se maailma mistä asiakas havahtuu juomisen lopetettuaan tai juomista vähentäessään, näyttäytyy hänelle hyvin erilaisena kuin juodessa. Asiat ovat luisuneet rempalleen, ystävyysuhteet ovat usein hävinneet, samoin suhteet omaisiin ovat usein poikki.

Koko asiakasprosessin ajan pohdittiin myös asiakkaan määrittämää tavoitetilaa, esimerkiksi päihteettömyyttä tai alkoholin käytön vähentämistä. Yhtenä menetelmänä käytettiin tulevaisuuden muistelemista:

*”Mitä alkoholin tilalle, vanhoja harrastuksia tai jotain muuta?”*

*”Millainen on elämä ilman alkoholia vuoden kuluttua?”*

Projektityöntekijä pohtii:

*”Mitä mahdollisuuksia tai tarjontaa palvelujen suhteen tällä paikkakunnalla on?”*

*”Miten polutan päässäni tämän henkilön laitos- ja avopäihdekuntoutuspolkua?”*

*”Mitkä ovat asiakkaan tavoitteet, realistiset tavoitteet, mahdollisuudet?”*

*”Milloin asiakas on riittävän itsenäinen, vahva ja toipunut, tullakseen ilman tukitoimia toimeen?”*

*”Millaisella minimituella hän voisi pärjätä, sortumatta jälleen entiseen kierteeseen?”*

Projektityöntekijä on käyttänyt kahta keskeistä työmuotoa toimiessaan kentällä, intensiivistä palveluohjausta ja verkostotyötä.

Projektityöntekijän näkökulmasta intensiivinen **palveluohjaus** työmenetelmänä on tuottanut pysyvää, asiakasta voimaannuttavaa ja arjen hallintaan lisäävää kapasiteettiä asiakkaalle, sekä päihteiden käytön lopettamista tai selkeää vähentämistä. Palveluohjaus on mahdollistanut myös palveluiden tarkoituksenmukaisuuden, joko lisäämisen tai vähentämisen. Tällä toiminnalla on etuna se, että asiakkaan hoitopolun suunnittelu asiakaslähtöisesti on helpompaa, kun pääsee asiakkaan arkitodellisuuteen ja kuulemaan aidosti asiakkaan ääntä.

Projektin näkökulmasta tämän asiakasryhmän kohdalta on tiedon lisääntymistä tapahtunut myös yhteistyöverkostoissa. Asiakastyö muotoutui yleensä palveluohjaukselliseksi **verkostoyhteistyöksi**, jossa moniammatillinen tiimi (rakentuu asiakkaan tarpeen ja suostumuksen mukaan) verkostoitui. Tiimissä on ratkaistu laaja-alaisia ja erittäin haasteellisia pulmia. Asumisen, terveydentilan ja monisairauksien, liikkumisen ja toimintakyvyn ongelmien selvittämisen kautta on pystytty vaikuttamaan asiakkaan arkeen myönteisesti. Verkostoyhteistyöhön on joskus tarvittu myös poliisin apua. Poliisin mukaan tulo on ennakkoon sovittua, harkittua ja perusteltua. Sekä intensiivisessä palveluohjauksessa että palveluohjauksellisessa tiimityössä mietitään ja visualisoidaan jo alkuvaiheessa mahdollisuuksia, uhkia ja jatkosuunnitelmia.

Asiakkuudet olivat yleensä pitkiä prosessinomaisia tapahtumia. **Asiakassuhteen päättäminen** tuli ajankohtaiseksi yleensä asiakkaan olleessa kuntoutumisessa siinä vaiheessa, että muutoksen ylläpito

onnistui muunlaisen tuen avulla ja että hän itse tunsu itsensä riittävän vahvaksi. Osa asiakkuuksista päättyi luonnollisesti myös kuolemaan. Pitkäkestoiset asiakkuudet päätettiin aina yhteisesti sopien ja ajatukselle annettiin aikaa ja tilaa kypsyä. Asiakkuuden päättyminen toteutettiin vaiheittain, ensin tapaamisia pikkuhiljaa harventaen, sitten siirtyen seurantatapaamisiin harvakseltaan. Asiakkaalla oli aina mahdollisuus ottaa yhteyttä työntekijään näidenkin tapaamisten välillä. Asiakassuhde pyrittiin päättämään hallitusti portaittain sekä sopimalla jatkosta esimerkiksi kotihoidon tai diakoniatyön kanssa. Yksilötyön jälkeen moni löysi ”kotipesän” vertaisryhmätoiminnasta. Tärkeintä oli, että ikääntyneellä itsellään oli turvallinen olo asiakassuhteen päättyessä ja tieto siitä, että tukea ja apua on saatavilla tarvittaessa.

Ryhmämuotoisen tuen tarve yksilötyön rinnalla nousi väliarviointia varten tehdyssä asiakkaiden ryhmähaastattelussa. **Ryhmätoimintaa** ryhdyttiin luomaan ja kehittämään paljolti asiakkaiden ilmaisemien tarpeiden pohjalta. Sen tavoite oli tukea yksilötyötä tarjoamalla mahdollisuuden kuntoutumiskokemusten jakamiseen vertaistuen periaatteella. Myös hyvän olon ja positiivisten tunteiden lisääntyminen oli ryhmätoiminnan tavoitteena. Ryhmätoimintaan osallistumista edesauttoi yksilökohtainen työskentely ennen ryhmään osallistumista. Sen avulla kuntoutujaa ikään kuin saatettiin ryhmätoimintaan mukaan. Jos yksilötapaamisia ei ollut ensin, ryhmään liittyminen vaati asiakkaalta suurempia ponnisteluja ja enemmän rohkeutta.

Ikä ja alkoholi olivat ryhmäläisiä yhdistävät nimittäjät. Yksilölliset tarpeet ryhmätoiminnasta vaihtelevat. Toisaalta osa ryhmäläisistä toivoi mielekästä, hyvin konkreettistakin tekemistä ja toimintaa kuntoutumisen tueksi, osa taas selkeämmin tavoitteellista keskustelua päihdekuntoutumisen ympärillä sekä omien tavoitteiden ja tunteiden läpikäymistä ryhmässä. Yhteisöllisyyden kokemuksen merkitys ja tarve kokemusten jakamiseen sekä hyväksytyksi tulemiseen oli kaikkia yhdistävä kokemus, vaikka tarve toiminnan sisällöille vaihtelikin. Asiakkaat kokivat molempia sukupuolia sisältävät sekaryhmät hyväksi. Sopivaksi koettu kokoontumistiheys vaihteli tarpeiden mukaan; osa koki tärkeäksi nähdä vähintään 2 x kk, osalle riitti harvempikin tapaamistiheys. Tärkeänä pidettiin turvallisuuden ja luottamuksen kokemusta. Vetäjän rooli koettiin tärkeäksi kaikissa toteutuneissa ryhmissä. Leirit ja retket, joita ryhmät tekivät, olivat tärkeitä ryhmien yhteishengen luomisen elementtejä.

## 5.5 Verkostoyhteistyö

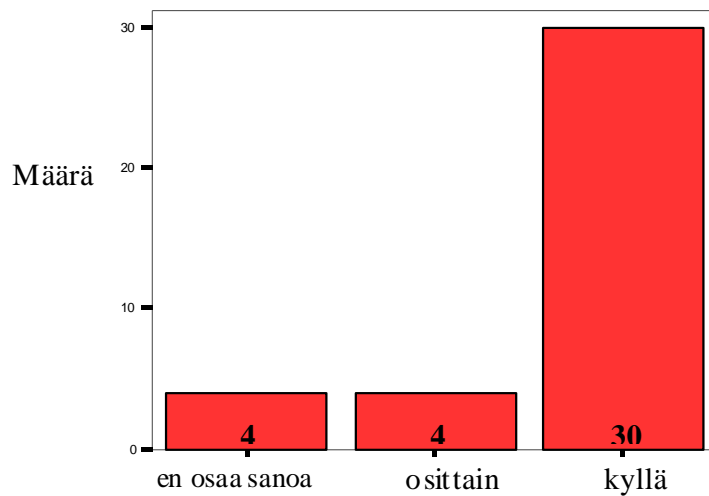
Verkostoyhteistyö on ollut paikallisten toimijoiden kanssa pääosin toimivaa. Eri sektorirajojen ylittäminen parityöskentelynä tai saattaen vaihtaen tuntui luontevalla tavalla tehdä työtä. Työtä voi luonnehtia haasteelliseksi, monialaiseksi, pitkäjänteiseksi verkostoyhteistyöksi. Paikallisten päihdepalvelujen kehittämiseen tarvittiin rohkeutta astua kunkin toimintayksikön sisälle, sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiden rinnalle, ihmettelemään ja pohtimaan yhdessä laaja-alaisen verkoston kanssa, miten ikääntyneen päihteitä käyttävän kansalaisen hyvinvointia ja kuntouttavaa työskentelyä voisi toteuttaa tällä paikkakunnalla ja olemassa olevilla resursseilla. Projektin kannalta on verkostosta löytynyt riittävää osaamista ja taitoa puheeksiottamiseen ja konsultoimiseen verkostossa. Projekti on omalta osaltaan ollut mukana lisäämässä verkostoyhteistyön käytäntöjä. Yhteistyön haasteet liittyivät toimijaverkoston työroolien erilaisuuteen, palvelujärjestelmän hajanaisuuteen ja yhteistyöverkostojen sitouttamiseen.

**Viranomaisverkostot**, joiden kanssa asiakkaan asioissa yhteistyötä tehtiin, olivat hyvin laajat. Tärkeimpinä yhteistyöverkostoina luonnollisesti toimivat terveydenhuolto, kotihoito, vanhustenhuollon muut erilaiset palvelut, päihdehuollon palvelut, seurakuntien diakoniatyö ja sosiaalityö. Kokemukset yhteistyöstä osoittivat todellisen moniammatillisuuden merkityksen tämän asiakasryhmän kanssa työskenneltäessä, sillä yksi toimija ei pysty paljon vaikuttamaan asiakkaan palvelutarpeeseen. Kunkin asiakkaan palveluntarve määritettiin yhdessä virallisen palvelujärjestelmän kanssa ja sitä tarkasteltiin uudelleen aina tilanteiden muuttuessa. Verkoston tiivistäminen ja päällekkäisen työn tarkistaminen jopa johti palvelujen vähentämiseen joidenkin asiakkaiden kohdalla.

Projektityöntekijät olivat asiakkaan mukana ja tukena erilaisissa neuvotteluissa, verkostopalavereissa, kotiutuspalavereissa ja muissa asiointitilanteissa. Työntekijän rooli oli asiakkaan rinnalla kulkeminen ja mielipiteiden kuulemisen varmistaminen. Välillä kohtaamistilanteet olivat onnistuneita vuorovaikutuksen suhteen, mutta joskus jouduttiin kohtaamaan myös asiakasta väheksyviä mielipiteitä. Tällöin asiakasta rohkaistiin kertomaan oma näkemyksensä asioista.

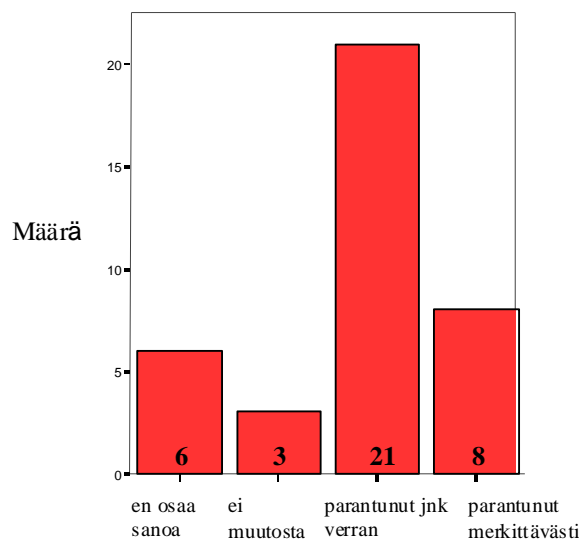
**Verkostokysely** toteutettiin keväällä 2007 molemmilla pilottipaikkakunnilla. Kysely tuotti tietoa yhteistyön toimivuudesta ja tuloksellisuudesta verkostojen näkökulmasta. Kyselyllä haettiin

vastauksia projektin etenemisestä ja työskentelyn vaikutuksesta projektin yksilöasiakkaisiin sekä esimerkiksi verkostossa toimineiden kumppaneiden työkäytänteisiin. Kyselyyn vastasi 38 henkilöä, Savonlinnasta 27 ja Pieksämäeltä 11. Kuviossa 4 on kuvattu alkuinfon merkitystä projektin tulevaisuuden kannalta. Vaikka työntekijä ei olisi saanut suoraa tietoa projektista, niin tieto on levinnyt avainhenkilöiden kautta muuhun toimijaverkostoon.



Kuvio 4 . Projektin alkamisesta ja sen tavoitteista informoitiin riittävästi?

Osa yksilöasiakkaista oli verkostokyselyn perusteella hyötynyt kotiin tehtävästä päihdetyöstä (Kuvio 5). Elämänsisältöä oli löytynyt esimerkiksi ryhmätoiminnan kautta tai muutamille oli löytynyt asunto yhteisökodista. Osa asiakkaista oli saanut ohjausta, tukea ja tietoa vaikeaan elämäntilanteeseensa.



Kuvio 5. Onko asiakkaiden elämäntilanne arvioiden mukaan parantunut projektin aikana?

Verkosto piti tärkeänä yhteistyön säilymistä eri toimijatahojen välillä. Ikäspesifin jalkautuvan päihdetyöntekijän saamista normaaleihin päihdepalveluihin pidettiin tärkeänä.

Verkostokyselystä saatuja kommentteja:

- ”Asiakkaat eivät ole jääneet oman onnensa nojaan”.
- ”Yleinen elämänlaatu on parantunut”.
- ”Meillä osastolla otetaan herkemmin puheeksi päihdeiden käyttö myös ikääntyvien ihmisten kanssa, täten potilaat saavat nyt meiltäkin tietoa, ohjausta ja kirjallista materiaalia”.
- ”Paljon” parjattujen” juoppojen hoito on taitolaji. Jokainen ihminen on tärkeä ja hoidettava sairaudestaan huolimatta”.
- ”Asiakkaan ohjaus ja tuki tehokkaampaa”.
- ”Elämäntilanteen paraneminen on yksilöllistä ja niihin joihin saatu ote, paraneminen on merkittävää”.
- ”Osattu ohjata ja tukea, sekä tiedottaa enemmän”.
- ”On tavoitettu kohderyhmän henkilöitä, mutta vaikuttaminen palveluverkostossa on ollut puutteellista”.
- ”Todella herättänyt näkemään vanhusten päihdeongelman”.
- ”Opin alkoholismista sairautena. Koulutustakin annettiin. Koulutus olisi ehdoton, jotta osaa hoitaa ikääntyviä alkoholiongelmaisia. Lähinnä työtapoihin on vaikuttanut”.
- ”Selkeyttänyt yhteistyöverkostojen toimintaa”.

- ”Pidetty verkostopalavereja, jatkuvuutta hoidolle”.
- ”Yhteistyö avopuolen kanssa tiivistynyt”.

Ihmisen vanhenemiseen liittyy usein sosiaalisten **läheisverkostojen** muutoksia. Läheisten menetys on luonnollisesti osa elämää ja verkosto ohenee näiden menetysten kautta. Lisäksi sairaudet ja toimintakyvyn heikkeneminen voivat aiheuttaa esteitä yhteydenpidossa. Päihteiden käyttö vaikuttaa usein omalta osaltaan sosiaalisten verkoston kaventumiseen. Päihteidenkäyttöön liittyvä häpeän ja salailu voi johtaa eristäytymiseen neljän seinän sisälle. Usein päihteiden käyttö haluttiin salata lapsilta ja lapsenlapsilta. Joidenkin asiakkaiden kohdalla tapahtui päinvastoin; päihdeongelman tunnustaminen lapsille avasi uuden mahdollisuuden suhteiden lähenemiseen. Joskus läheisverkoston oheneminen tarkoitti hyväksikäytetyksi tulemistä. Verkoston muodosti tällöin vain päihteitä käyttävät sukulaiset tai tuttavat, jotka käyttivät asiakkaan tilannetta hyväkseen. Joskus nämä sosiaaliset suhteet olivat ainoat ja vaikka työntekijä saattoi kokea ne haitallisina, niin asiakkaan mielestä nämä ystävät olivat merkityksellisiä.

Läheisissä suhteissa vastavuoroisuuden tunne, kokemus saamisen ohella antamisesta, vahvisti asiakkaiden merkityksellisyyden tunnetta. Perheen tai suvun lisäksi myös kuuluminen johonkin ryhmään tai yhteisöön koettiin merkityksellisiksi. Näitä tehtäviä ja tarpeita olivat esimerkiksi hyväksytyksi tulemisen tarve ja kokemusten jakamisen tarve. Ryhmämuotoisen toiminnan aloittaminen yksilötyön rinnalla sai alkunsa juuri näistä havainnoista.

## 6. Projektin eteneminen

Seniori-projektin etenemistä on seurattu ja arvioitu koko projektin ajan. Erilaiset työseurannan välineet, mm. päiväkirjat ja puolivuositteiset tarkastelut ovat jäməköittäneet työtä. Yksilöasiakastyö alkoi kesäkuussa 2005 ja seuraavana vuonna aloitettiin molemmilla paikkakunnilla ryhmätoimintaa. Projekti on kyennyt tuottamaan molemmille paikkakunnille asiakaslähtöistä toimintaa yli sektorirajojen ja yhteistyössä viranomaisten, omaisten sekä järjestöjen että kolmannen sektorin kanssa. Vuoden 2008 lopussa asiakastyö on valtaosin siirtynyt normaaleihin palvelujärjestelmiin. Osa yksilöasiakkaista kuitenkin tarvitsee vielä ajoittain projektin tukea, ohjausta ja seurantaa.

## **6.1 Projektin etenemisen arviointi**

Koko hanketta, seniori-projektia ja asiakastyötä seniori-projektissa on arvioitu itsearvioinnin, palautteiden ja ulkoisen arvioinnin näkökulmista.

### Hankkeen arviointia

#### **Asiakaslähtöinen arviointi Seniori- hankkeessa**

Tyynelän Kehittämiskeskus

Heino Taina, Diplomatyö, 2007

#### **Liika on aina liikaa – hankkeen väliarviointi**

Sininauhaliitto, Hyttinen Nina K., 2007

#### **Verkostokysely**

Tyynelän Kehittämiskeskus,

Kammonen Heli ja Tuomainen Mari, 2007

#### **Liika on aina liikaa - Ulkoinen väli- ja loppuarviointi**

Sosiaalikehitys, Tuokkola Kati, 2007 ja 2008

### Seniori-projektin itsearviointia

Säännölliset tiimin työkokoukset; projektityöntekijät ja Tyynelän Kehittämiskeskuksen koordinaatio

Säännölliset työkokoukset LOL:n kanssa

Tyynelän Kehittämiskeskuksen tuloskortit vuosittain

Päiväkirja / kuukausisuunnitelma; LOL ja Tyynelän Kehittämiskeskus

Puolivuotissuunnitelma ja toteutuminen; LOL

### Yksilöasiakastyön arviointi/mittarit

Sopimuslomake (LIITE)

Alkukartoituslomake, Tyynelän Kehittämiskeskus

Asiakastyön lomakkeet mm. verkostokartta, juomahistoriajana, juomapäiväkirja, tavoitelomake

Asiakkaiden kokemuksia Seniori-projektista, yksilötyöstä ja ryhmätoiminnasta (kerätty 2008)

Prosessikuvaukset asiakkaista

## Verkostoyhteistyön työn arviointi/mittarit

Prosessikoulutuksen palautteet

Muiden koulutustilanteiden palautteet

Verkostokyselypalaute

## **6.2 Tavoitteiden arviointia**

Seniori-projektin ensimmäisenä tavoitteena oli kehittää **päihdepalveluita ikääntyville soveltuviksi**. Projektin aikana tähän tavoitteeseen on pyritty asiakastyön kautta. Työskentelymenetelminä oli jalkautuminen asiakkaan arkeen ja kiinnipitävä työote mm. retkahduksen tai kriisin yhteydessä. Asiakastyö koostui yksilötyöstä ja myöhemmin myös ryhmätoiminnasta. Yksilötyöstä saatu palaute asiakkailta oli:

*”Yksilötyön tarjoama tuki ja keskustelut tärkeitä elementtejä kuntoutumisessa”*

*”Kotikäynnit ja kontaktit omaisiin hyviksi koettuja”*

*”Työntekijän aktiivisuus ja etukäteen sopiminen tärkeitä”*

*”Kiireettömyys ja aina ei puhuta pelkästään alkoholista, suora mutta ymmärtäväinen puhe”*

*”Oon saanut soittaa aina jos on hätä”*

Seniori- projektissa ei alun perin ollut varsinaisena tarkoituksena vertaisryhmätoiminnan käynnistäminen. Asiakaslähtöisen arvioinnin (Bikva-arviointi) myötä nousi tarve ryhmätoiminnalle. Projektissa vastattiin esiin tulleeseen tarpeeseen ja ryhmät ovat muotoutuneet ja niitä on muokattu matkan varrella tarpeiden mukaan. Ryhmämuotoisen työn lisääntyessä yksilöllisten kotikäyntien määrä on vähentynyt. Tarve henkilökohtaiseen työskentelyyn asiakkaan kanssa on ollut selvästi vähäisempää asiakkaan osallistuessa vertaisryhmätoimintaan. Käytännön kokemukset ovat osoittaneet, että vertaisryhmien tarve on edelleen kasvava. Ryhmämuotoinen toiminta voisi tulevaisuudessa ollakin yksi merkittävä avopäihdekuntoutuksen muoto iäkkäillä ihmisillä. Seniori- projektissa tuotetut ryhmät soveltuvat ikääntyneille ihmisille hyvin ja ne koetaan merkittäviksi. Tämä ilmenee kerätystä palautteesta (2008):

*”Sekaryhmät, joissa sekä miehiä että naisia on hyvä juttu”*

*”Ryhmää varten pinnistän”*

*”Yksin ei tulisi lähdettyä ulkomaailmaan”*

*”Pitää kiinni maailmassa, auttaa yksinäisyyden tunteeseen”*

*”Ryhmässä tärkeää turvallisuuden ja luottamuksen kokemus, jotka syntyvät pikkuhiljaa”*

*”Ollaan kuin yhtä perhettä”*

*”Vetäjä auttaa eteenpäin, huolehtii tasapuolisuudesta, antaa virikkeitä ja ajattelemisen aiheita, kannustaa”*

Projektin toisena tavoitteena oli **kytkeä päihdeosaamista kotona tapahtuvaan hoiva- ja huolenpitotyöhön**. Projekti pyrki herättämään päihdekeskustelua kotihoidon henkilöstölle perinteisen hoiva- ja huolenpitotyön rinnalle. Työparityöskentelyä käynnistettiin projektin alussa ja sitä on jatkettu esimerkiksi päihdeklinikan ja kotihoidon kanssa yhteistyönä, yhteisinä asiakkuuksina ja yhteisenä ryhmätoimintana. Käytäntö osoitti, että päihdeosaamisen ja hoiva- ja huolenpitotyön lisäksi tarvittiin tukipalveluiden kartoitusta myös muilla elämän alueilla.

Seuraavana tavoitteena oli sosiaali- ja terveydenhuollon **ammattihenkilöstön osaamisen ja tietotaidon lisääminen**. Tähän tavoitteeseen vastattiin järjestämällä paikallisesti ammattihenkilöstölle koulutuksia. Koulutus vastasi osittain koulutuksiin osallistujien tiedontarpeeseen, mutta syvempään osaamiseen koettiin olevan tarvetta myös jatkossa. Osaamista lisäsivät yhdessä työskentely ja verkostoissa käydyt keskustelut. Seniori- projektissa tuotettu materiaali ja opinnäytetyöt lisäävät omalta osaltaan myös ammattilaisten tietotaitoa.

Seniori-projektissa on tuotettu seuraavat materiaalit:

*”Ei mikään oo niin hyvä, kuin joku on sun olkapääsi”* Ikääntyneiden alkoholiongelmiaisten kokemuksia Seniorit-vertaisryhmässä

DIAK, opinnäytetyö 2008, Kemppainen Kyllikki

[http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Pieksamaki2008/Kemppainen.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2008/Kemppainen.pdf)

Selvästi seniori - Päihdepalveluopas ikäihmisille ja tietopaketti työntekijöille

DIAK, opinnäytetyö 2009

Ahonen Noora, Hemming Marianna, Vihattula Eija

[http://kirjastot.diak.fi/files/diak\\_lib/Pieksamaki2009/aholahemmingvihattula.pdf](http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Pieksamaki2009/aholahemmingvihattula.pdf)

Ikääntyminen ja päihteet, koulutusmateriaali

Tyynelän Kehittämiskeskus,

Myllymäki Eija, 2008

Seniori kirja, valmistuu vuoden 2009 aikana

Tyynelän Kehittämiskeskus

Heino Taina, Myllymäki Eija, Nykky Tiina, Rinne Tuija

Yhtenä tavoitteena oli **toimintamallien kehittäminen ongelmakulutuksen tunnistamiseen sekä sen ennaltaehkäisemiseen**. Projektin aikana otettiin systemaattiseen käyttöön jo kehitettyjä ja myös itse tuotettuja päihdetyön työskentelyvälineitä ja –menetelmiä. Projektinaikainen toimintamallien kehittäminen keskittyi selkeästi päihteiden ongelmakulutuksen tunnistamiseen, puheeksiottoon ja kuntoutumiseen, sillä asiakkuudet olivat suurimmaksi osaksi moniongelmaisia. Ennaltaehkäisevän päihdetyön toimintamallien kehittäminen jäi hyvin vähäiseksi, kuten esimerkiksi materiaalien jakamiseksi.

Viidentenä tavoitteena oli **yleisen tietoisuuden ja tiedon lisääminen ikääntyvien päihderiippuvuuksista mm. tiedottamisen kautta**. Tyynelän osahankkeessa pyrittiin tuomaan tiedottamisen ja infotilaisuuksien kautta aihealuetta näkyväksi paikallisesti ja alueellisesti. Valtakunnallisesti tiedottamisesta huolehti LOL-hanke.

## 7 Johtopäätökset

Projektin aikana oli havaittavissa, että asiakkaiden päihteidenkäyttö selkeästi joko väheni tai loppui lähes puolella projektiin osallistuneista asiakkaista. Elämänhallinta parani jonkin verran tai huomattavasti jopa 2/3:lla asiakkaista. Näin siis osoitettiin, että kotiin tehtävän **jalkautuvan työn ja kiinnipitävän työotteen** avulla pystyttiin vaikuttamaan sekä päihteidenkäyttöön että kokonaisvaltaisesti arjen sujumiseen. Tämän lisäksi tarvitaan selkeää moniammatillista **verkostoyhteistyötä**. Kokemukset yhteistyöstä osoittivat moniammatillisuuden merkityksen tämän asiakasryhmän kanssa työskenneltäessä. Yhdelläkään projektissa mukana olleista toimijatahoista ei olisi ollut yksinään samanlaista mahdollisuutta, keinoja eikä resursseja tähän palvelutarpeeseen vastaamiseen. Yhteistyö on kehittynyt myönteisesti projektin edetessä ja näin toimintatapojen juurtuminen paikkakuntien palvelujärjestelmään on ollut mahdollista.

Tietotaidon puute ja syvemmän **osaamisen tarve** ikääntyneen päihdeasiakkaan kohtaamisessa on tunnistettu molemmilla paikkakunnilla. Puheeksioton ja mini-intervention kautta on tullut tarvetta myös hoidolliseen kehittymiseen, ei ainoastaan tunnistamiseen ja ohjaamiseen eteenpäin. Tiedon ja taidon osaamisen ylläpitämiseksi ja levittämiseksi tulee paikkakunnilla kehittää systemaattinen tiedon ja osaamisen levittämistä. Tähän päästään rakentamalla paikallinen moniammatillinen **päihdevastuuhenkilöstöverkosto**, joka turvaa jatkuvuuden. Kyseisiä seniори-päihdevastuuhenkilöitä koulutetaan jatkoprojektin aikana.

Tämän projektin aikana käynnistetyt ryhmätoiminnat ovat nostaneet tarpeen monipuolistaa ryhmätoimintaa. Tulevaisuudessa on tarkoitus kehittää erilaisia ryhmätoiminnan malleja, sekä ammatillisesti ohjattuja ryhmiä että **vertaistuellisia ryhmiä**. Tähän yhdistetään myös koulutusta ryhmän ohjaajan taitojen lisäämiseksi järjestämällä esimerkiksi vertaisohjaajakoulutusta.

Projektissa nousseita ajatuksia ja ”kriittisiä taitekohtia”:

Kykeneekö olemassa oleva palvelujärjestelmä vastaamaan ikääntyvien päihdepalvelutarpeisiin?

- Miten toteutetaan ja kirjataan kuntoutumisprosessi eli monisairaana, moniongelmaisena, yksinelävän ihmisen hallittu haltuunotto? Tämä tarkoittaa kokonaisvaltaista selvittelyä moniammatillisessa työryhmässä mm. kotiutustilanteissa tai kotihoidossa haasteellisen asiakkaan tilannetta pohdittaessa.
- Miten tavoitamme riskikäyttäjät ajoissa palveluiden piiriin?
- Näkyykö ikäerityisyyden huomioiminen?
- Miten vanhus- ja päihdetyön ammattilaisten osaamista voidaan yhdistää?
- Miten asiatietoa saadaan levitettyä ikääntyviä leimaamatta?
- Miten suhtaudutaan kotihoidon ulkopuolella oleviin päihdeasiakkaisiin, kuka tekee etsivää ja kiinnipitävää työtä? Onko heillä yhtäläinen oikeus saada päihdepalveluita kotiin?
- Haasteena on myös maantieteellinen sijainti. Ovatko ikääntyneet päihdeasiakkaat samanarvoisia alueellisesti, onko heille tarjolla yhtäläiset palvelut riippumatta siitä, missä he asuvat?
- Ikäihmiset tarvitsevat heille suunnattua ryhmätoimintaa päihdeiden käytön vähentämisen ja/tai lopettamisen tukemiseen, mutta myös sosiaalisuuden ylläpitoon vertaistuen muodossa. Paikallisten tai alueellisten pienryhmien perustaminen on suurin haaste. Miten saadaan asiakkaita ryhmätoimintaan, etenkin ilman yksilöasiakastyötä? Kuka vastaa ryhmätoiminnasta? Kuka ottaa ikääntyneestä päihdeasiakkaasta ”kopin”, kiinnipitävällä työotteella?
- Palvelujärjestelmän haasteena on myös ikääntyneen päihdeasiakkaan kokonaistilanteen selvittäminen, kartoittaminen ja dokumentoiminen. Voidaanko jossain vaiheessa puhua jopa avopäihdekuntoutuksesta?

LIITE

# SOPIMUS

Tällä sopimuksella sitoudumme työskentelemään SENIORI-projektissa :n elämäntilanteen selkiyttämiseksi.

Yhteistyömme on alkanut vapaaehtoisesta halusta selvittää/kartoittaa päihdetilannetta omassa elämässäni sekä toiveesta löytää vaihtoehtoisia toimintamalleja elämänhallinnan lisäämiseksi.

Sopimus edellyttää osapuolilta sitoutumista, luottamusta ja rehellisyyttä.

Tällä sopimuksella suostun yhteydenottoihin ja asiakastietojeni vaihtamiseen seuraavien tahojen kanssa.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tutkimuskeskus/ | <input type="checkbox"/> Sosiaalityöntekijä/  |
| <input type="checkbox"/> Kotipalvelun yhdyshenkilö/       | <input type="checkbox"/> Seurakunnan edustaja |
| <input type="checkbox"/> Päihdepoliklinikka               | <input type="checkbox"/> Muu                  |

Sopimus on voimassa toistaiseksi, seniori-projektin ajan ja molemmat osapuolet ovat oikeutettuja sopimusehtojen tarkistamiseen. Asiakastiedot hävitetään projektin päättyttyä.

Sopimusta on tehty kaksi yhdenvertaista kappaletta kummallekin osapuolelle oma.

Pieksämäellä / 2007

Asiakkaan nimi

Projektityöntekijä