



Työterveyslaitos

# **Työhyvinvointia edistävien toimintatapojen implementointi työpaikalla – esimerkkinä AHA-toimintatapa**

ALKOHOLIHAITAT HALLINTAAN -HANKE 2011-2013

**Marketta Kivistö  
Aija Logren  
Anne Kujasalo  
Katrimaija Luurila  
Leena Hirvonen**



Työterveyslaitos

# **Työhyvinvointia edistävien toimintatapojen implementointi työpaikalla – esimerkkinä AHA- toimintatapa**

ALKOHOLIHAITAT HALLINTAAN -HANKE 2011-2013

Marketta Kivistö, Aija Logren, Anne Kujasalo, Katrimaija Luurila,  
Leena Hirvonen

Työterveyslaitos

Helsinki 2014

Työterveyslaitos

Terveys ja työkyky

Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki

[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)

Tietoa työstä -julkaisusarjassa julkaistaan tutkimusraportteja, koosteita ja selvityksiä Työterveyslaitoksen kaikilta tutkimusaloilta.

Kansi: Mainostoimisto Albert Hall Finland Oy Ltd

© 2014 Työterveyslaitos ja kirjoittajat

Julkaisu on toteutettu Työsuojelurahaston ja sosiaali- ja terveysministeriön tuella.

Tämän teoksen osittainenkin kopiointi on tekijänoikeuslain (404/61, siihen myöhemmin tehtyine muutoksineen) mukaisesti kielletty ilman asianmukaista lupaa.

ISBN 978-952-261-373-8 (nid.)

ISBN 978-952-261-374-5 (pdf)

Juvenes Print, Tampere 2014.

## TIIVISTELMÄ

Suomessa alkoholi ja sen seuraukset näkyvät monenlaisina haittoina työpaikoilla. Tarve alkoholihaittoja ehkäisevien toimintatapojen juurruttamiseksi työyhteisöiden arkikäytäntöihin on koettu sekä työpaikoilla että työterveyshuollossa suureksi. Joka kolmas työssäkäyvä juo terveytensä kannalta liikaa alkoholia. Tutkimushankkeen tavoitteena on levittää alkoholihaittoja ehkäisevää AHA -toimintatapaa suomalaisille työpaikoille, valmentaa työpaikkoja ja työterveyshuoltoja toimintatavan viemiseen työyhteisöidensä arjen käytäntöihin ja tutkia tätä tukevaa valmennusprosessia ja sen vaikuttavuutta. Hanke nivoutuu Sosiaali- ja terveysministeriöltä haetulla TE-rahoituksella toteutettuun kehittämishankkeeseen, jossa levitettiin Alkoholihaitat hallintaan (AHA)-toimintatapaa työpaikoille ja työterveyshuoltoihin vuosina 2011–2013. Työterveyslaitoksella kehitetty AHA-toimintatapa (A-Step, Päihdeohjelmaopas, Juomapäiväkirja, AHA-lyhytkysely, Esimiehen ohje, Tee se näin -opas), vietiin valmennuksen keinoin alkoholihaittoja ehkäisevän varhaisen työn tueksi työpaikoille ja työterveyshuoltoon.

Vaikuttavuustutkimuksen tavoitteena oli tutkia Alkoholihaitat hallintaan AHA-toimintatavan työpaikoille viemisen vaikutusta alkoholihaittoja ehkäiseviin käytäntöihin sekä sen esteitä ja edisteitä. Vaikuttavuutta mitattiin työpaikkojen ja työterveyshuoltoyksiköiden käytäntöjen muuttumisella alkoholihaittoja ehkäisevämpään suuntaan. Tulokset osoittavat, että AHA-toimintatapa vaikutti työpaikkojen käytäntöihin pääosin odotetun suuntaisesti. Työpaikoilla tapahtui myönteistä muutosta mm. alkoholihaittojen havaitsemisessa, alkoholihaittojen ehkäisemisessä, siihen liittyvän tiedon, neuvonnan ja ohjauksen antamisessa, tietojen ja taitojen määrässä, päihdeohjelman tuntemuksessa ja alkoholinkäytössä. Lisäksi ehkäisevän työn esteet vähenivät hankkeen aikana merkitsevästi ja suurimmat edisteet säilyttivät tehonsa. Myös työterveyshuoltoyksiköissä käytännöt paranivat odotetun suuntaisesti. AHA-toimintatavan käyttöönotto työpaikoilla ja työterveyshuolloissa sai aikaan positiivisia vaikutuksia alkoholihaittoja ehkäiseviin käytäntöihin ja poisti samalla monia esteitä haittoja ehkäisevän työn tieltä. Tutkimuksessa saatava tieto hyödyttää alkoholihaittojen ehkäisemiseksi tehtävää työtä työpaikoilla ja sitä kautta myös koko yhteiskuntaa.

AHA-valmennukset vaikuttivat hankkeessa mukana olevien toimijoiden työskentelyyn sekä yksilöllisellä että yhteisöllisellä tasolla ja synnyttivät useita limittäisiä muutos- ja oppimisprosesseja. Siksi prosessiarviointia toteutettiin kahdesta eri viitekehyksestä käsin. Tutkimusaineistoa tarkasteltiin yhtäältä selontekoina AHA-hankkeen aikana toteutuneesta toiminnasta, jonka avulla tuotettiin kuvauksia implementoinnin etenemisestä työpaikoilla sekä siihen vaikuttaneista tekijöistä. Toisaalta aineistoa tarkastel-

tiin vuorovaikutusprosessina ja selvitettiin, minkälaisia kulttuurisia muutoksia hanke synnytti osallistujien keskuudessa.

Prosessiarvioinnin ensimmäisen osan tulokset käsittelevät implementointiprosesseja pilottityöpaikoissa tehtävässä kehittämistyössä: sitä, miten AHA-toimintatapaa on juurrutettu osaksi pilottityöpaikkojen toimintakäytäntöjä, ja minkälaisia haasteita tai edistäviä tekijöitä prosessin eri vaiheissa on työyhteisöissä koettu tai arvioitu kohdattavaksi tulevaisuudessa. Arviointi osoittaa, että implementoinnin onnistuminen edellyttää työyhteisön avainhenkilöiden sujuvaa yhteistyötä ja aktiivista vastuunottoa toiminnasta. Prosessiarvioinnin toisessa osassa selvitetään, minkälainen käsitys valmennuksen osallistujilla on toiminnastaan ja toimintansa mahdollisuuksista yhteisöissään, ja miten käsitykset muuttuvat valmennusprosessin edetessä. Tulokset osoittavat, että osallistujien käsityksissä toimintatavoista ja -mahdollisuuksista tapahtuu muutoksia, jotka vähitellen johtavat siihen, että he alkavat vaikuttaa työyhteisön alkoholikulttuuriin uudella tavalla.

Koulutus herätti päihdetyöryhmien jäseniä tiedostamaan, kuinka laajasti päihdehaitat vaikuttavat työelämässä. Asenne ehkäisevään päihdetyöhön muuttui, kun saatiin tietoa ja oivallettiin, miten kynnyksien puuttua ongelmiin madaltuu, kun lisätään päihdeasioista puhumista yleisellä tasolla. Koulutus antoi valmiuksia työpaikan päihdeohjelman kehittämiseen sekä motivaatiota, ohjeita ja vinkkejä varhaiseen puheeksiottoon. Koulutettavat oivalsivat, että esimiehet tarvitsevat koulutusta ja päihdetyöryhmän apua sekä lisäksi työpaikan ohjeiston ja johdon tuen pystyäkseen toimimaan varhaisen puuttumisen tavoitteiden mukaisesti. Päihdetyöryhmän keskinäinen työskentely kehittyi, työnjako ja yhteistyömahdollisuudet työterveyshuollon kanssa selkeytyivät.

## SAMMANFATTNING

I Finland syns alkohol och dess följder som olika slags olägenheter på arbetsplatserna. Både på arbetsplatserna och inom företagshälsovården har man upplevt ett stort behov att etablera verksamhetsätt som förebygger alkoholskador. Var tredje förvärvsarbetande dricker för mycket alkohol med tanke på sin hälsa. Målet med undersökningsprojektet är att sprida den alkoholskadeförebyggande metoden AHA till finländska arbetsplatser, utbilda arbetsplatserna och företagshälsovården i att integrera metoden i arbetsgemenskapernas dagliga förfaranden och undersöka utbildningsprocessen som stöder detta och utbildningens effekt. Projektet anknyter till ett utvecklingsprojekt för spridande av metoden Alkoholihaitat hallintaan AHA (Kontroll över alkoholskadorna) till arbetsplatser och enheter inom företagshälsovården åren 2011–2013, som genomfördes med stöd av TE-finansiering från Social- och hälsovårdsministeriet. AHA-metoden, som har utvecklats vid Arbetshälsoinstitutet (A-Step, Alkohol- och drogpolicy, dagbok över drycker, AHA-snabbenkät, Chefens instruktion, Gör det så här-guiden), presenterades med hjälp av en särskild utbildning som stöd för det tidiga förebyggandet av alkoholskador på arbetsplatserna och inom företagshälsovården.

Målet med effektivitetsundersökningen var att undersöka vilken effekt implementeringen av AHA på arbetsplatsen hade på de alkoholskadeförebyggande förfarandena samt på de förhindrande och främjande faktorerna på arbetsplatsen. Effekten mättes genom att observera hur förfarandena på arbetsplatserna och vid företagshälsovårdsenheterna ändrades i en mer förebyggande riktning. Resultaten visar att AHA-metoden i huvudsak påverkade förfarandena på arbetsplatserna enligt förväntningarna. På arbetsplatserna skedde en positiv förändring bl.a. beträffande identifieringen av alkoholskador, förebyggandet av alkoholskador, tillhandahållandet av information, råd och handledning, mängden kunskaper och färdigheter, kunskaperna om företagets alkohol- och drogpolicy och användningen av alkohol. Dessutom minskade hindren för det förebyggande arbetet avsevärt samtidigt som de främsta främjande faktorerna behöll sin effekt. Även vid enheterna inom företagshälsovården förbättrades förfarandena i den väntade riktningen. Införandet av AHA-metoden på arbetsplatsen och i enheterna inom företagshälsovården hade en positiv inverkan på de alkoholskadeförebyggande förfarandena. Samtidigt avlägsnade det många hinder för det skadeförebyggande arbetet. Den information som undersökningen gav gynnar det alkoholskadeförebyggande arbetet på arbetsplatserna och därigenom hela samhället.

AHA-utbildningarna påverkade samtliga medverkande aktörers arbete både på ett individuellt och ett arbetsgemenskapsmässigt plan, och det gav upphov till flera samman-

flätade förändrings- och inlärningsprocesser. Därför genomfördes processbedömningen utifrån två olika referensramar. Forskningsunderlaget granskades dels genom rapporter om åtgärder som vidtogs under AHA-projektet, med hjälp av vilka forskarna beskrev genomförandet av implementeringen på arbetsplatserna och faktorer som påverkade implementeringen. Dels granskades underlaget som en interaktiv process, varvid man utredde vilka kulturella förändringar projektet gav upphov till bland deltagarna.

Resultaten av processutvärderingens första del behandlar implementeringsprocesserna i utvecklingsarbetet vid de arbetsplatser som deltog i pilotprojektet: hur AHA-metoden har integrerats som en del av förfarandena på dessa arbetsplatser, och vilka utmaningar eller främjande faktorer arbetsgemenskaperna mötte eller uppskattar att möta i framtiden. Utvärderingen visar att en framgångsrik implementering förutsätter att nyckelpersonerna i arbetsgemenskapen samarbetar smidigt och tar aktivt ansvar för verksamheten. I processutvärderingens andra del utreds vilken uppfattning deltagarna i utbildningen har om sin verksamhet och om verksamhetens möjligheter i arbetsgemenskaperna, och hur deras uppfattningar förändras i takt med att utbildningsprocessen framskrider. Resultaten visar att deltagarnas uppfattningar om verksamhetssätten och verksamhetsmöjligheten förändras och att förändringarna småningom leder till att deltagarna börjar påverka alkoholkulturen i arbetsgemenskapen på ett nytt sätt.

Utbildningen gjorde medlemmarna i företagens berusningsmedelsarbetsgrupper medvetna om hur omfattande inverkan alkohol- och drogrelaterade olägenheter har i arbetslivet. Deltagarnas attityd till det förebyggande alkohol- och drogarbetet ändrades när de fick mer information, och de insåg hur det blir lättare att ingripa i problem då man börjar tala mer om alkohol- och drogrelaterade frågor på en allmän nivå. Utbildningen gav deltagarna färdigheter att utveckla alkohol- och drogpolicyn på arbetsplatsen och motivation, instruktioner och tips för tidig upptagning av alkohol- och drogproblem för diskussion. De utbildade insåg att cheferna behöver utbildning och hjälp av berusningsmedelsarbetsgruppen och stöd i form av arbetsplatsens instruktioner och ledningens engagemang för att de ska kunna handla i enlighet med målen för tidigt ingripande. Berusningsmedelsarbetsgruppens interna arbete utvecklades och arbetsfördelningen och samarbetsmöjligheterna med företagshälsovården blev klarare.

## SUMMARY

In Finland, alcohol and the consequences of its use can be seen as various harmful effects at workplaces. Workplaces and occupational health care believe there is a great need to establish operating methods that prevent the harmful effects of alcohol as part of the everyday practices of work communities. One third of people in employment consume too much alcohol as far as their health is concerned. The goal of the research project is to disseminate the AHA method—aimed at the prevention of the harmful effects of alcohol—to Finnish workplaces, to provide workplaces and occupational health care units with coaching for implementing the method in the everyday practices of their work communities, and to study the supporting coaching process and its impact. The project is linked with the development project that was conducted with employment and business (TE) funding granted by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health, and that disseminated the Controlling Harmful Effects of Alcohol (Alkoholihaitat hallintaan, AHA) method to workplaces and occupational health care in 2011–2013. With the help of coaching, the AHA method (A-Step, Alcohol and Drug Policy Manual, Drinking Diary, AHA Questionnaire, Guide for Managers, Do it This Way Guidelines), developed at the Finnish Institute of Occupational Health, was implemented at workplaces and occupational health care to support early measures for preventing the harmful effects of alcohol.

The aim of the impact study was to look into the impact of the workplace implementation of the AHA method on practices for the prevention of the harmful effects of alcohol as well as the factors that obstruct or promote it. The impact was measured as the extent to which the practices at workplaces and occupational health care units changed towards the prevention of the harmful effects of alcohol. The results indicated that the AHA method influenced workplace practices mainly as expected. At workplaces, positive changes were witnessed in the detection of the harmful effects of alcohol, their prevention, the provision of related information, advice and guidance, the amount of information and skills, the awareness of the alcohol and drug policy and alcohol consumption, among other things. Furthermore, the obstacles to preventive work were reduced significantly during the project and the main promoting factors retained their effect. In occupational health care units, too, the practices improved in line with the expectations. The implementation of the AHA method at workplaces and occupational health care units yielded a positive impact on the practices preventing the harmful effects of alcohol and, at the same time, removed many obstacles to preventive work. The information that the study provided will benefit activities carried out at workplaces for the prevention of the harmful effects of alcohol and consequently the entire society.



The AHA coaching sessions influenced the project participants' work at the level of both the individual and the community, and generated several linked change and learning processes. For this reason, process assessment was conducted from the perspective of two different frameworks. On the one hand, the research material was reviewed as accounts of activities carried out during the AHA project that were used as the basis for producing descriptions of the progress of the implementation at workplaces and of factors that influenced the implementation. On the other hand, the material was reviewed as an interaction process and the kinds of cultural changes the project generated among the participants were studied.

The results of the first part of the process assessment concern the implementation processes in development work carried out at pilot workplaces: how the AHA method has been established as part of the operating practices of the pilot workplaces and what kinds of challenges or promoting factors the work communities have encountered in different phases of the process or anticipated to encounter in future. The assessment shows that successful implementation requires active adoption of responsibility for activities and smooth co-operation among the key persons in the work community. The second part of the process assessment looks into the perception that the coaching participants have of their activities and their activity opportunities in their communities and how these perceptions change as the coaching process proceeds. The results show that the participants' perceptions of operating methods and activity opportunities undergo changes that gradually lead them to start influencing the drinking culture of the work community in a new manner.

Training served as a wake-up call for the members of drug and alcohol abuse working groups to become aware of how extensively the harmful effects of drugs and alcohol influence work life. The attitude towards the prevention of drug and alcohol abuse changed as people received information and realised how the threshold for intervening in problems becomes lower when discussion of drug and alcohol issues is increased at a general level. Training provided skills required for developing a workplace's alcohol and drug policy and motivation, guidelines and hints for early discussion initiatives. The training participants realised that supervisors need training and help from drug and alcohol abuse working groups as well as workplace guidelines and support from the management in order to act in line with the objectives of early intervention. Internal work in the drug and alcohol abuse working groups developed and the distribution of work and co-operation opportunities with occupational health care became clearer.

# SISÄLTÖ

	<b>TIIVISTELMÄ .....</b>	<b>3</b>
	<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>5</b>
	<b>SUMMARY .....</b>	<b>7</b>
<b>1</b>	<b>JOHDANTO .....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>ALKOHOLIHAITTOJEN EHKÄISY TYÖPAIKOILLA JA TYÖTERVEYSHUOLLOISSA .....</b>	<b>15</b>
2.1	Työpaikan päihdeohjelman kehittäminen.....	15
2.2	AHA-koulutus keinona hankkeen päämäärien tavoittamiseen .....	17
2.3	Kehittämismenetelmänä AHA-toimintatapa – työpaikan päihdeohjelman toteuttamista käytännössä .....	18
<b>3</b>	<b>INTERVENTIONA AHA-KOULUTUKSET .....</b>	<b>19</b>
3.1	Koulutuksen taustaa – suosituksia ja teorioita .....	19
3.2	Koulutuksen rakenne .....	23
3.3	Koulutuksella työpaikan päihdehaittojen ehkäisyn asiantuntijaryhmäksi.....	24
3.4	Koulutuksen kohderyhmät.....	26
3.4.1	Päihdetyöryhmän koulutus .....	26
3.4.2	Esimiesten koulutus – kaksi erilaista tapaa .....	27
3.4.3	Työterveyshoitajien koulutus .....	28
<b>4</b>	<b>VAIKUTTAVUUSARVIONTI.....</b>	<b>30</b>
4.1	Tavoitteet.....	30
4.2	Tutkimusasetelma .....	30
4.3	Aineistot ja menetelmät .....	31
4.3.1	Tutkimusaineistot .....	31
4.3.2.	Tutkimusmenetelmät.....	32
4.4.	Tulokset.....	33

4.4.1.	AHA-toimintatavan käytäntöön viemisen vaikuttavuus .....	33
4.4.1.1.	Havainnot alkoholihaitoista.....	33
4.4.1.2.	Alkoholihaittoja ehkäisevän työn toteutuminen ja tarve .....	34
4.4.1.3.	Työpaikoilla alkoholisioissa annettu tieto, neuvonta ja ohjaus .....	35
4.4.1.4.	Päihteitä koskevien asiakirjojen ja työkalujen tuntemus.....	37
4.4.1.5.	Suhtautuminen alkoholisioihin työpaikalla .....	38
4.4.1.6.	Alkoholin käyttö .....	38
4.4.1.7.	Työterveyshuoltoyksiköiden käytännöt.....	40
4.4.1.8.	Valmennustahon vaikutus käytäntöjen muutokseen .....	41
4.5.	Alkoholihaittoja ehkäisevän työn esteet ja edisteet.....	42
4.5.1.	Esteet alkoholihaittoja ehkäisevän työn tiellä.....	42
4.5.2.	Ehkäisevää työtä edistävät tekijät .....	43
4.6.	Pohdinta .....	45
<b>5</b>	<b>PROSESSIARVIOINTI .....</b>	<b>48</b>
5.1.	Johdanto.....	48
5.2.	Aineisto ja arvioinnin menetelmät .....	48
5.3	Implementoinnin vaiheet ja käytännöt.....	51
5.3.1	Implementointiprosessien arviointi A-Step -mallin avulla.....	52
5.3.2	Implementointiprosessien arviointi kolmessa työyhteisössä.....	54
5.3.2.1	Työyhteisö A:n kehittämisprosessi.....	54
5.3.2.2	Työyhteisö B:n kehittämisprosessi.....	56
5.3.2.3	Työyhteisö C:n kehittämisprosessi .....	59
5.3.3	Implementointia estävät tekijät .....	60
5.3.4	Implementointia edistävät tekijät.....	67
5.3.5	Työterveyshoitajien omien työyhteisöjen ja työskentelyn kehitysprosessit.....	71
5.3.6	Implementointi edellyttää selkeää vastuunjakoa ja aktiivista vastuunottoa ...	72
5.4.	Valmennusprosessin merkitys työyhteisöjen alkoholikulttuurin käynnistäjänä	73

5.4.1	Alkoholin ongelmakäyttäjän konstruointi .....	74
5.4.2	Työyhteisön toiminnan konstruointi .....	75
5.4.3	Oman toiminnan reflektointi .....	77
5.4.4	Muutoksen avaimena kokemusten jakaminen.....	87
5.4.5	Ryhmätoiminta synnyttää ja tukee alkoholikulttuurin muutosta .....	91
5.4.6	Pohdinta .....	92
<b>6</b>	<b>KOULUTUKSEN ARVIOINTIA .....</b>	<b>93</b>
6.1	Päihdetyöryhmän koulutuksesta .....	93
6.2	Työterveyshoitajien koulutuksesta.....	95
6.3	Esimiesten koulutuksesta .....	96
6.4	Koulutuksesta ja oppimisen tukemisesta .....	97
<b>7</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN .....</b>	<b>99</b>
	<b>LÄHTEET .....</b>	<b>103</b>



# 1 JOHDANTO

Työhyvinvoinnin kehittämisessä keskeiseksi haasteeksi on osoittautunut uusien toimintatapojen vieminen käytäntöön niin, että ne asettuvat aidosti osaksi työyhteisöjen arkea. Aikaisemman tutkimuksen perusteella tiedetään, että erilaisissa interventioissa kehitettyjen ja testattujen mallien ja toimintatapojen juurruttaminen on vaikeaa (Salas & Canon-Bowers 2001). Tutkimukset antavat viitteitä siitä, että erilaisilla työpaikoilla implementoinnin prosessit muodostuvat erilaisiksi, ja työpaikkojen toimintakulttuurit ja toimintaympäristön moninaiset tekijät asettavat erilaisia haasteita implementoinnin etenemiselle (Landy & Farr 1983, Mauno & Ruokolainen 2005, Reynolds & Lehman 2008, Kivistö, Jurvansuu & Hirvonen 2010). Työyhteisön alkoholikulttuuri on muutoskohteena arkaluontoinen, ja siksi sitä koskevien toimintatapojen implementointi on erityisen haasteellista. Implementointiprosesseista ja niihin vaikuttavista tekijöistä tarvitaan tutkimustietoa, jotta voidaan kehittää keinoja uusien toimintatapojen tehokkaaseen juurruttamiseen työpaikoille.

Työyhteisöillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa jäsentensä alkoholinkulutukseen yhteisöllisen alkoholikulttuurin muutoksen keinoin (Bennett & Lehman 1998, 2001 ja 2002, Roman & Blum 2002, Pidd ym. 2006, Miller ym. 2007). Yhteisöllisestä muutoksesta alkoholikulttuurissa puhutaan myös yhteisölähtöisenä ehkäisyinä. Tutkimuksissa on keskitytty erityisesti mittaamaan muutoksen suuntaa ja määrää (esim. Barrientos-Gutierrez ym. 2007, Pidd ym. 2006), mutta lisäksi tarvitaan tietoa siitä, millä keinoilla ja minkälaisen prosessin kautta muutos käynnistyy. Yhteisölähtöisestä ehkäisystä on kertynyt kokemuksia jo muun muassa koulu- ja kuntayhteisöistä (Holmila ym. 2007), mutta työyhteisöjen näkökulmasta suomalaista tutkimusta on toistaiseksi varsin niukasti (Jurvansuu & Hirvonen 2009, Kivistö ym. 2010).

Työhyvinvoinnin edistämiseksi on olemassa paljon tutkittua tietoa, suosituksia ja malleja, mutta niiden saaminen hyötykäyttöön työyhteisöissä on ollut yllättävän vaikeaa. Työterveyslaitos on vuodesta 2006 alkaen tutkinut yhtenä työhyvinvointia heikentävänä tekijänä työpaikoilla ilmeneviä alkoholihaittoja sekä niitä ennalta ehkäisevän työn tarvetta ja käytäntöjä (Kivistö, ym. 2010). Tutkimuksen yhteydessä on kehitetty erilaisia menetelmiä tämän vaikeasti puheeksi otettavan aihealueen haittojen ehkäisemiseksi. Koska alkoholihaittoja ennalta ehkäisevää toimintatapaa uusine menetelmineen on ollut vaikea saada vietyä työyhteisöiden arkeen, haluttiin tässä tutkimuksessa tarttua haasteeseen eli selvittää, miksi näin on ja mikä siihen auttaisi.

Tutkimukseen osallistuvia kumppaneita haettiin eri toimialoilta verrattuna aikaisempaan tutkimukseen (Kivistö ym. 2010 ym.) tiedottamalla olemassa olevien verkostojen kautta

kirjeellä ja henkilökohtaisella yhteydenotolla. Tavoitteena oli tutkia, analysoida ja kuvata työhyvinvointia edistävien toimintatapojen käytäntöihin juurtumisen prosesseja sekä implementointia tukevia ja estäviä tekijöitä erityyppisillä työpaikoilla. Lisäksi tutkittiin toiminnan vaikuttavuutta käytäntöihin. Hankkeessa mallinnettiin prosessikuvausten ja vaikuttavuusarvioinnin avulla optimaalisia toimintatapoja erityyppisillä työpaikoilla seuraamalla ja dokumentoimalla yhden mallin juurruttamista niiden arjen käytäntöihin. Koska alkoholin aiheuttama haitta työyhteisölle ja työterveydelle on arkaluontoinen ja usein vaiettu aihe työyhteisöissä, Alkoholihaitat hallintaan (AHA)-toimintatavan implementointiprosessin analyysi tuotti tietoa implementaation ongelmakohdista. Tieto siitä, miten tätä vaikeaa ja vaiettua aihetta koskevat hyvät käytännöt parhaiten juurtuvat työpaikoille, kertoo samalla terveyttä edistävien mallien implementoinnin haasteista yleisemminkin. Tutkimus tuotti konkreettisia kuvauksia siitä, miten implementoida uusi toimintatapa osaksi henkilöstön työhyvinvoinnin johtamista, esimiestyötä ja työkyvyn edistämistä erityyppisillä työpaikoilla sekä siitä, millaisia ovat implementaatioprosessia ehkäisevät ja edistävät tekijät.

Alkoholihaitat hallintaan (AHA)-toimintatapa on Työterveyslaitoksen kehittämä ja sitä levitettiin Sosiaali- ja terveysministeriön erillisellä rahoituksella työpaikoille ja työtterveyshuoltoihin 2011–2013. Tässä yhteydessä tutkimme AHA-toimintatavan juurtumista ja vaikutuksia käytäntöihin 11 työpaikalla, joista kaksi (joista toinen yritys konserni, josta tutkimukseen osallistui 6 tehdasta) sai valmennuksen Työterveyslaitoksen kouluttaman työterveyshuoltonsa järjestämänä, kolme Työterveyslaitokselta suoraan päihdetyöryhmälleen sekä esimihilleen. Implementaatioprosesseja tutkittiin laadullisten aineistojen (haastattelut, videointi) sisällön-, keskustelun- ja jäsenkategoria-analyysien avulla, vaikuttavuutta kartoitetaan lomakekyselyin (T-testit, varianssi- ja regressioanalyysit).

Tutkimus koostuu vaikuttavuus- ja arviointitutkimuksista. Toteutettu koulutus toimi interventiona tutkimuksessa, jonka tavoitteena oli saada alkoholihaittoja työpaikoilla ehkäisevä AHA-toimintatapa vietyä erilaisille työpaikoille ja työterveyshuoltoyksiköihin sekä juurtumaan siellä osaksi niiden arkikäytäntöjä. Tämän onnistumista seurattiin vaikuttavuustutkimuksella, jolla tarkasteltiin intervention vaikuttavuutta alkoholihaittoja ehkäiseviin käytäntöihin työpaikoilla ja työterveyshuolloissa. Käytäntöön juurtumisen mekanismeja tutkittiin kartoittamalla työhyvinvointia edistävän AHA -toimintatavan implementaatioprosesseja erityyppisillä työpaikoilla ja rakennettiin prosessikuvauksia implementaation etenemisestä ja selvitettiin AHA-toimintatavan käytäntöön viemisen esteitä ja edellytyksiä neljällä myös vaikuttavuusarviointiin osallistuvalla työpaikalla.

## 2 ALKOHOLIHAITTOJEN EHKÄISY TYÖPAIKOILLA JA TYÖTERVEYSHUOLLOISSA

### 2.1 Työpaikan päihdeohjelman kehittäminen

Työllä, työyhteisöllä ja työpaikalla on useille ihmisille taloudellisen merkityksen ohella vahva identiteettiä ja hyvinvointia tukeva merkitys. Noin 90 % aikuisväestöstä käyttää alkoholia ja joka kolmas heistä käyttää sitä terveytensä ja työkykynsä kannalta riskitasoisesti. Nämä antavat mahdollisuuden ja perustelut toteuttaa työpaikoilla päihdehaittoja ehkäisevää toimintaa, ja siihen liittyen kehittää henkilöstön tietoja, taitoja ja asenteita.

Työpaikat rajattuina aikuisten yhteisöinä voivat vaikuttaa yleiseen mielipiteeseen ja asenteisiin, sekä olla kulttuurisen muutoksen liikkeellepanijoita. Yhteisöllisen päihdehaittojen ehkäisyn keinoilla on mahdollista vaikuttaa työikäisiin, työkykyisiin ja yhteiskunnassa laajalti toimiviin ihmisiin ennen kuin päihteiden käytöstä aiheutuu näkyviä haittoja. Yhteisöllisellä päihdehaittojen ehkäisyllä tarkoitetaan koko työyhteisöön suunnattavaa toimintaa, jonka tavoitteena vähentää päihdehaittoja työpaikalla (kuvio 1). Työpaikan yhteisillä normeilla ja johdonmukaisilla käytännöillä voidaan vahvistaa hallittua alkoholinkäyttöä ja päihdeetöntä elämäntapaa.

Yhteisöllisellä päihdehaittojen ehkäisyllä osallistetaan koko työyhteisö päihdehaittoja ehkäisevään toimintaan. Käytännössä se tarkoittaa mm.

- henkilöstön näkemysten ja mielipiteiden kuulemista päihdeohjelman kehittämisessä
- monipuolista viestintää ja koulutusta päihteiden aiheuttamista riskeistä ja haitoista työkyvylle ja työturvallisuudelle
- päihdetoimintaohjeesta tiedottamista jo perehdytyksessä ja sen käsittelyä säännöllisesti vuosittain henkilöstön kanssa.





Kuvio 1: Päihdeohjelman kehittäminen työpaikalla käytännössä

Työpaikan päihdetoimintamalli sisältää sekä yhteisöllisen että yksilöön kohdistuvan päihdehaittojen ehkäisyyn tähtäävän toiminnan. Päihdeohjelma-oppaassa (Kujasalo ym. 2013) on päihdetoimintamallin kuvaus eli ohjeet siitä, millä käytännön keinoilla työpaikalla ehkäistään päihdehaittoja:

1. Yhteisöllisellä tasolla:

- viestintä
- koulutus
- henkilöstön vastuut ja tehtävät työkyvyn ja työturvallisuuden varmistamiseksi
- vastuullisen alkoholitarjoilun ohjeet
- päihdeohjelman toteutumisen seuranta ja arviointimenetelmät.

2. Yksilön kanssa:

- varhainen puuttuminen työkyvyn heikkenemisen merkkeihin
- tavoitteellinen puheeksiotto ja hoitoonohjaus esimiestyönä
- hoitositoumus työkyvyn palauttamiseksi
- kuntoutussuunnitelma ja kuntoutuksen seuranta työterveysyhteistyönä
- työkyvyn palauttamisen tukeminen esimiehen ja työyhteisön tehtävänä
- työkyvyn palautumisen seuranta työterveysyhteistyönä.

Alkoholihaittojen ehkäisy ja varhainen puuttuminen vaativat yhteisesti sovittuja toimintamalleja työterveyshuolloissa ja työpaikoilla. Työterveyshuollon perustehtävä on tukea työpaikkoja ennaltaehkäisevässä ja työkykyä ylläpitävässä toiminnassa. Työterveyshuollon asiantuntijarooli antaa mahdollisuuden ohjata asiakastyöpaikkoja käynnistämään ja kehittämään alkoholihaittojen ehkäisyä. Työterveysyhteistyön toisena osapuolena on henkilöstöjohto, työsuojeluryhmä tai työhyvinvointiryhmä, joka tuntee työpaikan kulttuurin, viestintäkeinot ja vaikutuskanavat. Yhteistyön onnistumiselle on olennaista, että työterveysyhteistyön tekijöillä on yhteinen käsitys siitä, mitä tehdään ja mihin pyritään. Täytyy olla myös yhteinen kieli ja käsitteet, joilla puhutaan. Yhteiset toimintatavat voivat kehittyä vain niissä puitteissa ja siinä todellisuudessa, minkä toimijat keskenään jakavat. Yhteistyön kehittymiseen tarvitaan aikaa ja sille täytyy järjestää tilaisuuksia. Päihdeasioissa tämä on erityisen tärkeää, sillä yhteisten käsitysten ja toimintamallien puuttuessa päihdehaitoista kärsivä henkilö ja hänen läheisensä sekä työyhteisönsä saattavat jäädä vaille oikea-aikaista apua.

## 2.2 AHA-koulutus keinona hankkeen päämäärien tavoittamiseen

AHA-hankkeen päämääränä oli edellä kuvatun yhteisöllisen ehkäisyn keinoin lisätä tietoisuutta päihdehaitoista ja kehittää päihdeasioista puhumisen taitoja. Oletuksena oli, että nämä vaikuttavat työpaikoilla siten, että yksilöt saavat valmiuksia tarkastella omaa alkoholinkäyttöään ja tehdä siihen halutessaan muutoksia työkyvyn ja työturvallisuuden varmistamiseksi. Tämän ajateltiin heijastuvan työyhteisössä myös alkoholin riskikäyttäjiin, joista osa kykenee omin elintapamuutoksin vähentämään riskitasoista käyttöä.

AHA-koulutuksessa haettiin muutoksia syvällä kulttuurissamme ja asenteissamme olevaan toimintamalliin, jossa varhainen puuttuminen ei toteudu riittävästi. Tähän pyrittiin koulutusprosessissa, jossa tavoitteena oli oppia puhumaan koulutettavassa ryhmässä ja työyhteisöissä päihdeasioista ja erityisesti alkoholiasioista, mikä usein koetaan vaikeaksi ja tabuksi. AHA-koulutus oli suunnattu työterveyshuollon ammattihenkilöille, työpaikkojen työsuojeluryhmille ja esimiehille. Tietoja, taitoja ja asenteita pyrittiin kehittämään koulutuksessa yhteisöllisenä oppimisprosessina, ja osallistujat jalkauttivat oppimansa välitehtävien kautta työpaikoille.

## 2.3 Kehittämismenetelmänä AHA-toimintatapa – työpaikan päihdeohjelman toteuttamista käytännössä

Työhyvinvointia edistävää ja päihdehaittoja ehkäisevää AHA-toimintatapaa alettiin kehittää Työterveyslaitoksessa vuosina 2008–2010 Alkoholihaittojen ehkäisyn vakiinnuttaminen työpaikoilla –hankkeessa.

AHA-toimintatavassa käytettiin seuraavia työkaluja ja menetelmiä:

- **tilannekartoitus** työpaikkojen ja työterveyshuollon alkoholihaittoja ehkäisevistä käytännöistä ja alkoholin aiheuttamista riskeistä
- **A-Step** työkalu keskustelun avaamiseksi ja hyvien käytäntöjen malliksi
- **Päihdeohjelmaopas – malli päihdeohjelman tekemiseen työpaikalla**
- [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/paih\\_ohj\\_netti.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/paih_ohj_netti.pdf)
- **koulutukset** päihdetyöryhmille, esimiehille ja työterveyshoitajille.

AHA-toimintatapaan kehitettiin Alkoholihaitat hallintaan (AHA) -hankkeessa (2011–2013) lisäksi:

- **AHA-lyhytkysely** työpaikkojen alkoholiasioden kartoittamiseen ja alkoholihaittoja ehkäisevän toiminnan kehittämiseen ([tt.fi/alkoholijatyo](http://tt.fi/alkoholijatyo))
- **Esimiehen ohje** päihdehaittojen ehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen ([ttl.fi/alkoholijatyo](http://ttl.fi/alkoholijatyo))
- **TEE SE NÄIN** – ohjeita päihdeohjelman kehittäjälle -verkkojulkaisu Päihdeohjelmaoppaan rinnalle päihdeohjelman laatimiseen ja työpaikkatoimintaan ([http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tee\\_se\\_nain.aspx](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Sivut/Tee_se_nain.aspx))

Lisäksi päivitettiin Työterveyslaitoksen aiemmin julkaisema **Juomapäiväkirja** noudattamaan vuonna 2011 päivitetyn Käypä hoito -suosituksen (Duodecim 2011) alkoholinkäytön riskirajoja.

AHA-koulutuksen avulla vietiin AHA-toimintatapa ja työkalut työterveyshuoltoihin ja työpaikoille

## 3 INTERVENTIONA AHA-KOULUTUKSET

AHA-hankkeessa viestintä, koulutus ja ohjeistus suunnattiin työterveyshuollon ammattihenkilöille, työpaikkojen työsuojeluryhmille ja esimiehille, joiden kautta asia jalkautui henkilöstön pariin. AHA-koulutuksen sisältö mukaili opetusministeriön Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietinnössä esittämiä päihdetyön koulutuksen minimisisältösuosituksia, jotka kuvataan luvussa 3.1.

AHA-koulutus päihdetyöryhmille ja työterveyshoitajille oli prosessimaisesti etenevä kokonaisuus, joka kesti noin puoli vuotta. Siinä oli kuusi neljän tunnin mittaista lähiopetusjaksoa, ennakko- ja välitehtävät sekä jatkotapaaminen noin puolen vuoden kuluttua koulutuksen päättymisestä. Tietojen, taitojen ja asenteiden kehittyminen tapahtui yhteisöllisenä oppimisprosessina sekä koulutuksessa että työpaikoilla.

AHA-hankkeen tutkimustyöpaikkojen esimiehille annettiin puheeksiotto- ja yhteistyövalmiudet päihdeasioiden käsittelyyn. Esimiesten koulutus toteutettiin joko päihdetyöryhmän koulutuksen jälkeen omana kokonaisuutenaan tai siten, että esimiehet osallistuivat päihdetyöryhmien koulutuksiin ensimmäisellä ja neljännellä jaksolla.

### 3.1 Koulutuksen taustaa – suosituksia ja teorioita

Opetusministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön kokoama Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmä (2007) on laatinut suositukset päihdetyön koulutuksen minimisisällöistä. Suositusten mukaan päihdetyön koulutuksessa on keskeistä, että opiskelija

1. hallitsee perustiedot päihteistä, niiden käytöstä ja niiden käyttöön liittyvistä riskeistä ja haitoista.
2. on tietoinen omista asenteistaan päihteiden käyttöön ja pystyy suhtautumaan avoimesti ja ammatillisesti päihdeongelmiin ja niistä kärsiviin.
3. tuntee vähintään omaa alaansa koskevan päihteisiin liittyvän lainsäädännön ja oman alueensa moniammatillisen päihdetyön palveluverkoston sekä alueellisen ja paikallisen monialaisen päihdetyön perusteet niin, että kykenee osallistumaan siihen.
4. osaa tunnistaa ja kohdata päihteiden riski- ja ongelmakäyttäjän ja hänen läheisensä.
5. tietää varhaisen puuttumisen merkityksen ja osaa soveltaa työssään varhaisen puuttumisen menetelmiä.

6. osaa auttaa ja tukea asiakkaita oman ammattikuvansa puitteissa ja ohjata heitä tarvittaessa eteenpäin päihdetyön palvelujärjestelmässä.
7. ymmärtää päihdehaittojen ehkäisyn merkityksen työympäristössä ja osaa puuttua päihteiden käyttöön myös omassa työyhteisössään.

Työryhmän suositus kattaa kaikki koulutusalat ja -tasot alakohtaisin painoituksin. (Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2007:17.)

AHA-koulutuksen sisältö mukaili näitä suosituksia. Koulutuksen lähtökohtana oli ilmiökeskeinen pedagogiikka, jossa päihdeilmiöön tutustuttiin suuresta kokonaisuudesta yksityiskohtiin edeten. Päihdeilmiötä yhteiskunnassa, yhteisöissä ja yksilössä esiintyviä piirteitä ja erilaisia ilmenemismuotoja tutkittiin eri tavoin. Oppijat havaitsivat, mihin asioihin he voivat vaikuttaa ja mihin eivät työnkuvansa ja toimivaltansa puitteissa.

Ilmiökeskeisessä lähestymistavassa on oleellista, että oppija löytää tai hänet ohjataan löytämään kulloinkin opittavana olevan kokonaisuuden ydinilmiöt. Näitä ydinilmiöitä voisi kuvailla elementeiksi, joita ei voi ottaa pois kokonaisuudesta muuttamatta sitä joksikin toiseksi. Oppijan on opittava kysymään: Mikä tässä on oleellista ymmärtää? Millaisia asioita minun on pohdittava, jotta voisin ymmärtää tämän kokonaisuuden? (Rauste-von Wright ym. 2003).

Päihdeilmiöstä esitettiin AHA-koulutuksessa mm. seuraavia kysymyksiä: Millaisesta ilmiöstä on kysymys, kun sen kohtaaminen on vaikeaa? Miksi alkoholinkäyttöön liittyvien elintapojen muuttaminen on usein hankalaa ja vastenmielistä? Miksi muutos on vaikeaa yhteiskunnallisestikin? Miltä nämä asiat sinusta tuntuvat? Miksi sinulle on helppoa/vaikeata kohdata alkoholiongelmaisia potilaita? Yleisen tason kysymyksistä siirryttiin yksityiselle tasolle, omakohtaisiin kysymyksiin. Yhdessä pohdittujen teemojen avulla luodaan yhteisiä käsityksiä, joiden avulla ilmiötä jäsennetään ja ymmärretään.

AHA-koulutuksessa käytettiin konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen ja sosiokonstruktivismiin sekä kokemukselliseen ja yhteistoiminnalliseen oppimiseen perustuvia menetelmiä. Konstruktivismille on keskeistä, että oppimista ei nähdä pelkästään kykynä toistaa opetettuja tietoja, vaan se nähdään muutoksena yksilön käsityksissä, jotka koskevat kyseistä ilmiötä (Tynjälä, 1999). Käsitusten muutoksen oletetaan johtavan toiminnan muutokseen. Sosiokonstruktivismi ja yhteistoiminnallinen oppiminen tukevat jokaisen yksilön oppimista ja antavat osallistujaryhmälle, kuten työterveyshoitajaparille tai päihdetyöryhmälle, mahdollisuuden luoda yhteistä tietopohjaa ja yhteistä käsitystä roolistaan ja tehtävistään päihdehaittojen ehkäisijöinä työssään.

Yhteistoiminnallisessa oppimisessa työskennellään ryhmänä, jossa jokainen kantaa vastuuta yhteisten tavoitteiden puolesta. Jokainen pyrkii työskentelemään sekä it-

sensä että ryhmänsä oppimisen puolesta. Kokemuksellinen oppiminen perustuu oppijan kokemuksiin ja niiden reflektointiin, käsitteellistämiseen ja uudelleen kokeiluun. Koulutuksessa havainnointiin ja arvioitiin kokemuksia mm. välitehtävien tekemisestä, käsitteellistettiin koettuja tapahtumia, sekä kokeiltiin taas uudelleen seuraavissa välitehtävissä. (mm. Tynjälä 2011.)

Koulutuksessa pyrittiin saamaan aikaan muutoksia koulutettavien ajatuksissa, asenteissa ja työtoiminnassa. On tärkeää, että alkoholihaittojen ehkäisyyn kehittyvä vahva motivaatio ja syvenevä ymmärrys riippuvuusilmiöstä. Näitä voimavaroja tarvitaan, sillä ylitettävänä ovat opiskelijan omat aiemmat käsitykset ja ympäröivässä yhteiskunnassa ilmenevät asenteet sekä oman työyhteisön nykyiset, ehkä jäsentymättömät toimintamallit, jotka saattavat ryhmäpaineena vaikuttaa yksittäiseen työntekijään.

Koulutus kosketti myös osallistujan ammatillista identiteettiä. Oppiminen merkitsee aina myös identiteetin uudelleen määrittelyä, koska se vaatii oman työn tavoitteen ja tehtäväroolin uudistamista. Ammatilliseen minäkuvaan on sisällytettävä kuva itsestä stigmatisoivan ja häpeän tunteita nostattavan päihdeaiheen puolestapuhujana ja kehittäjänä. Yhteistoiminnallinen oppiminen sekä oman ammatti-identiteetin jatkuva uudelleenmäärittely oli tästä syystä välttämätöntä. Koulutuksen rakenteella, sen pituudella ja prosessimaisuudella pyrittiin tukemaan oppijoiden ammatillisen identiteetin kehittymistä.

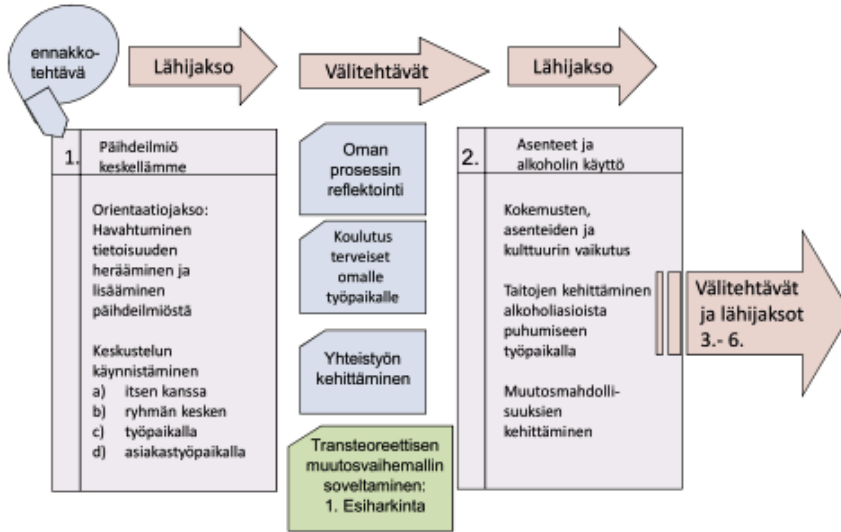
Ehkäisevän päihdetyön koulutuksen haasteena on motivoida opiskelijoita perehtymään ilmiöön, joka usein koetaan hankalana, kiusallisena, mieluummin välteltävänä kuin kohdattavana. Tämän lisäksi opiskelijoilta odotetaan, että he kykenevät suhtautumaan avoimesti tutkien kaikkeen, mitä päihdeilmiöön liittyy. Kyseessä on monitasoinen oppimis- ja muutosprosessi. AHA-koulutuksessa oli sekä tiedollisia, kokemuseräisiä että toiminnallisia elementtejä, jotka hahmottuvat taulukko 1:ssä kuvattujen muutosvaihemallin muutosprosessien avulla:

*Taulukko1: Toimintamallin muutosvaiheet ja -prosessit sekä koulutus-/ohjaus-/neuvontamenetelmät eri vaiheissa. Sovellus ehkäisevän päihdetyön koulutusprosessiin. Mukailten Vähäsarja & ym. 2004*

<b>Muutosvaihe</b>	<b>Vaiheen kuvaus</b>	<b>Muutosprosessit 1–5 kokemusperäiset 6–10 toiminnalliset</b>	<b>Koulutus-/ ohjaus- /neuvonta- menetelmät</b>
<b>Esiharkinta</b>	Ei ole tietoinen muutostarpeesta, ei halua muuttaa käyttäytymistään tai ei usko pystyvänsä käyttäytymisen muutokseen.	1. Tietoisuus lisääntyy.	Arvioi nykyistä toimintatapaa ja saa neutraalia tietoa.
<b>Harkinta</b>	Tiedostaa muutoksen tarpeen ja pohtii vakavasti muutosta. Ei kuitenkaan ole vielä valmis toimintansa muutokseen.	2. Arviointi itsensä / toimintatapansa uudelleen. 3. Arvioi ympäristön uudelleen. 4. Dramaattinen apu/ kokemus.	Keskustelee muutoksen haitoista ja hyödyistä itselle ja asiakkaille. Kartoittaa toiminnan esteitä ja pohtii ratkaisukeinoja. Ratkaisumahdollisuuksia avautuu. Tutustuu AA:n vertaistukitoimintaan, saa merkittävän kokemuksen.
<b>Valmistelu</b>	On motivoitunut ja valmis muuttamaan toimintaansa lähiaikoina. Tekee jo pieniä muutoksia.	5. Vapautuu/rohkaistuu sosiaalisesti.	Kartoittaa uusia toimintamahdollisuuksia ja sosiaalista tukea. Asettaa konkreettisia tavoitteita ja suunnittelee uudenlaista toimintaa.
<b>Toiminta</b>	Panee toimeen muutospäätöksen ja sitoutuu siihen.	6. Tekee ratkaisun. 7. Toimii toisin. 8. Tunnistaa ärsykeitä. 9. Saa vahvistavia ja palkitsevia kokemuksia.	Saa positiivista palautetta ja kannustusta. Kartoittaa tekijöitä, jotka johtavat entiseen toimintamalliin ja löytää ratkaisukeinoja.
<b>Ylläpito</b>	On toteuttanut päätöksensä mukaista toimintaa vähintään puoli vuotta.	10. Auttavia ihmissuhteita.	Saa kannustusta ja lisää motivaatiota.

## 3.2 Koulutuksen rakenne

AHA-koulutus kesti noin puoli vuotta. Siinä oli kuusi kuukauden välein toteutunutta neljän tunnin mittaista lähiovetusjaksoa, ennako- ja välitehtävät sekä jatkotapaaminen puolen vuoden kuluttua koulutuksen päättymisestä (kuvio 2). Näin ollen koko prosessi kesti noin vuoden.



Kuvio 2: AHA-koulutuksen rakenne

Koulutusmenetelminä käytettiin:

- keskusteluja
- luentoja, opetusvideoita
- tehtäviä ja harjoituksia yksin, kaksin, ryhmänä
- välitehtäviä: oppimispäiväkirja, tehtäviä pilottityöpaikalla ja omassa työyksikössä
- tutustumiskäyntejä AA-avopalaveriin, AI-anon-ryhmään, A-kilta-toimintaan ja paikalliseen A-klinikkaan tai päihdekuntoutuslaitokseen mahdollisuuksien mukaan.

Koulutuksen välitehtävinä oli yksilötason, ryhmätason ja työpaikkatason tehtäviä, joissa osallistujat käyttivät systemaattisesti saamaansa tietoa ja välineitä. Välitehtävissä sovellettiin Työterveyslaitoksen alkoholihaittojen ehkäisyhankkeissa kehitettyjä työkaluja. Välitehtävien avulla osallistujat käynnistivät ja ohjasivat asennemuutosprosessia ja toimintakäytäntöjen kehittämisprosessia omassa työyksikössään ja/tai asiakastyöpaikalla.



Yksilötason välitehtävinä oli kirjata oppimispäiväkirjaan omia ajatuksia, kysymyksiä ja kokemuksia aiheen tiimoilta. Ryhmätason tehtävät tehtiin omalta työpaikalta koottuun pienryhmän kanssa, jota kutsuttiin nimellä AHA-ryhmä. Se valikoitui opiskelijan lähimmästä työyhteisöstä, joka saattoi olla työtiimi, kahvihuoneporukka tai vastaava. AHA-ryhmälle välitettiin ensimmäiset koulutusterveiset lähijaksojen jälkeen. Työpaikatason tehtävät tehtiin joko yksin, parin kanssa tai AHA-ryhmän kanssa. Lisäksi koko koulutuksessa oleva päihdetyöryhmä kokoontui jaksojen välillä keräämään kokemuksensa työpaikalla tehdyistä tehtävistä.

Välitehtävien tavoitteena oli jalkauttaa tietoa työpaikalle ja käynnistää siellä keskustelua päihdeasioista monin eri tavoin ja erilaisissa yhteyksissä. Päihdetyöryhmän välikokousten tarkoituksena oli kehittää ryhmän itsenäistä työskentelyä ja yhteistyötä, jotta se jatkuisi luontevasti koulutuksen päätyttyä. Kun koulutuksessa oleva päihdetyöryhmän jäsen tai työterveyshoitaja saa tehtäväkseen viedä oppimaansa tietoa työpaikalleen, ja työterveyshoitaja myös asiakastyöpaikalle ja potilastyöhön, hän työstää opittua mielessään ja muokkaa tietoa sopivaksi kulloisellekin kohderyhmälle. Tämän tuloksena hänen oma asiantuntijuutensa kehittyy.

Ehkäisevän päihdetyön koulutuksessa haasteena on oppijoiden motivointi ja riittävä tukeminen kehittämisprosessin käynnistämisessä ja sen jatkamisessa työyhteisössään. Tämä edellyttää, että koulutukseen ja välitehtävien tekemiseen varataan riittävästi aikaa, ja että koulutettava saa työpaikallaan järjestelmällisesti tilaisuuksia välittää koulutusterveisiiä työtovereilleen.

Koulutuksen tavoitteena oli, että osallistujat kehittyvät aktiivisiksi ehkäisevän päihdetyön käytännön toimijoiksi, jotka kykenevät ja ovat halukkaita yhteistyöhön keskenään, jotta heidän asiakkaansa tulevat kohdatuiksi inhimillisesti ja oikea-aikaisesti.

### 3.3 Koulutuksella työpaikan päihdehaittojen ehkäisy asiantuntijaryhmäksi

Asiantuntijuuden elementteihin kuuluu teoreettinen tieto, kokemuksellinen tieto, itse-säätelytieto ja sosiokulttuurinen tieto. Syvällisen osaamisen kehittymisessä tärkeää on näiden elementtien yhdistyminen toisiinsa, minkä vuoksi erilaisten pedagogisten ratkaisujen olisi hyvä pyrkiä näiden tiedon muotojen kytkemiseen. (Collin ym. 2010.)

Teoreettista tietoa päihdeasioista saa mm. kirjoista, artikkeleista sekä luennoista. Tietoa ja ymmärrystä päihdeilmiöstä ja sen vaikutuksista yksilöön ja hänen lähiyhteisöönsä sekä työyhteisöön tarvitaan, jotta tiedetään, mitä ollaan ehkäisemässä ja osataan toimia tarkoituksenmukaisesti. Kokemuksellinen tieto karttuu käytännön kokemuksen

ja tekemisen myötä. Jokaisella koulutukseen osallistuvalla on kokemuksia ja havain-  
toja päihdeistä ja niiden vaikutuksista. Tämä hiljainen tieto tulee aktiiviseksi erilaisten  
harjoitusten ja tehtävien myötä.

Päihdeasioista puhuminen koetaan usein vaikeaksi, tapahtui se sitten yleisellä tasolla  
tai yksityisesti. Alkoholin käyttöön liittyvä keskustelu nostaa voimakkaitakin tunteita.  
Näiden tunteiden esille tulemista myös usein varotaan. AHA-koulutuksessa alkoholi-  
asioista puhumista opeteltiin vaihe vaiheelta ja valmiuksia kehitettiin vähitellen edeten  
yleisestä keskustelusta yksilön kohtaamiseen.

Itsesäätelytieto käsittää oman toiminnan kriittisen tarkastelun ja pohdinnan, sekä oman  
työyhteisön tai koko ammattialan toiminnan tarkastelun. AHA-koulutuksessa tätä tuki-  
vat oppimispäiväkirjaan tehdyt muistiinpanot sekä välitehtävien tekemiseen liittyvien  
kokemusten jakaminen lähiopetusjaksoilla. Opiskelijaryhmän keskinäistä luottamusta  
kehitettiin mm. erilaisin keskusteluteemoin. Itsesäätelytieto karttui, kun tutustuttiin  
omiin ja toisten kokemuksiin ja näkemyksiin, sekä jaettiin niitä.

Sosiokulttuurinen tieto ilmenee sosiaalisissa ja kulttuurisissa käytännöissä sekä erilaisissa  
työvälineissä tai niiden puuttumisessa. Nämä kaikki ohjaavat asiantuntijan työtoimintaa.  
Tietoisuutta tarvitaan päihde- ja etenkin alkoholikulttuurin moninaisista ilmenemismuo-  
doista, kuten esimerkiksi yhteiskunnassa ilmenevistä asenteista, jotta ne voi kyseen-  
alaistaa ja löytää kehittämiskohdat ja -mahdollisuudet. AHA-koulutuksen aikana ja sen  
jälkeen työterveyshoitajat ja päihdetyöryhmät kehittivät yhteisiä toimintatapoja (kuvio 3)



Kuvio 3: AHA-koulutusprosessi valmentaa ehkäisevän päihdetyön asiantuntijaksi

Oman oppimisen arviointi ja opitun pohdiskelu yksin ja yhdessä olivat säännöllinen osa koulutusprosessia. Myös kouluttajat refleктоivat jatkuvasti oppimista ja prosessin kulkua (Collin ym. 2010.) Tämä edellytti kouluttajilta jatkuvaa havainnointia siitä, minkälainen on opiskelijan motivaatio muutokseen omassa toiminnassaan, sekä sen miettimistä, miten kouluttaja tukee opiskelijaa. Tämä ja edellä mainitut asiat vaativat kouluttajilta äärimmäisen aktiivista otetta koulutuksessa (suunnittelu, toteutus ja arviointi), kykyä huomioida oppijayksilön ja koko ryhmän tilannetta, sekä taitoa tukea jokaista oppijaa ja ryhmää kokonaisuudessaan.

## 3.4 Koulutuksen kohderyhmät

### 3.4.1 Päihdetyöryhmän koulutus

Päihdetyöryhmä, kooltaan 3–7 henkilöä, kootaan mieluiten työpaikalla jo olevasta toimivasta ryhmästä. Esimerkiksi työsuojeluryhmä vahvistettuna henkilöstöhallinnon sekä työterveyshuollon edustajilla on kattava kokoonpano. Myös muuten koottu edustuksellinen ryhmä pystyy työskentelemään työhyvinvoinnin ja työturvallisuuden tukemiseksi. Päihdetyöryhmä kehittää, ohjaa ja arvioi päihdeohjelmaa ja sen toteutumista, sekä raportoi siitä vuosittain johdolle ja työsuojelutoimikunnalle.

Päihdetyöryhmän jäsenet eivät ole päihdetyöntekijöitä, jotka hoitavat päihdeongelmia, vaan toimivat tukihenkilöinä erilaisissa tilanteissa. He auttavat esimiehiä käsittelemään päihdeasioita yleisellä tasolla työyhteisössä sekä ohjaavat ongelmatapauksissa, jos esimies pyytää. Toimiva päihdetyöryhmä vie päihdeohjelman osaksi työpaikan arkea. Tämä näkyy päihdeasioiden huomioimisena kaikessa työsuojelutoiminnassa. Parhaimmillaan aktiivinen päihdeohjelman toteuttaminen näkyy myös työntekijän vapaa-ajan päihteiden käytön hallinnassa, mikä tukee jaksamista ja työkykyä.

Päihdetyöryhmien koulutus jaksottui noin puolen vuoden ajalle. Se oli prosessina etenevä kokonaisuus (6x4h, jaksot n. kuukauden välein), joka sisälsi myös ennako- ja välitehtäviä. Jaksojen otsikkoina oli: päihdeilmiö keskeisimmät, asenteet ja alkoholinkäyttö, päihdeongelma ja lähiyhteisö, päihdeasioista puhuminen työpaikalla, päihdehaitan puheeksiotto ja hoitotoimenpiteet sekä päihdetyöryhmä työpaikan voimavarana päihdehaittojen ehkäisyssä. Tavoitteena oli, että päihdetyöryhmä kehittyy oman työpaikkansa päihdehaittojen ehkäisyn asiantuntijaksi ja kykeneväksi toimimaan esimiesten ja muun henkilöstön tukena päihdehaittoja ehkäisevän kulttuurin kehittämisessä ja ylläpitämisessä.

Päihdetyöryhmien valmennusohjelmassa kehitettiin yhteistoiminnallisten oppimismenetelmien avulla:

- a) työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä hyviä käytäntöjä alkoholihaittojen ehkäisyyn työpaikalla mm. A-Step -työkalua hyödyntämällä
- b) työpaikan päihdetyön toimijoiden (työsuojeluryhmä/ TYKY-/TYHY-ryhmä) ehkäisevään päihdetyöhön liittyvää asiantuntemusta ja yhteistyötä
- c) työyhteisöjen toimintaa päihdehaittojen ehkäisemiseksi.

Hankkeessa koulutettiin kolmen AHA-tutkimukseen osallistuneen työpaikan päihdetyöryhmät. Ryhmät olivat yksityisen sektorin (kahdeksan henkilöä), julkisen sektorin (seitsemän henkilöä) sekä kunta-alan (11 henkilöä) työpaikoilta. Lisäksi koulutettiin yksi kunta-alan organisaation päihdetyöryhmä (yhdeksän henkilöä), joka toimi tutkimuksen verrokkina. Ryhmät koostuivat työsuojelu- tai työhyvinvointivaltuutetuista, työsuojelu- tai työhyvinvointipäälliköistä ja esimiehistä sekä organisaation työterveyshuollon edustajista. AHA-tutkimuksessa intervention saaneet työpaikat koulutettiin vuoden 2012 ensimmäisellä puoliskolla. Verrokkityöpaikan päihdetyöryhmä koulutettiin vuoden 2013 loppuukevään ja syksyn aikana.

Koulutuksessa osallistujille annettiin välineitä ja kehitettiin heidän valmiuksiaan ohjata ja kehittää työpaikkansa keskusteluilmapiiriä alkoholiasioissa avoimeen ja asialliseen suuntaan ja siten madaltaa alkoholihaittoihin puuttumisen kynnyksiä.

### **3.4.2 Esimiesten koulutus – kaksi erilaista tapaa**

Esimies havainnoi työolosuhteita ja työyhteisön käyttäytymistä. Hänen vastuullaan on varmistaa, että työntekijöiden työolosuhteet ja työkyky ovat kunnossa ja vastaavat terveellisen ja turvallisen työnteon edellytyksiä. Siksi esimiehen tehtäviin kuuluu puuttua päihdehaittoihin työpaikalla. Esimiehen oikeudenmukainen, asiallinen ja rakentava ote työyhteisön johdossa sekä esimerkillisyys ehkäisevät ennalta päihdehaittoja. Työsuojeluhenkilöstö, päihdetyöryhmä ja työterveyshuolto tukevat esimiestyötä päihdeasioissa ja valmentavat tarvittaessa ongelmatilanteiden käsittelyyn. (Kujasalo, Hirvonen, Kivistö, Luurila & Puustinen 2013.)

AHA-hankkeen esimieskoulutus oli tarkoitettu kaikille esimiestehtävissä toimiville. Sen tavoitteena oli antaa esimiehille työroolinsa vaatimusten mukaisia valmiuksia kehittää työpaikan kulttuuria päihdehaittoja ehkäisevään suuntaan. Esimiesten ja työnjohtajien puheeksiottovalmennuksessa osallistujat oppivat taitoja

- ohjata keskustelua alkoholiasioista työpaikalla avoimeen ja asialliseen suuntaan
- puuttua työpaikan päihdeongelmatilanteeseen
- toimia yhteistyössä päihdetyöryhmän ja työterveyshuollon kanssa
- tukea työntekijöiden työkyvyn ylläpitämistä.

AHA-tutkimukseen osallistuneista työpaikoista kahden organisaation (yksityisen ja julkisen sektorin organisaatiot) esimiehet saivat 2x4 tunnin mittaisen koulutuksen päihdetyöryhmien valmennuksen jälkeen loppuvuodesta 2012. Kolmannen AHA-tutkimukseen osallistuneen organisaation (kunta-ala) esimiehille järjestettyyn koulutukseen ei tullut osallistujia huolimatta siitä, että koulutuksen hyötyjä päihdetyön toteuttamiselle organisaatiossa perusteltiin.

AHA-tutkimuksen verrokkityöpaikan (kunta-ala) esimiesten koulutus yhdistettiin päihdetyöryhmän valmennuksen ensimmäiseen ja neljänteen jaksoon loppukevällä ja syksyllä 2013. Näin luotiin mahdollisuus eri osapuolten vuoropuheluun päihdetyön toteutuksesta ja tarpeista organisaatiossa.

### **3.4.3 Työterveyshoitajien koulutus**

Työterveyshoitajan työssä keskeistä on terveydenhoitotyön kokonaissuunnittelu työterveyshuollossa ja toimintojen koordinointi siten, että hyvä työterveyshuoltokäytäntö toteutuu. Työterveyshoitajien erityisosaamisalueisiin kuuluu mm. työpaikkaselvitysten, riskien arvioinnin, terveystarkastusten, terveyden seurannan ja terveysneuvonnan sekä työyhteisön kehittämisen periaatteiden ja perusmenetelmien osaaminen yksilöiden ja yhteisöjen terveyttä edistäen. Siihen kuuluu myös yksilöiden ja yhteisöjen työ- ja toimintakykyyn, sen selvittämiseen, arviointiin ja seurantaan sekä muutoksiin liittyvät varhaisen toimintaan puuttumisen periaatteet. (Suomen Työterveyshoitajaliitto ry.)

Työpaikan päihderiskien kartoitus ja arviointi sisältyvät hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaiseen työn ja työolosuhteiden terveellisyyden sekä turvallisuuden selvittämiseen. Työterveyshuolto on asiantuntija päihderiskien terveydellisen merkityksen arvioinnissa ja toimenpiteiden suunnittelussa haittojen minimoimiseksi. (Kujasalo ym. 2013.) Koulutuksessa vahvistettiin työterveyshuollon roolia työpaikkojen päihdehaittojen ehkäisyssä sekä lisättiin työterveyshuollon ammattihenkilöiden päihdeasioiden puheeksiottovalmiuksia työterveyshuollossa ja työpaikalla.

AHA-tutkimukseen osallistuneiden kahden työterveysyksikön (yksityinen palveluntarjoaja 13 hlöä ja yrityksen oma työterveyshuolto 9 hlöä) valmennukset toteutettiin kahtena valmennusprosessina 6x 4 tunnin jaksoissa noin kuukauden välein. Koulutusjaksot olivat aihepiiriltään samansisältöisiä kuin päihdetyöryhmien koulutuksessa; päihdeilmiö, asenteet, päihdehaitat ongelmaisen oman työkyvyn ja hänen läheistensä sekä työyhteisön näkökulmasta, päihdeongelman tunnistaminen, puheeksiottaminen ja hoitoonohjaus, päihdeongelmaisen kuntoutuksen ja työhön paluun tukeminen. (Suomen Työterveyshoitajaliitto ry.)

Työterveyshuollon AHA-koulutuksessa tarkasteltiin erityisesti ehkäisevää päihdetyötä työpaikan ja työterveyshuollon yhteistyönä, jonka tavoitteena on tukea ja ylläpitää työkykyä. Koulutuksessa huomioitiin sekä yksilövastaanotolla tapahtuva työskentely että työyhteisöjen kanssa tapahtuva työskentely. Koulutusprosessi sisälsi valmennusta asiakkaan muutosvaiheen tunnistamiseen sekä motivoivaan haastatteluun.

Motivaatio on voima, joka saa päihteiden käyttäjän tekemään muutoksia elämässään ja ohjaa asiakasta muutosprosessin vaiheissa (Miller 2008). Alun perin Prochaskan & DiClementen (1984) kehittämä malli tupakoinnin lopettajilla havaittujen muutoksen vaiheiden kuvaamiseen on sovellettu sittemmin myös muiden elintapamuutosten kuvaamiseen. Kuusi muutosvalmiuden astetta sisältää omanlaisensa ajattelu- ja toimintatavan. (Turku 2007) Muutoksen vaiheet ovat esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautuminen, toimintavaihe, ylläpitovaihe ja ongelman uusiutuminen, joka voi tapahtua prosessin alussa, keskellä tai loppuvaiheessa. Kannustavia strategioita käyttämällä hoitoalan ammattilaiset voivat auttaa asiakasta muutosprosessin kussakin vaiheessa. Motivoivan haastattelun ytimenä on se, että muutoksen avaimet ovat ihmisessä itsessään. (Turku 2007 , Miller 2008.)

Valmennuksessa perehdyttiin muutoksen vaiheisiin ja motivoivan haastattelun periaatteisiin, jotka ovat: 1) empatian ilmaiseminen, 2) ongelmakäyttäytymisen ja asiakkaan henkilökohtaisten arvojen välisen ristiriidan vahvistaminen ja suuntaaminen kohti muutosta, 3) väittelyn välttäminen ja asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen. (Miller & Rollnick 2002.) Valmennus sisälsi myös motivoivaan haastatteluun olennaisesti kuuluvien vuorovaikutustaitojen kertaamisen: 1) vahvistaminen, 2) avoimet kysymykset, 3) heijastava kuuntelu ja 4) tiivistäminen. (Koski-Jännes, Riitinen & Saarnio 2008.) Työterveyshoitajat harjoittelivat asiakkaan muutosvaiheen tarkastelua sekä motivoivaa haastattelua kunkin jakson jälkeen välitehtävinä.

## 4 VAIKUTTAVUUSARVIONTI

### 4.1 Tavoitteet

Vaikuttavuustutkimuksen tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa alkoholihaittoja työpaikoilla ennalta ehkäisevien, optimaalisten toimintatapojen löytämiseksi työpaikoilla ja työterveyshuolloissa sekä niihin kiinnittyvistä estävistä ja edistävästä tekijöistä erityyppisillä työpaikoilla ja työterveyshuolloissa. Tietoa haettiin siitä, muuttuvatko työpaikkojen ja työterveyshuoltojen alkoholihaittoja ehkäisevät käytännöt toteutetun valmennusintervention vaikutuksesta parempaan suuntaan. Kiinnostuksen kohteena oli myös se, mitä muutoksia intervention aikana tapahtuu tekijöissä, jotka estävät tai edistävät ehkäisevää työtä työpaikoilla. Kaikkiaan haluttiin tutkia, miltä osin työpaikkojen toimintatavat saadaan kehittymään alkoholihaittoja ennalta ehkäisevämpään suuntaan, eli osaksi työhyvinvoinnin johtamista, esimiestyötä ja työkyvyn edistämistä.

### 4.2 Tutkimusasetelma

Vaikuttavuustutkimus toteutettiin pitkittäistutkimuksena, jolla tutkittiin alkoholihaittoja ennalta ehkäisevän AHA-toimintatavan puolen vuoden aikana toteutetun valmennuksen käytäntöön viemisen (interventio) vaikuttavuutta työpaikkojen ja työterveysyksiköiden käytäntöihin ennen – jälkeen asetelmassa. Tutkimus toteutettiin kyselylomakkeilla ennen interventiota vuonna 2011, ja intervention jälkeen vuonna 2013.

Tutkimukseen pyydettiin osallistumaan kolmea kuntaa ja kolmea teollisuusyritystä sekä yhtä yliopistoa Suomesta. Nämä tutkimuskohteet oli valittu täydentämään Työterveyslaitoksen aiemmassa Alkoholi ja työterveys -hankkeessa kerättyä tutkimusaineistoa. Kuntia valittiin kolme mm. siksi, että haluttiin tutkia, onko valmennuksen vaikuttavuudessa mahdollisesti eroa kahden eri tahon (toisaalta työterveyshuolto ja toisaalta työpaikan päihderyhmä + esimiehet) kautta työpaikoille annettuna. Yhteen kunnista AHA-toimintatapa vietiin kunnan työterveyshuollosta vastaavan terveystalouden tuottajan nimeämän työterveyshoitajan kautta, joka osallistui Työterveyslaitoksen kouluttajien toteuttamaan AHA-valmennukseen. Toiseen kuntaan toimintatapa vietiin päihderyhmälle ja esimiehille, joiden valmennuksen toteutti Työterveyslaitos. Kolmas kunta toimi verrokkina, joka ei saanut tutkimusaikana valmennusta kumpaakaan kautta, vaan vasta sen päätyttyä. Myös näiden kuntien työterveyshuollosta vastaavien yksiköiden henkilöstöt osallistuivat tutkimukseen.

Kolmesta tutkimukseen osallistuneesta teollisuusyrityksestä yksi oli konserni, josta osallistui tutkimukseen kuusi eri tehdasta työterveyshuoltoineen. Jokaisesta työter-

veyshuoltoyksiköstä osallistui työterveyshoitaja Työterveyslaitoksen järjestämään AHA-koulutukseen. Toisessa yrityksessä AHA-koulutuksen saivat Työterveyslaitoksen kouluttajilta päihderyhmä ja esimiehet. Kolmannen yrityksen oli tarkoitus toimia verrokkina kahdelle ensin mainitulle ja saada AHA-valmennus vasta loppukyselyn jälkeen. Yritys kuitenkin irtautui hankkeesta ajan puutteeseen vedoten ennen loppukyselyä. Työpaikkoja oli mukana tutkimuksessa teollisuuskonsernin kuusi tehdasta mukaan lukien kaikkiaan 12 alkukyselyssä ja 11 loppukyselyssä.

## 4.3 Aineistot ja menetelmät

### 4.3.1 Tutkimusaineistot

Kyselytutkimus toteutettiin alkoholihaittoja työpaikoilla ennalta ehkäisevien optimaalisten toimintatapojen löytämiseksi 12 työpaikalla ja niiden työterveyshuoltoyksiköissä. Vuoden 2011 alkukyselyyn vastasi työpaikoilta 4169 henkilöä (vastausprosentti 44 %) ja työterveyshuoltoyksiköistä 160 (51 %), loppukyselyyn vastaavasti vuonna 2013 työpaikoilta 3508 henkilöä (35 %) ja työterveyshuoltoyksiköistä 68 henkilöä (28 %). Sekä alku- että loppukyselyyn vastaajia oli kaikkiaan 1323.

Työpaikoista kolmelle (teollisuusyritys, kuntaorganisaatio ja yliopiston henkilöstö) uusi toimintatapa vietiin Työterveyslaitoksen kouluttajien valmentamien päihderyhmien ja esimiesten välityksellä, seitsemälle (kuusi suureen yrityskonserniin kuuluvaa tehdasta ja yksi kuntaorganisaatio) Työterveyslaitoksen kouluttajien valmentamien työterveyshoitajien välityksellä. Lisäksi valmennettiin 12 hengen ryhmä työterveyshoitajia viemään oppimaansa itse valitsemiinsa asiakasyrityksiin. Heistä yksi vei AHA-toimintamallia edellä mainittuun kuntaan, muut itse valitsemaansa asiakasyritykseen. Tutkimukseen osallistui myös kaksi verrokkityöpaikkaa, joille luvattiin valmennus vasta tutkimuksen lopulla. Toinen työpaikoista kuitenkin irtautui hankkeesta ennen loppukyselyä.

Alkukyselyyn vastanneista oli naisia 64 % ja miehiä 36 %. Iältään vastaajat olivat keskimäärin 46 vuotta, ja 39 %:lla heistä oli koulutuksenaan korkeakoulututkinto. Työyhteisö, jossa vastaajat työskentelivät, oli keskimäärin kooltaan 10–20 henkilöä. Tätä pienemmissä ja samoin suuremmissä työyhteisöissä työskenteli vastaajista noin kolmannes (30 %). Kaikista vastaajista 89 % oli vakinaisessa työsuhteessa. Vastaajien työtehtävät jakautuivat ylimpään tai keskijohtoon (8 %), asiantuntijoihin (14 %), työnjohtoon (14 %) ja työntekijöihin (65 %). Loppukyselyyn vastanneista vastaavasti oli naisia 70 % ja miehiä 30 %. Iältään vastaajat olivat keskimäärin 48 vuotta, ja 37 %:lla heistä oli koulutuksenaan korkeakoulututkinto. Ylimpään tai keskijohtoon kuului 6 %, asiantuntijoihin 11 %, työnjohtoon 12 % ja työntekijöihin 71 % kaikista.



Koska AHA-valmennusinterventio vaikutti kohdistui koulutettujen välityksellä työpaikkojen koko henkilöstöön, eli myös uusiin tulokkaisiin, perustuvat tässä julkaisussa esitetyt sekä työpaikkojen että työterveyshuoltojen tutkimustulokset pääosin kaikkien interventio kohteena olevien henkilöiden vastauksiin vuosina 2011 ja 2013. Tuloksia on tarkasteltu myös niiden vastaajien suhteen, jotka olivat samat molempina tutkimusajankohtina. Molempina vuosina vastanneiden tutkimusaineisto on kuitenkin koko tutkimusaineistoa huomattavasti suppeampi.

### 4.3.2. Tutkimusmenetelmät

#### AHA-valmennuksen vaikuttavuuden mittarit

AHA-valmennuksen vaikuttavuutta alkoholihaittoja ehkäisevien käytäntöjen kehittymiseen työpaikoilla ja työterveyshuolloissa tarkasteltiin seuraavassa esiteltävissä muuttujissa ja summamuuttujissa tapahtuneiden muutosten avulla. Seuraavassa muuttujaluettelossa on esitetty suluissa kyselylomakkeissa käytetyt asteikot ja muuttujista muodostettujen summamuuttujien kohdalla lisäksi Cronbachin alfa kertoimet ( $\alpha$ ).

- Henkilöstön päihteiden käyttöön (alkoholi, tupakointi, huumeiden käyttö, lääkkeiden) liittyvien alkoholihaittojen havaitsemisen määrä (ei koskaan — päivittäin)
- Alkoholihaittojen laatu ( $\alpha=.95$ ) (ei koskaan — päivittäin)
- Alkoholihaittoja ehkäisevä työ (ei lainkaan — erittäin paljon)
- Alkoholihaittoja ehkäisevän työn tarve (ei lainkaan — erittäin paljon)
- Tiedon, neuvonnan ja ohjauksen antaminen (ei koskaan, yli 2 vuotta sitten, viimeisen 2 vuoden aikana)
- Tiedon ja taidon määrä alkoholiasioissa ( $\alpha=.80$ ) (ei lainkaan — erittäin paljon)
- Tiedon saaminen eri tilanteissa työpaikan käytännöistä alkoholiasioissa (ei koskaan, yli 2 vuotta sitten, viimeisen 2 vuoden aikana)
- Päihteitä koskevien sääntöjen, asiakirjojen ja työkalujen tuntemus (en tiedä onko — tunnen hyvin)
- Työyhteisön suhtautuminen alkoholiasioihin työyhteisössä ( $\alpha=.74$ ) (täysin eri mieltä — täysin samaa mieltä)
- Oma suhtautuminen alkoholiasioihin työyhteisössä ( $\alpha=.64$ ) (täysin eri mieltä — täysin samaa mieltä)
- Alkoholin käyttö erilaisissa työtilanteissa ( $\alpha=.80$ ) (ei koskaan — aina tai lähes aina)
- Alkoholin riskikäyttö (Audit-C)
- Arvio omasta alkoholinkäytöstä (1–4: raitis, kohtuukäyttäjäksi, suurkuluttajaksi, alkoholiriippuvainen)
- Osallistuminen alkoholihaittoja ehkäisevään työhön (ei lainkaan — paljon).

## **AHA-toimintatavan käytäntöön viemisen esteet ja edisteet**

Esteitä AHA-toimintatavan käytäntöön viemiselle tutkittiin 10 muuttujasta muodostetulla summamuuttujalla ( $\alpha=.95$ ) ja edisteitä 12 muuttujasta muodostetulla summamuuttujalla ( $\alpha=.92$ ), molempia 5-portaisella asteikolla: ei lainkaan – erittäin paljon.

### **Muut muuttujat**

Muina tietoina vastaajilta kerättiin mm. seuraavia työhön liittyviä tietoja: työn luonne, työn rasittavuus, työtyytyväisyys, harkinta oman alkoholinkäytön vähentämiseksi, ja työskentely vajaakuntoisena: päihtyneenä, krapulassa, väsyneenä, sairaana (ei koskaan – päivittäin). Taustatietoina kysyttiin vastaajan työyhteisön kokoa, työtehtäviä, työsuhdetta sekä sukupuolta ja ikää.

### **Tilastolliset menetelmät**

Alkoholihaitoissa tapahtuneiden muutosten eroja testattiin ennen – jälkeen asetelmassa T-testeillä ja varianssianalyyseillä. Summamuuttujat muodostettiin faktorianalyysin (varimax -rotaatio). Selitettävissä muuttujissa tapahtuneita muutoksia, kuten esimerkiksi alkoholihaittojen ehkäisemiseksi tehdyn työn lisääntymistä, selitettäessä käytettiin regressioanalyysiä (forward).

## **4.4. Tulokset**

### **4.4.1. AHA-toimintatavan käytäntöön viemisen vaikuttavuus**

#### **4.4.1.1. Havainnot alkoholihaitoista**

Vuoden 2013 kaikista vastaajista vähän harvempi oli havainnut haittoja alkoholista työyhteisössään kuin vuoden 2011 kaikista vastaajista. Haittoja havainneiden osuus oli pudonnut 43 prosentista 41 prosenttiin. Eniten haittoja havaittiin edelleen tutkimuksen miesvaltaisilla työpaikoilla, joissa haittoja havainneiden määrä oli myös laskenut vähiten. Molempina vuosina kyselyyn vastanneilla oli tapahtunut suuri muutos alkoholinkäyttöön liittyvien haittojen havaitsemisessa työyhteisössään. Heistä, jotka olivat havainneet haittoja vuonna 2011, runsas viidennes (22 %) ei havainnut niitä enää vuonna 2013. Toisaalta taas heistä, jotka eivät olleet havainneet alkoholista haittoja aiemmin, suunnilleen sama osa (23 %) oli niitä havainnut vuonna 2013.

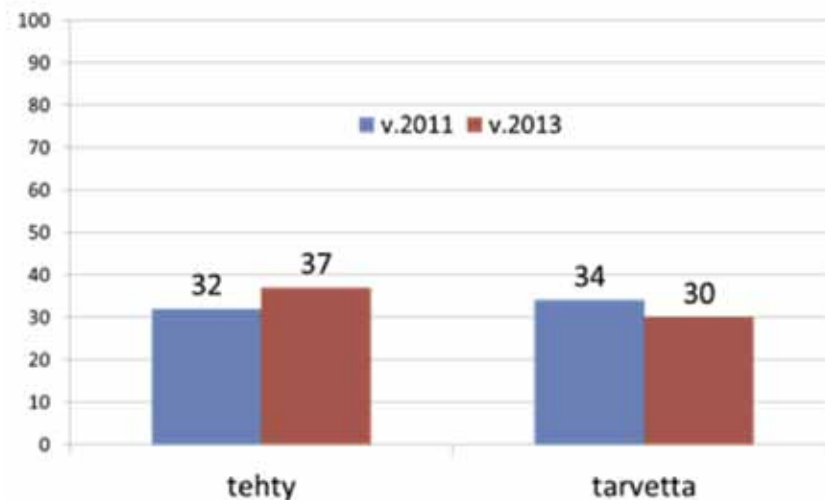
Myös tutkimuksessa kysytyt eri alkoholihaitat jakoutuivat niihin, joiden havaitseminen oli vähentynyt ja niihin, joiden havaitseminen oli lisääntynyt. Aiempaa harvempi vastaaja kaikista oli havainnut vuonna 2013 haittoja, jotka työpaikalla yleensä näkyvät selvemmin kuin muut haitat. Tällaisia olivat esim. päihtyneenä työskentely (13 %),

alkoholin haju hengityksessä (31 %), alkoholin aiheuttama myöhästely ja poissaolot (34 %). Myös haittaa työyhteisössä alkoholin takia omalle työlle oli havainnut harvempi (18 %) kuin aiemmin. Aiempaa useampi taas oli havainnut vaikeammin havaittavissa olevia haittoja, kuten esim. krapulaa (39 %), alkoholisyyistä tapahtuneita töiden laiminlyöntiä tai tehottomuutta (31 %), ihmissuhdevaikeuksia (30 %), tulosten heikentymistä (27 %). Aiempaa useampi (20 %) piti myös sattuneita tapaturmia ja ”läheltä piti -tilanteita” alkoholista johtuvina haittoina.

#### 4.4.1.2. Alkoholihaittoja ehkäisevän työn toteutuminen ja tarve

Alkoholihaittoja ehkäisevän työn tekemisen katsottiin työpaikoilla lisääntyneet AHA-hankkeen aikana ja samalla tarpeen ehkäisevälle työlle vähenneen. Molempina vuosina vastanneista nyt puolet (50 %) aiemman 38 %:n sijaan koki ehkäisevää työtä tehdyn työpaikallaan vähintäänkin jonkin verran. Intervention kohteena olleiden työpaikkojen kaikista vastaajista, uudet tulokkaat mukaan lukien, kuitenkin ennalta ehkäisevää työtä oli tehty vain runsaan kolmanneksen mukaan vähintään jonkin verran. Heistä suurin osa koki edelleen, kuten hankkeen alussakin, ettei sitä ole tehty lainkaan tai on tehty vain vähän. Tarve alkoholihaittoja ehkäisevälle työlle oli vastaavasti vähentynyt (kuvio 4).

#### Alkoholihaittoja ehkäisevän työn toteutuminen ja tarve (% vähintään jonkin verran)

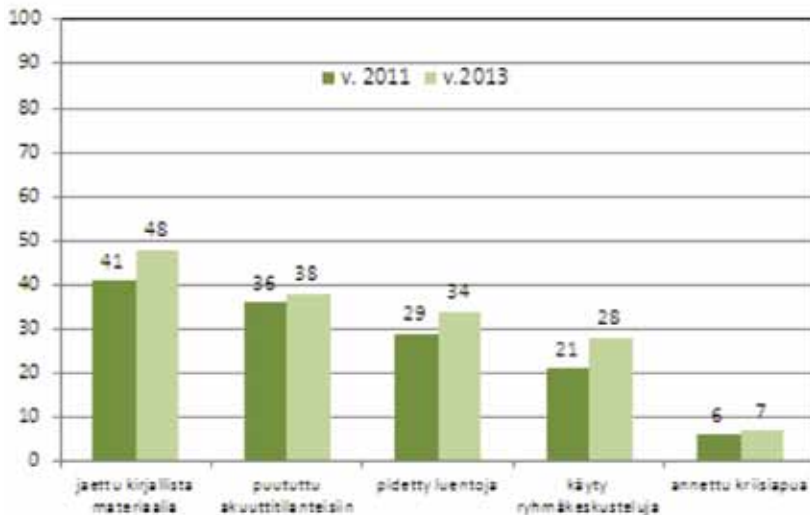


Kuvio 4: Alkoholihaittoja ehkäisevän työn toteutuminen ja tarve

#### 4.4.1.3. Työpaikoilla alkoholisioissa annettu tieto, neuvonta ja ohjaus

Työpaikoilla tieto ja taito alkoholisioissa oli merkitsevästi lisääntynyt hankkeen aikana. Alkoholisioihin liittyvää tietoa, neuvontaa ja ohjausta oli annettu viimeisen kahden vuoden aikana työpaikoilla enemmän kuin kahtena niitä edeltävänä vuonna. Vastaajista lähes puolet koki työpaikallaan vuonna 2013 jaetun alkoholisioihin liittyvää kirjallista materiaalia joskus, kolmasosan työpaikalla pidetyn joskus aiheesta luentoja ja runsas neljännes työpaikallaan käydyn aiheesta ryhmäkeskustelua. Edelleenkin kuitenkin enemmistö kaikista ei ollut saanut valmennusta mistään näistä (kuvio 5). Niiden vastaajien määrä, jotka kokivat työpaikallaan jaetun aiheeseen liittyvää kirjallista materiaalia, pidetyn luentoja esim. henkilöstötilaisuudessa tai käydyn ryhmäkeskustelua viimeisen kahden vuoden aikana, oli kuitenkin nyt kaksinkertainen viime vuonna edeltäviin kahteen vuoteen verrattuna.

Annettu tietoa, neuvontaa ja ohjausta (%)



Kuvio 5. Annettu tieto, neuvonta ja ohjaus alkoholisioissa

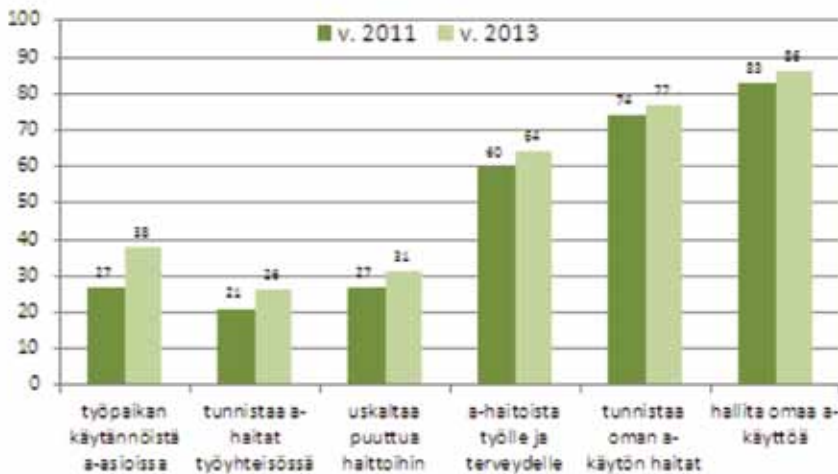
Millaisen tiedon saaminen sitten oli lisääntynyt henkilöstön näkökulmasta? Eniten oli edelleenkin, ja useammalla vastaajalla kuin hankkeen alkaessa, tietoa alkoholin haitoista työlle ja terveydelle yleensä. Runsaat kaksi kolmasosaa tiesi niistä paljon tai erittäin paljon. Toisaalta heitäkin vielä oli (7 %), jotka eivät tienneet lainkaan tai tiesivät vain vähän näistä asioista. Säännöistä sen sijaan oltiin jo paremmin perillä, sillä 64 % tunsi niitä joko jonkin verran tai hyvin. Myös tieto työpaikan käytännöistä alkoholisioissa

oli parantunut merkittävästi. Kun aiemmin runsas neljännes oli perillä työpaikkansa käytännöistä alkoholisioissa, niin AHA-hankkeen lopulla käytännöistä oli tietoa paljon tai erittäin paljon jo 38 %:lla kaikista. Myös tieto siitä, miten toimia tarvittaessa, oli työpaikoilla lisääntynyt. Hankkeen alussa lähes kolmannes (31 %) vastaajista ei tiennyt miten toimia, mutta hankkeen lopulla enää neljännes (24 %) ei tiennyt sitä.

Taidot alkoholisioiden suhteen olivat nekin kehittyneet työpaikoilla hankkeen aikana. Esimerkiksi taito hallita omaa alkoholinkäyttöä ja tunnistaa sen haitat katsottiin molemmat edelleen hyväksi, ja ne onnistuivat nyt merkittävästi useammalta kuin aiemmin. Myös taito ja uskallus puuttua alkoholihaittoihin omassa työyhteisössä olivat parantuneet, joskaan runsas kolmannes ei tätä taitoa vielä hallinnut. Alkoholihaittoja työyhteisössään pystyi tunnistamaan hyvin vasta neljännes. (Kuvio 6).

## Millaista tietoa ja taitoa

(% paljon tai erittäin paljon)



Kuvio 6: Tieto ja taito alkoholisioissa

Tilanteita, joissa aiempaa useampi oli saanut viimeisen kahden vuoden aikana tietoa työpaikkansa käytännöistä alkoholisioissa, olivat terveystarkastukset, päihdeohjelman teko tai päivittäminen, työpaikan intranet, henkilöstötilaisuudet ja kriisi- tai onnettomuustilanteet. Esim. terveystarkastuksessa käyneistä 38 % ja sairausvastaanotoilla käyneistä joka viides oli saanut tietoa työpaikkansa käytännöistä alkoholisioissa. Työkavereiden kesken sen sijaan oli aiheesta keskustellut viimeisen kahden vuoden

aikana puolet heistä, joilla työkavereita oli, kun sitä ennen näin oli tehnyt vain 15 % vastaajista. Intranetin kautta tiedon saaminen työpaikan käytännöistä oli lisääntynyt: nyt tietoa oli saanut 30 % aiemman 7 %:n sijaan. Toisaalta esimerkiksi työhönottolanteissa olleista vain neljäsosa oli saanut tietoa työpaikan käytännöistä alkoholi-asi- oissa, työhön perehdytyksessä olleista viidesosa ja kehityskeskusteluissa käyneistä kuudesosa (kuvio 7).



Kuvio 7: Työpaikan alkoholikäytännöistä eri tilanteissa saatu tieto

#### 4.4.1.4. Päihteitä koskevien asiakirjojen ja työkalujen tuntemus

Päihdeohjelman tuntemus oli parantunut merkittävästi työpaikoilla kahdessa vuodessa. Valmennuksen alkaessa työpaikkansa päihdeohjelmaa tunsivat vähintään jonkin verran neljäsosa (24 %), kun taas valmennuksen jälkeen sen tunsivat jo lähes puolet (48 %) kaikista vastaajista. Myös heidän joukossaan, jotka vastasivat kyselymme molemmilla kerroilla (N=1286), päihdeohjelmaa tuntevien osuus oli noussut 31 %:sta 45 %:iin.

Päihdeongelman hoitoonohjaussopimus -mallin tunsivat kaikista vastaajista hankkeen alussa neljäsosa ja päättyessä 30 %, hoitoonohjaussopimus-ohjeeseen 37 %. Asiaa kysyttiin vain hankkeen lopussa. Työsuojelun toimintaohjeen tuntevien osuus oli sen sijaan pysynyt samana kuin aiemmin, eli 29 %:ssa. Alkoholihaittojen ehkäisemiseksi käytetyt

työkalut oli tullut vain harvoille tutuiksi, ehkä niitä työssään tarvitseville tahoille. A-Step, AUDIT-kysely, Juomapäiväkirja ja Työterveyslaitoksen [www.ttl.fi/alkoholijatyo](http://www.ttl.fi/alkoholijatyo) -sivut jäivät vielä valtaosalta vastaajista pimentoon.

#### **4.4.1.5. Suhtautuminen alkoholiasioihin työpaikalla**

##### **Omat asenteet pysyneet samoina**

Vastaajien oma suhtautuminen alkoholiasioihin työpaikalla oli pysynyt kahden vuoden seuranta-ajan pääosin samana. Edelleen oltiin sitä mieltä, että tilanteeseen kuuluu puuttua, jos alkoholi haittaa työntekoa (98 %), ja ettei alkoholin käyttö ja sen haitat työlle ole pelkästään yksityisasiasia (89 %). Alkoholista kuuluu valtaenemmistön mukaan myös puhua työpaikalla ajoissa, ennen kuin ongelmia siitä ilmenee (82 %). Toisaalta alkoholiasioita oli käsitelty riittävän usein työpaikan henkilöstölehdessä, tyky -päivässä tai muussa vastaavassa tilanteessa vuoden 2013 vastaajista suuremman osan mukaan (30 %) kuin vuoden 2011 vastaajista (21 %).

##### **Työyhteisön asenteet parantuneet**

Työyhteisönsä suhtautumisen alkoholiasioihin vastaajat katsoivat merkitsevästi muuttuneen joiltain osin hankkeen aikana. Valmennusjakson jälkeen alkoholia ja sen haittoja työlle ja työhyvinvoinnille käsiteltiin aiempaa enemmän työpaikan henkilöstölehdessä, tyky-päivässä tai muussa tilanteessa kuin aiemmin. Sen sijaan työpaikan juhlissa tai muissa tapahtumissa aiempaa harvempi koki runsaan alkoholinkäytön sallituksi. Edelleenkin kuitenkin vain runsaat puolet kaikista koki, että haittoihin puututaan silloin, kun niitä havaitaan. Myös sama osuus kuin aiemmin, eli kolme neljäsosaa kaikista, koki tietoa alkoholinkäytön vaikutuksista terveyteen ja työkykyyn olevan helposti saatavilla. Joka kymmenes oli kuitenkin tästä eri mieltä.

#### **4.4.1.6. Alkoholin käyttö**

##### **Alkoholin käyttö työtilanteissa**

Alkoholin käyttö erilaisissa työtilanteissa oli pääosin vähentynyt. Vastaajista 13 % käytti joskus alkoholia työpaikallaan. Heidän osuutensa oli pysynyt samana vuodesta 2011. Erilaisissa työtilanteissa, kuten etätöissä, edustustehtävissä, asiakastilaisuuksissa ja työmatkoilla alkoholinkäyttö sen sijaan oli vähentynyt. Kuitenkin esim. työmatkoilla alkoholia käytti vähintäänkin joskus edelleen suuri osa, hieman pienempi osa edustustehtävissä, asiakastilaisuuksissa ja etätöissä (kuvio 8).



Kuvio 8: Alkoholin käyttö eri työtilanteissa

### Alkoholin riskikäyttö

Alkoholin riskikäyttäjien määrä kaikilla interventiotyöpaikoilla yhteensä oli AUDIT-C –mittarilla mitattuna laskenut 17,7 prosentista 16,6 prosenttiin. Omat arviot alkoholin käytöstä osoittivat samaa. Raittiiksi itsensä arvioivien osuus oli noussut 20 %:iin aiemman 18 sijaan. Samalla kohtuukäyttäjiksi itsensä arvioineiden osuus oli laskenut 80 %:sta 78 %:iin, ja suurkuluttajiksi itsensä arvioineiden osuus laski 2 %:sta 1 %:iin.

Myös AHA –kyselyyn molemmilla tutkimuskerroilla (v. 2011 ja v2012) vastanneiden alkoholinkäytössä ilmeni merkitseviä muutoksia vuodesta 2011 vuoteen 2013. Vuonna 2011 riskikäyttäjiksi osoittautuneista, joita oli 16 %, runsas neljännes ( 27%) ei enää vuonna 2013 ollut riskikäyttäjiä. Samalla kuitenkin heistä, joilla ei vielä vuonna 2011 ilmennyt riskikäyttöä, osalla (7 %) ilmeni sitä vuonna 2013.

Työpaikoittain alkoholin riskikäytössä oli merkitseviä eroja. Riskikäyttö oli vähentynyt erityisesti yliopiston henkilöstön keskuudessa. Molemmilla miesvaltaisilla teollisuustyöpaikoilla riskikäyttö sen sijaan oli pysynyt ennallaan. Kuntatyöpaikoista verrokkityöpaikkana olleen kunnan henkilöstön alkoholin riskikäyttö oli kahden vuoden seuranta-aikana lisääntynyt, kun taas niissä kuntaorganisaatioissa, joihin AHA-toimintatapa oli viety joko työterveyshuollolle tai päihderyhmälle ja esimiehille annetun valmennuksen kautta, alkoholin riskikäyttö oli pysynyt ennallaan.



#### 4.4.1.7. Työterveyshuoltoyksiköiden käytännöt

Alkoholinkäytön kysyminen oli lisääntynyt merkitsevästi työterveyshuoltoyksiköissä. Eniten alkoholinkäytöstä oli kysytty viimeisen kahden vuoden aikana työterveyshuollon terveystarkastuksissa, kaikkiaan kahdelta kolmasosalta (65 %) tilanteessa käyneistä vastaajista. Erityisesti työterveyshuollon sairaanhoitokäynneillä käyneiden keskuudessa kysyminen oli lisääntynyt huomattavan paljon. Aiemmin alkoholinkäytöstä oli kysytty sairaanhoitokäynneillä vain kuudesosalta kaikista (14 %), mutta nyt jo joka neljäneltä (24 %). Kysyminen oli lisääntynyt myös muun terveydenhuollon käynneillä 17 prosentista 22 prosenttiin työterveyshuollon vastaajista.

Työterveyshuoltoyksiköiden käytännöt muissa asioissa olivat vuodesta 2011 vuoteen 2013 pysyneet vähintäänkin ennallaan. Joissakin niistä oli tapahtunut myös oleellisia parannuksia. Vuonna 2013 työterveyshuollon vastaajista jo 90 % mukaan heidän yksikössään alkoholin käytön kirjaamisesta oli sovittu (aiemmin 75 %), 50 prosentin mukaan asiakkaille annetun neuvonnan vaikutuksia seurataan (aiemmin 40 %). Nyt myös useampi (84 %) oli sitä mieltä, että työterveyshuoltoyksikön sekä sisäinen yhteistyö että tiedonkulku työterveyshuollon eri ammattiryhmien välillä tukevat alkoholihaittoja ehkäisevää neuvontaa (aiemmin 73 % ja 74 %). Kuvio 9.

## Työterveyshuoltoyksiköiden käytäntöjen muutos v. 2011 → v. 2013

Käytännöt parantuneet eniten seuraavissa asioissa:

Alkoholinkäytön kirjaamisesta sovitaan	75 % → 90 %
Neuvonnan vaikutusten seurannasta sovittu	40 % → 50 %
Sisäinen yhteistyö tukee neuvontaa	73 % → 84 %
Tieto kulkee TTH:n ammattiryhmien välillä	74 % → 84 %

Kuvio 9: Työterveyshuollon käytäntöjen muutos

#### 4.4.1.8. Valmennustahon vaikutus käytäntöjen muutokseen

AHA-toimintapaa vietiin työpaikoille toisaalta työterveyshuollon ja toisaalta päihderyhmien ja esimiesten toimesta. Molempia tahoja valmensivat toimintatavan käytäntöön viemiseen Työterveyslaitoksen kouluttajat. Suuria eroja valmennustahojen välillä vaikutuksessa työpaikkojen käytäntöjen muuttumiseen havaittiin vain vähän. Eräs ero ilmeni mm. siinä, että esteet alkoholihaittoja ehkäisevän työn tieltä vähenivät enemmän niillä työpaikoilla, joihin työterveyshoitajat veivät AHA-toimintamallia kuin niissä, joihin sitä veivät päihderyhmät ja esimiehet. Toinen ero valmennustahojen välillä ilmeni siinä, että työyhteisön positiivinen suhtautuminen alkoholiasioiden käsittelyyn työpaikalla oli säilynyt parempana työterveyshuollon kuin päihderyhmän ja esimiesten kautta menetelmää vietäessä.

Kolmesta tutkimukseen kuuluvasta kuntaorganisaatiosta yhteen vietiin AHA-toimintatapa työterveyshuoltoonsa kautta, toiseen päihderyhmänsä ja esimiestensä kautta kolmannen toimiessa verrokkityöpaikkana, jonne toimintatapaa ei viety tutkimuksen aikana, mutta joka toimi omatoimisesti alkoholihaittojen ehkäisemisessä. Työterveyslaitoksen kouluttajat valmensivat kahta ensin mainittua kuntaa viemään AHA-toimintatavan sekä työpaikalleen että työterveyshuoltoonsa. Osoittautui, että eroja kuntien välillä alkoholihaittoja ehkäisevien käytäntöjen muuttumisessa intervention vaikutuksesta ilmeni mm. asenteiden ja alkoholihaittoja ehkäisevän toimintatavan työpaikalla viemisen esteissä. Tutkittujen omat asenteet alkoholiasioihin työpaikallaan muuttuivat kielteisempään suuntaan työterveyshuollon kautta kuin työpaikan päihderyhmän ja esimiesten kautta vietynä, ja verrokkityöpaikalla taas muita positiivisempaan suuntaan. Verrokkikuntaan verrattuna molemmissa kunnissa, joihin AHA-toimintatapa vietiin, työyhteisön suhtautuminen työpaikan alkoholiasioihin arvioitiin valmennuksen jälkeen negatiivisemmaksi. Esteet alkoholihaittoja ehkäisevältä työltä vähenivät kaikissa kunnissa, mutta muita vähemmän kunnassa, johon AHA-toimintatapaa vietiin työpaikan oman päihderyhmän ja esimiesten valmentamisen kautta. Alkoholin riskikäyttö taas oli lisääntynyt verrokkikunnassa, kun taas valmennusintervention kohteena olevissa kunnissa se oli säilynyt ennallaan. Muita eroja alkoholiin liittyvissä käytännöissä ei ilmennyt eri valmennustahojen viemän intervention vaikuttavuudessa.

## 4.5. Alkoholihaittoja ehkäisevän työn esteet ja edisteet

### 4.5.1. Esteet alkoholihaittoja ehkäisevän työn tiellä

Alkoholihaittoja ehkäisevän työn esteet olivat interventiotyöpaikoilla annetun AHA-valmennuksen jälkeen vähentyneet erittäin merkittävästi kautta linjan. Alkoholiasioista puhumisen ja puuttumisen vaikeuden näki alkoholihaittoja haittaavana tai estävänä tekijänä enää runsas neljännes vastaajista (28 %), kun ennen valmennusta näin koki lähes puolet heistä (44 %). Myös työkaverin suojeleminen ja liian myöhäinen puuttuminen haittoihin puuttuminen ehkäisevän työn esteinä olivat merkittävästi pienentyneet, samoin kaikki ehkäisevän työn esteet, joita vastaajilta kysyttiin. Kuitenkin edelleen merkittävä osa kaikista koki sen, että ehkäisevää työtä työpaikalla estää se, ettei tiedetä miten toimia tarvittaessa (kuviot 10).

### Ehkäisevän työn esteet (%)



Kuvio 10: Ehkäisevän työn esteet interventiotyöpaikoilla

Alkoholihaittoja ehkäisevän työn kaikkia tässä tutkittuja esteitä ilmeni vastaajien mukaan eniten kahdella miesvaltaisella työpaikalla (kuvasessa 8: työpaikat 4 ja 5) ja yliopistossa (työpaikka 7), vähiten taas kuntatyöpaikoilla (työpaikat 1–3). Esteiden oli koettu vähentyneen merkittävästi kaikilla työpaikoilla, vähiten kuitenkin yrityksessä, jossa alkoholihaittoja ilmeni eniten (kuvio 11).

## Ehkäisevän työn esteenä:



Kuvio 11: Ehkäisevän työn esteet työpaikoittain

### 4.5.2. Ehkäisevää työtä edistävät tekijät

Alkukyselyssä alkoholihaittoja ehkäisevälle työlle oli mainittu paljon edistäviä tekijöitä. Valtaosa (70–85 %) kaikista katsoi avoimen ilmapiirin, yhteisöllisyyden, asiallisuuden päihdeasioissa ja tiedon alkoholin haitoista ja työpaikan käytännöistä sekä myös esimiesten vastuunoton ja alkoholin käyttöä ehkäisevän työskulttuurin edistävän ehkäisevän työn tekoa työpaikallaan. Hankkeen lopulla näiden tekijöiden nähtiin edistävän alkoholihaittoja ehkäisevää työtä työpaikoilla vähän vähemmän (kuvio 11).

## Ehkäisevän työn edisteet



Kuvio 12: Ehkäisevää työtä työpaikoilla edistävät tekijät

Ehkäisevää työtä edistävät tekijät vaihtelivat kuitenkin työpaikoittain voimakkaasti, jolloin toisilla työpaikoilla ne olivat lisääntyneet, toisilla vähenneet, ja myös eri tekijät olivat alkaneet edistää ehkäisevää työtä eri työpaikoilla.

Esimerkiksi miesvaltaisista teollisista työpaikoista toisessa, jossa panostettiin vahvasti alkoholihaittojen torjumiseksi koko hankkeen ajan, havaittiin avoimen ilmapiirin ja yhteisöllisyyden lisäksi mm. tiedon alkoholin haitoista, yhteistoiminnan eri tahojen välillä, aktiivisen päihdepolitiikan ja nimettyjen päihdeyhdyshenkilöiden edistävän alkoholihaittoja ehkäisevää työtä merkitsevästi enemmän kuin hankkeen alussa. Toisen miesvaltaisen työpaikan, joka koostuu yrityskonsernin kuuden tehtaan henkilöstöistä, tulokset näyttävät edistävien tekijöiden osalta toisenlaisilta. Niissä alkoholihaittoja edistävät tekijät olivat pääosin pysyneet samoina kuin hankkeen alussa, lukuunottamatta asiallisuutta päihdeasioissa ja alkoholin käyttöä tukevaa työkuultuuria, avointa ilmapiiriä ja yhteisöllisyyttä, jotka olivat vähentyneet haittoja edistävinä tekijöinä.

Tutkitussa yliopistossa alkoholihaittoja edistävien eräiden tekijöiden voidaan katsoa voimistuneen, toisten taas heikenneen. Esim. tieto alkoholin haitoista, esimiesten koulutus ja tieto työpaikan käytännöistä alkoholioasioissa edistävät nyt ehkäisevää työtä aiempaa

enemmän. Sen sijaan alkoholinkäyttöä tukematon työkuluttuuri, yhteisöllisyys ja avoin ilmapiiri edistävät ehkäisevää työtä nyt aiempaa vähemmän. Kunnissa taas ehkäisevää työtä edistävät tekijät oli koettu kautta linjan vähäisemmiksi hankkeen lopulla.

Positiiviset muutokset alkoholihaittoja edistävissä tekijöissä, työyhteisön suhtautumisessa alkoholiasioihin, yksilöiden työtyytyväisyydessä, päihdeohjelman tuntemuksessa ja alkoholihaittojen havaitsemisessa selittivät regressioanalyysin mukaan, ehkäisevän työn tarpeen lisääntymisen lisäksi, merkitsevästi (15 %) ehkäisevän työn lisääntymistä työpaikoilla.

## 4.6. Pohdinta

Kyselytutkimus osoitti, että vaikka osan alkoholihaitoista oli havainnut aiempaa pienempi joukko kaikista vastaajista, oli joitakin haittoja taas havaittu aiempaa enemmän. Tällaisia olivat esim. alkoholisyistä tapahtuneet töiden laiminlyönti tai tehottomuus, ihmissuhdevaikeudet, tulosten heikentyminen, töiden viivästys tai pysähtyminen, tapaturmat, ”läheltä piti -tilanteet”, työpaikan imagon menetys ja taloudelliset menetykset. Tämä saattaa johtua siitä, ettei näihin asioihin ole aiemmin osattu yhdistää alkoholia. AHA-hankkeen aikana alkoholiasioiden nousu keskusteluihin on saattanut avata monet silmät katsomaan ja näkemään työyhteisönsä jäsenten tekemisiä tältä kannalta tarkemmin.

Työpaikoilla annettu alkoholiasioihin liittyvä tieto, neuvonta ja ohjaus oli kiitettävästi lisääntynyt. Siitä huolimatta enemmistö vastaajista ei edelleenkään kokenut työpaikallaan annettua alkoholiasioihin liittyvää tietoa, neuvontaa ja ohjausta, esim. kirjallisenä materiaalina, luentoina tai käytyinä ryhmäkeskusteluina. Kun vastaajat eivät tässä asiassa kertoneet muitakaan tiedonsaantitapoja, herättää tämä ajatuksen, että saatu tieto, ohjaus ja neuvonta ovat saavuttaneet vastaajat osin muiden, tutkimuksen ulkopuolisten kanavien, kuten esim. television, radion tai lehdistön kautta. Myös niitä kanavia AHA-hanke on käyttänyt hyväkseen viedäkseen eteenpäin valtakunnallisesti tietoa alkoholihaittoja ehkäisevästä AHA-toimintatavasta eteenpäin.

Kolme neljäsosaa kaikista vastaajista katsoi tietoa olevan helposti saatavilla alkoholinkäytön vaikutuksista terveyteen ja työkykyyn. Kuitenkin kymmenesosa koki vielä olevansa vailla helppoja tietolähteitä tästä asiasta. Tätä tietoa tulisikin saattaa kaikkien ulottuville. Mikä olisikaan parempi foorumi tavoittaa työikäinen väestö kuin työpaikka. Siellä tiedon jakaminen on halpa ja helppo keino informoida henkilöstöä ja näin ehkäistä ennalta alkoholin riskikäytön aloittamista.

Työkavereiden välisissä keskusteluissa oli saanut tietoa työpaikan käytännöistä alkoholiasioissa viimeisen kahden vuoden aikana vastaajista puolet. Sitä edellisinä kahtena vuotena näin oli tapahtunut vain 15 %:lle. Tämä suuri nousu asiasta keskustelleiden

määrässä osoittaa, että hanke siihen sisältyvine valmennuksineen ja kyselytutkimuksineen on koskettanut työyhteisöjä odottamallamme tavalla saaden niissä aikaan kaivattua keskustelua tästä usein niin vaietusta aiheesta työpaikoilla.

Kun hankkeen alkaessa runsas neljännes vastaajista oli perillä työpaikkansa käytännöistä alkoholiasioissa, niin AHA-hankkeen lopulla heitä oli jo 38 % kaikista. Tämä ei kuitenkaan vielä läheskään riitä, sillä jokaisen tulisi tietää työpaikkansa käytännöt ja myös sitoutua niihin: uusien tulokkaiden jo heti työhön perehdytyksen yhteydessä, muiden työterveyshuollon käynneillään tai työpaikan siihen sopivissa tilanteissa.

Myös intranetin käyttö oli tullut työpaikoilla aiempaa paremmin hyödynnetyksi alkoholiasioissa, sillä sen kautta tietoa työpaikan käytännöistä oli saanut nyt 30 %, aiemman 7 %:n sijaan. AHA-hanke on herättänyt näin laajemminkin työpaikoilla runsaasti keskustelua, mikä on ilmeisesti ollut vaikuttamassa siihen, että käytännöt ovat monilta osin muuttuneet positiiviseen suuntaan.

Alkoholihaittojen hallintaan kehitetty A-Step -työkalu jäi vielä muiden alkoholihaittoja ehkäisemään tarkoitettujen työkalujen ohella pimentoon valtaosalta vastaajista. Työkalu oli nimenomaan tarkoitettu käytettäväksi yhdessä henkilöstön kanssa. A-Stepin tuntemattomuus henkilöstöjen keskuudessa osoittanee sen, että alkoholihaittoja ehkäisevää työtä tekee työpaikoilla yhä vain pieni ryhmä, joka ei ole vielä onnistunut saamaan koko henkilöstöä mukaan yhteiseen alkoholihaittojen torjuntaan. Se on kuitenkin tärkeä edellytys henkilöstöjen sitoutumiselle yhteisiin sääntöihin ja käytäntöihin alkoholiasioissa.

Kolmen kunnan vertailussa ilmeni, että työyhteisön suhtautumista alkoholiasioihin työpaikalla arvioitiin negatiiviseen suuntaan molemmissa valmennuksen saaneissa kunnissa verrattuna verrokkikuntaan. Tämä kuvanee valmennettujen tahojen vaikeaa tehtävää viedä alkoholihaittoihin liittyvää valistusta työpaikoille. Toisaalta kehittäjien silmät avautuvat näkemään asenteiden muuttumisen hitauden esteenä ehkäisevälle työlle.

Hankkeen lopulla eräiden alkoholihaittoja ehkäisevää työtä edistävien tekijöiden nähtiin edistävän ehkäisevää työtä työpaikoilla jopa vähän vähemmän kuin hankkeen alkaessa. Eryityisesti tämä korostui kuntatyöpaikoilla. Tämä saattaa selittyä sillä, että on alettu huomaamaan, ettei kaikista ehkäisevää työtä alussa edistäviksi koetuista tekijöistä olekaan ollut niin suurta apua kuin luultiin. Saatua tietoa ja ehkäisevän työn eteenpäin vieminen hankkeen aikana onkin saattanut tuoda asiasta toisenlaisen kuvan. Kaikkia interventiotyöpaikkoja yhteensä koskeva tulos tästä ei sanokaan koko totuutta, vaan erot vaihtelevat työpaikoittain siinä, mihin suuntaan edisteet ovat menneet, lisääntyneet vai vähentyneet. Tutkimuksen työpaikkakohtaiset tulokset antavatkin työpaikoille suurimman hyödyn niiden alkoholihaittojen hallintaan saamiseksi.

Alkoholihaittoja edistävien tekijöiden paraneminen, päihdeohjelmien tuntemuksen lisääntyminen, työyhteisöiden asenteiden paraneminen alkoholiasioiden puheeksi ottamiseen ja yksilöiden työtyytyväisyyden lisääntyminen liittyivät merkitsevästi vastaajien kokemuksiin siitä, että alkoholihaittoja ehkäisevää työtä on tehty heidän työyhteisössään aiempaa enemmän. Tämä osoittaa AHA-toimintamallin implementoinnin alkaneen jo näkyä työpaikoilla. Se antaa hyvän lähtökohdan ehkäisevän työn jatkamiselle tutkimustyöpaikoilla myös hankkeen päätyttyä ja samalla kannustaa toimintamallin viemiseen myös yhä uusille työpaikoille. Työkaluja alkoholihaittojen ehkäisyyn on saatavissa Työterveyslaitoksen internetsivuilta [www.ttl.fi/alkoholijatyo](http://www.ttl.fi/alkoholijatyo).

Tutkimuksen vastausprosentti jäi melko matalaksi. Tämänkaltaisessa tutkimuksessa, jossa tutkittava asia koetaan araksi ja vaietuksi aiheeksi, sitä voidaan kuitenkin pitää kohtalaisena ja vastaajien lopullisen, suhteellisen suuren määrän perusteella myös riittävänä. Aiheen huomioon ottaen on mahdollista, että tutkimukseen ovat saattaneet jättää vastaamatta tutkimuskohteista muita enemmän henkilöt, joiden mukaan alkoholiasioista ei kuulu puhua työpaikoilla.

Työpaikoilla on tapahtunut AHA-hankkeen aikana alkoholihaittoja ehkäisevissä käytännöissä useita merkittäviä muutoksia, jotka voidaan laskea ainakin osittain annetun tiedon ja valmennuksen ansioksi. Myös alkoholihaitoista tehty laajamittainen kysely on ollut ilmeisesti vaikuttamassa käytäntöjen muuttumiseen alkoholihaittoja ehkäisevämmiksi, samoin kuin AHA-hankkeen tiedotusvälineiden kautta ja valmennuksen avulla levittämä tieto alkoholihaitoista ja niiden ennalta ehkäisemisestä työpaikoilla.



## 5 PROSESSIARVIOINTI

### 5.1. Johdanto

AHA-valmennukset ovat vaikuttaneet hankkeessa mukana olevien toimijoiden työskentelyyn sekä yksilöllisellä että yhteisöllisellä tasolla ja synnyttäneet useita limittäisiä muutos- ja oppimisprosesseja. Siksi prosessiarviointia on toteutettu kahdesta eri viitekehystä käsin. Tutkimusaineistoa on tarkasteltu yhtäältä selontekoina AHA-hankkeen aikana toteutuneesta toiminnasta, jonka avulla on tuotettu kuvauksia implementoinnin etenemisestä työpaikoilla sekä siihen vaikuttaneista tekijöistä. Toisaalta aineistoa on tarkasteltu vuorovaikutusprosessina ja selvitetty, minkälaisia kulttuurisia muutoksia hanke on synnyttänyt osallistujien keskuudessa.

Prosessiarvioinnin ensimmäisen osan tulokset käsittelevät implementointiprosesseja pilottityöpaikoissa tehtävässä kehittämistyössä: sitä, miten AHA-toimintatapaa on juurrutettu osaksi pilottityöpaikkojen toimintakäytäntöjä, ja minkälaisia haasteita tai edistäviä tekijöitä prosessin eri vaiheissa on työyhteisöissä koettu tai arvioitu kohdattavaksi tulevaisuudessa. Arviointi osoittaa, että implementoinnin onnistuminen edellyttää työyhteisön avainhenkilöiden sujuvaa yhteistyötä ja aktiivista vastuunottoa toiminnasta.

Alkoholikulttuuria ja erityisesti sen muuttumiseen vaikuttavia tekijöitä on tarpeen hahmottaa myös siitä näkökulmasta, miten yhteisön jäsen toimii ja vaikuttaa yhteisönsä. (Mäkelä ym. 2009, Soikkeli ym. 2011, Warsell 2012.) Siksi on mielekästä tutkia AHA-valmennukseen osallistujia implementoinnin avainhenkilöinä omista työyhteisöissään. Prosessiarvioinnin toisessa osassa selvitetään, minkälainen käsitys valmennuksen osallistujilla on toiminnastaan ja toimintansa mahdollisuuksista yhteisöissään, ja miten käsitykset muuttuvat valmennusprosessin edetessä. Tulokset osoittavat, että osallistujien käsityksissä toimintatavoista ja -mahdollisuuksista tapahtuu muutoksia, jotka vähitellen johtavat siihen, että he alkavat vaikuttaa työyhteisön alkoholikulttuuriin uudella tavalla.

### 5.2. Aineisto ja arvioinnin menetelmät

Tutkimusaineisto kerättiin kolmen Työterveyslaitoksen järjestämän Alkoholihaitat hallintaan (AHA) -valmennuskokonaisuuden yhteydessä. Näihin valmennuksiin on osallistunut yhteensä 33 osallistujaa, jotka on jaettu valmennusryhmiin seuraavasti:

- Työyhteisö A, josta valmennukseen on osallistunut työsuojelun, henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon edustajia ja joitakin esimiehiä.
- Työyhteisö B, josta valmennukseen on osallistunut eri aluetoimipisteiden työterveyshoitajia.
- Työterveyspalveluyrityksessä työskentelevät työterveyshoitajat, joilla on kullakin omat asiakastyöpaikat.

Kussakin valmennuskokonaisuudessa on ollut noin puolen vuoden aikana kuusi tapaamista, joista viitenä kerättiin aineistoa tunnin mittaisissa keskusteluissa kunkin tapaamisen alkuvaiheessa. Lisäksi aineistoa kerättiin puolen vuoden kuluttua valmennusjakson päättymisestä järjestetyissä lopputapaamisissa, joihin osallistui yhteensä 23 henkilöä. Keskustelut videoitiin kahdella videokameralla. Yhteensä aineistoa kertyi noin 27 tuntia. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä työterveyshuollon edustajia oli kolme neljäsosaa, joten heidän näkökulmansa painottuu väistämättä tutkimustuloksissa. Analyysia varten aineisto litteroitiin eli muutettiin tekstiksi, ja anonymisoitiin eli poistettiin tai muutettiin tunnistetietoja.

Alkoholinkäyttö ja siihen liittyvät kokemukset ovat arkaluontoinen aihe, joka asettaa haasteita myös tutkimuksen kannalta. Tässä tutkimuksessa aineistonkeruu on toteutettu AHA-valmennusprosessiin sisäänrakennettuna ryhmäkeskusteluna. Keskustelua vetivät AHA-hankkeen kouluttajat, jotka vastasivat myös aineiston tallentamisesta. Tutkija oli läsnä vain seurantatapaamisissa. Keskustelun runko oli jokaisella kerralla sama, joten tilanne tuli prosessin aikana tutuksi. Keskustelun pohjana ei ollut tavanomaisia haastattelukysymyksiä, vaan edellisellä koulutuskerralla annetut, työpaikoilla suoritettaviksi tarkoitetut välitehtävät. Aineistonkeruutapa tuotti rikasta aineistoa, jota voidaan analysoida myös vuorovaikutusaineistona. Ryhmäläisten kanssa tehtiin suullinen sopimus, että tapaamisissa puhutuista yksityisasiosta ei puhuta ulkopuolisille. Ryhmissä muodostui luottamuksellinen ilmapiiri, joka rohkaisi kokemusten jakamiseen. Vaikka ryhmähaastattelujen aiheena oli ensisijaisesti valmennukseen osallistuneiden henkilöiden toiminta työyhteisöissään ja asiakastyössä, puhujat toivat julki myös yksityiselämäänsä liittyviä seikkoja. Tällaisia puheenvuoroja on käytetty tutkimusanalyysissa, mutta tutkimushenkilöiden yksityisyyden suojaamiseksi yksityiselämää koskevia, tunnistamisen mahdollistavia laajoja aineisto-otteita ei käytetä tuloksia raportoitaessa. Osa tutkimukseen osallistuneista työyhteisöistä on ilmoittanut julkisesti olevansa mukana AHA-hankkeessa. Tutkimusraportissa työyhteisöjen nimiä, toimialoja tai toiminta-alueita ei kuitenkaan tuoda julki. Tutkimushenkilöiden anonymiteetin vahvistamiseksi puhujia ei ole yksilöity ja ammattinimikkeet on jätetty mainitsematta, milloin se ei otteen ymmärtämisen vuoksi ole ollut välttämätöntä. Aineisto-otteissa esiintyvät nimet ovat pseudonyymejä, ja murreilmaisuja on muokattu yleiskielisemmiksi.

Prosessiarviointi on toteutettu kahdessa osassa eri viitekehyksistä käsin hyödyntäen eri analyysimenetelmiä. Prosessiarvioinnin ensimmäisessä osassa aineistoa tarkasteltiin selontekoina toiminnasta, ja tutkittiin laadullisen sisällönanalyysin avulla, miten AHA-toimintatapaa on juurrutettu osaksi pilottityöpaikkojen toimintakäytäntöjä, ja arvioitiin, minkälaisia haasteita tai edistäviä tekijöitä prosessin eri vaiheissa on työyhteisöissä koettu tai ennakoitu kohdattavaksi tulevaisuudessa. Aineistossa esiintyviä puheenvuoroja luokiteltiin deduktiivisesti aikaisemman implementointitutkimuskirjallisuuden perusteella muodostettuihin luokkiin, sekä induktiivisesti aineistosta nousevien teemojen perusteella muodostettuihin luokkiin. Koko aineistosta on tehty karkeat kronologiset prosessikuvaukset, joita on arvioitu AHA-toimintatapaan kuuluvan A-Step -työkalun<sup>1</sup> mukaisen mallin avulla. Yksityiskohtaisemmat prosessikuvaukset on tehty niiden työyhteisöjen osalta, jotka ovat osallistuneet myös vaikuttavuusarviointiin.

Prosessiarvioinnin toisessa osassa aineistoa tarkasteltiin vuorovaikutusprosessina, ja analysoitiin valmennuksiin osallistuvien henkilöiden puhetapoja diskurssianalyttisesta lähestymistavasta käsin. Analyysissa selvitettiin yksilötasolla tapahtuvia puhetapojen muutoksia. Analyysi perustuu teoriaan sosiaalisesta konstruktionismista: tieto, käsitteet ja toimintatavat rakentuvat yhteisöllisesti kielellisessä vuorovaikutuksessa (Berger & Luckman 1994). Tutkimuksen pitkittäisasetelma tarjoaa mahdollisuuden tutkia minkälaisen prosessin kautta tämä rakentuminen tapahtuu. Vuoden mittaisen jakson aikana useissa eri tapaamisissa kerätyn aineiston avulla voidaan hahmottaa ajallista muutosta analysoimalla erilaisia puhetapoja ja variaatiota niiden käytössä.

Puhujilla on käytössään useita vaihtoehtoisia tapoja puhua, ja puhetavoilla on erilaisia funktioita. Vuorovaikutustilanteissa syntyviä konstruktioita ei pidetä eksakteina kuvauksina siitä, miten asiat ”todella ovat”, vaan niiden ajatellaan olevan erilaisia ”versioita”, puhujan rakentamia selontekoja ja merkityksenantoja esimerkiksi toiminnan mahdollisuuksista ja rajoituksista. (Jokinen ym. 1993, Jokinen ym. 1999.) Tässä tutkimuksessa analysoidaan, minkälaisia toimijapositioneita puhetavoilla rakennetaan. Toimijaposition käsitteen avulla voidaan analysoida, minkälaisia toiminnan rajoituksia ja mahdollisuuksia yksilöille eri konteksteissa rakentuu. Yksilön on mahdollista liikkua erilaisissa toimijapositioneissa, ja niitä voidaan tarkastella esimerkiksi aktiivisuuden ja passiivisuuden näkökulmasta. Toimija voidaan puheessa määritellä esimerkiksi itsenäisesti toimivaksi ja vastuulliseksi tai ulkoisten tekijöiden pakottamaksi. (Jokinen ym. 1993.)

---

1 A-Step-työkalu on esitelty yksityiskohtaisesti raportin sivulla 52

Toimijapositionien rakentumista hahmotetaan kolmesta eri näkökulmasta: ensinnäkin tarkastellaan alkoholia käyttävälle yksilölle, toiseksi työyhteisölle, ja kolmanneksi AHA-valmennuksen osallistujalle itselleen rakentuvia positioita. Tutkimuksen pitkäjäsenisyys tarjoaa mahdollisuuden tutkia, minkälaisen prosessin kautta tämä rakentuminen tapahtuu. Vuoden mittaisen jakson aikana useissa eri tapaamisissa kerätyn aineiston avulla voidaan hahmottaa ajallista muutosta analysoimalla erilaisia puhetapoja ja variaatiota niiden käytössä. Näin voidaan muodostaa kokonaiskuvaa siitä, miten hankkeeseen osallistuneiden työyhteisöjen paikallinen alkoholikulttuuri ja AHA-prosessin eteneminen näkyvät mikrotasolla.

### 5.3 Implementoinnin vaiheet ja käytännöt

Prosessiarvioinnin ensimmäisessä osassa selvitettiin, miten AHA-toimintatapoja on implementoitu hankkeessa mukana olevissa työyhteisöissä, ja minkälaiset tekijät voivat estää tai edistää implementointia. Muutamien AHA-valmennukseen osallistuneiden – erityisesti työterveyspalveluyrityksessä työskentelevien työterveyshoitajien – kohdalla kävi niin, että AHA-toimintatavan implementointia ei saatu käynnistettyä lainkaan. Joko pilottityöpaikkaa ei löytynyt tai hanke keskeytyi muista syistä, esimerkiksi työterveyshoitajan työsuhteen päättymisen vuoksi. Yksikään käynnistynyt kehittämisprosessi ei edennyt odotetussa aikataulussa valmistautumisesta seurantavaiheeseen, vaan prosessien käynnistyminen ja eteneminen oli useimmiten hidasta ja mutkikasta.

Kaikki käynnistyneet kehittämisprosessit noudattelivat ainakin väljästi A-Step -työkalun mukaista vaiheittaista kehittämistapaa, joten A-Step -malli on tässä yhteydessä sopiva myös prosessiarvioinnin jäsentämiseen. Prosessiarvioinnin tueksi muodostettiin tutkimuskysymysten perusteella arviointikehys, jonka avulla tarkasteltiin käynnistyneitä implementointiprosesseja. AHA-valmennuksiin osallistuneiden henkilöiden näkemyksiä ja kokemuksia implementointia estävistä ja edistävästä tekijöistä analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Analyysin perustana on aikaisempien implementointitutkimusten pohjalta muodostettu karkea luokittelurunko, joka analyysin edetessä täsmentyi aineistosta esiin nousseiden teemojen perusteella (esim. Nevalainen & Harra 2007, Hasson 2010, Appelqvist-Schmidlechner 2011).

### 5.3.1 Implementointiprosessien arviointi A-Step -mallin avulla

Koko aineistosta tehtiin kronologiset prosessikuvaukset, joita arvioitiin AHA- toimintatapaan kuuluvan A-Step -työkalun mukaisen vaiheittaisen kehittämistyön mallin avulla.

#### A-Step -malli

1. Valmistautuminen: työryhmän muodostaminen
2. Asian esille nosto ja osallisuuden varmistaminen
3. Keskustelu ja nykytilanteen kartoitus
4. Tavoitteista ja kehittämistoimista sopiminen
5. Kehittämistoimien toteutus
6. Seuranta, arviointi ja kehittäminen

Prosessiarvioinnissa on tarkasteltu, miten pilottityöpaikoilla on vaiheittaisessa kehittämistyössä edetty, ja minkälaisia AHA-toimintatapoja pilottityöpaikoilla on kussakin vaiheessa ollut käytössä. Joillakin työpaikoilla päihdetyöryhmää ei saatu muodostettua lainkaan. Useimmissa pilottityöpaikoissa päästiin valmennusjakson aikana prosessin kolmanteen vaiheeseen, keskusteluun ja nykytilanteen kartoitukseen asti. Kehittämistoimien toteutukseen päästiin valmennusjakson aikana vain harvassa pilottityöpaikassa, mutta seuranta-ajan kuluessa muutamassa työpaikassa tähän vaiheeseen oli edetty. Valmennusjakson aikana missään pilottityöpaikassa ei viety A-Step -mallin mukaista prosessia kokonaan läpi, mutta seuranta-aikana yhdessä työpaikassa oli edetty viimeiseen vaiheeseen saakka. Kaikkien pilottityöpaikkojen osalta ei kuitenkaan ole saatavilla aineistoa prosessin etenemisestä seuranta-aikana. Kerätyn aineiston perusteella näyttää siltä, että eri vaiheiden välillä on liikuttu joustavasti edestakaisin, ja esimerkiksi keskusteluvaiheeseen on joillakin työpaikoilla edetty, vaikka ensimmäisen ja toisen vaiheen tehtävät eivät olisi täysin toteutuneet. ehkäisevää päihdetyötä on nostettu esiin ja keskusteluja käyty esimerkiksi työpaikkakokouksissa, vaikka varsinaista pilottiryhmää ei olisi saatu koottua.

Seuraavassa taulukossa on kuvattu, minkälaisia tehtäviä ja AHA-toimintatapoja A-Step -työkalu ohjeistaa kussakin vaiheessa toteuttamaan, ja miten ne käytännössä ovat pilottityöpaikoilla toteutuneet.

Taulukko 2: Implementoinnin vaiheet A-Step -mallin mukaan

A-Step -vaiheet	Tehtävät	Hyödynnetyt AHA-toimintatavat	Toteutuminen
1. Valmistautuminen: työryhmän muodostaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• johdon tuki</li> <li>• edustus pilottityöpaikalta</li> <li>• työnjaosta sopiminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• valmennukset päihdeyöryhmille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kokemukset johdon tuen ja sitoutumisen puutteesta</li> <li>• työryhmien muodostaminen ollut haasteellista</li> <li>• epäselvä työnjako</li> </ul>
2. Asian esille nosto ja osallisuuden varmistaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• olemassa olevan tiedon kerääminen</li> <li>• tiedotus</li> <li>• henkilöstön osallistaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Juomapäiväkirja</li> <li>• valmennukset pilottiryhmille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tiedotus koettu riittämättömäksi</li> <li>• henkilöstön osallistumismahdollisuudet vaihtelevat</li> </ul>
3. Keskustelu ja nykytilanteen kartoitus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keskustelut pilottiryhmien kanssa</li> <li>• kirjaaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A-Step -työkalu</li> <li>• kyselyt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keskusteluja toteutettu paitsi pilottiryhmien kanssa, myös muissa yhteyksissä</li> </ul>
4. Tavoitteista ja kehittämistoimista sopiminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kehittämiskohteen valinta</li> <li>• tavoitteiden määrittäminen</li> <li>• kehittämistoimien määrittäminen</li> <li>• vastuuhenkilöiden sopiminen</li> <li>• toteutusaikataulun sopiminen</li> <li>• kirjaaminen</li> <li>• arvioinnista sopiminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A-Step -työkalu</li> <li>• Päihdeohjelmaopas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kehittämiskohteiksi noussut erityisesti päihdeohjelman laatiminen tai päivittäminen, sekä sen läpikäyminen henkilöstön kanssa säännöllisesti</li> <li>• vastuuhenkilöiden löytyminen ollut hankalaa</li> <li>• useissa pilotti-työpaikoissa prosessi on pysähtynyt tähän vaiheeseen</li> </ul>
5. Kehittämistoimien toteutus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sovittujen kehittämistoimien toteuttaminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A-Step -työkalu</li> <li>• Päihdeohjelmaopas</li> <li>• valmennukset henkilöstölle ja/tai esimiehille</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• joistakin sovituista kehittämistoimista on syystä tai toisesta luovuttu, osa on toteutunut sovituksi</li> </ul>
6. Seuranta, arviointi ja kehittäminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kehittämistoimien onnistumisen arvioiminen</li> <li>• kehittämistoimien tehostaminen</li> <li>• kehittämistoiminnan ylläpidosta sopiminen</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• arviointi toteutettu vain yhdessä pilottityöpaikassa</li> </ul>

## 5.3.2 Implementointiprosessien arviointi kolmessa työyhteisössä

Karkeiden kronologisten prosessikuvausten lisäksi vaikuttavuusarviointiin osallistuneiden kolmen suuren työyhteisön implementointiprosesseja arvioitiin tutkimuskysymysten perusteella muodostetun arviointikehyksen avulla. Näitä työyhteisöjä kuvataan tässä raportissa seuraavasti:

- Työyhteisö A, josta valmennukseen ovat osallistuneet työsuojelun, henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon edustajia ja joitakin esimiehiä.
- Työyhteisö B, josta valmennukseen ovat osallistuneet eri aluetoimipisteiden työterveyshoitajat.
- Työyhteisö C, josta valmennukseen on osallistunut työterveyspalveluyrityksessä työskentelevä työterveyshoitaja.

### *Prosessiarviointikehys:*

- vetovastuu: organisaatio vai työterveyshuolto
- päihderyhmien muodostuminen
- henkilöstön osallistamisen tavat
- implementointitoimet eri toimijatasoilla
- tiedonkulun organisointi
- vastuuhenkilöiden määrittämisen tavat
- toimintavastuiden jakamisen tavat
- interventiosta tiedottamisen keinot

### 5.3.2.1 Työyhteisö A:n kehittämisprosessi

Työyhteisö A:ssa työskentelee lähes 4000 työntekijää monenlaisissa työtehtävissä useissa toimipisteissä. AHA-valmennuksiin osallistui työsuojelun, henkilöstöhallinnon ja työterveyshuollon edustajia ja joitakin esimiehiä, joista muodostettiin työyhteisön päihdetyöryhmä. Osallistujia oli yhteensä 11. Valmennukseen ei saatu rekrytoitua osallistujia kaikilta toimialueilta, ja osa jo sovitusta osallistujista jäi saapumatta. Ryhmän osallistujien oli tarkoitus kokoontua myös valmennuskertojen välillä ja toteuttaa annettuja kehittämistehtäviä, mutta nämä tapaamiset eivät toteutuneet. Tekemättä jääneitä kehittämistehtäviä tehtiin sitten joidenkin valmennuskertojen aikana, ja niitä koskevia keskusteluja käytiin videoitujen tilanteiden aikana. Näin ollen työyhteisö A:n kehittämisprosessista on tallentunut monipuolisesti analysoitavaa ensikäden aineistoa.

Valmennuksen osallistujien tehtävänä oli koota omasta toimipisteestään pilottiryhmä, ja toteuttaa ryhmän kanssa A-Step -mallin mukaisia tehtäviä. Yhdestätoista osallistu-

jasta vain neljä kokosi pilottiryhmän, ja ryhmien toiminnan aktiivisuudessa oli suuria eroja. Pilottiryhmätoiminnan sijaan osa valmennuksen osallistujista toteutti A-Step-mallin mukaisia tehtäviä muiden kanavien kautta, esimerkiksi työhyvinvointipäivän tai muiden työpaikkakokousten yhteydessä. Valmennukseen osallistujien joukossa tapahtui valmennusprosessin aikana henkilövaihdos, johon osapuolet olivat ennalta varautuneet, jotta tieto siirtyisi edeltäjältä seuraajalle hallitusti. Muita mainintoja päihdetyöryhmän työnjaosta sopimisesta ei aineistossa ollut. Työyhteisössä vetovastuu oli organisaatiolla itsellään, työterveyshuolto oli ryhmässä lähinnä asiantuntijan ja yhteistyökumppanin asemassa.

Valmennusjakson aikana koottiin tietoa olemassa olevista työyhteisön dokumenteista, kuten päihdeohjelmasta, työterveyshuollon toimintasuunnitelmasta, työsuojelun toimintasuunnitelmasta ja työhyvinvointiohjelmasta, jotka oli kehitetty työyhteisössä jo aiemmin ja olivat intranetissä saatavilla. Muutamat osallistujat jakoivat omissa toimipisteissään Juomapäiväkirjoja<sup>2</sup> ja tiedottivat meneillään olevasta kehittämishankkeesta. He kertoivat, että asian esille nosto oli joissakin toimipisteissä hätkähdyttänyt ja herättänyt keskustelua, joissakin herättänyt hämmennystä tai naureskelua. Koko henkilöstön osallistamisesta ei oltu tehty suunnitelmaa.

Keskusteluja työyhteisön nykytilanteesta käytiin neljässä pilottiryhmässä ja päihdetyöryhmän kesken valmennustapaamisissa. Kehittämistarpeina nousi jo varhaisessa vaiheessa esiin se, että työyhteisön käytäntöjä ei oltu käyty henkilöstön kanssa läpi, eikä päihdeohjelma ollut henkilöstölle ja esimiehille tuttu. Päihdeohjelmassa oli niukasti mainintoja alkoholihaittojen ennaltaehkäisystä. Lisäksi päihdeohjelma koettiin epäselväksi ja monimutkaiseksi, ja arvioitiin, että alkoholitilanteisiin puuttuminen ja alkoholi asioiden puheeksiottaminen oli vaikeaa. Myöhemmin kehittämistarpeiksi arvioitiin ennaltaehkäisevän päihdetyön kehittäminen, esimiesten puheeksiottovalmiuksien lisääminen ja työterveyshuollon toiminnan kehittäminen, sekä yhteistyön lisääminen luottamusmiesten kanssa alkoholitilanteiden käsittelyssä.

Kolmessa pilottiryhmässä kehittämiskohteiksi sovittiin, että esimiehet käyvät päihdeohjelman läpi työpaikkakokouksissa vuosittain, alkoholi asiat otetaan osaksi perehdytystä ja niiden yhteisestä käsittelystä tulee pysyvää, säännöllistä toimintaa, ja että työyhteisössä sattuneista alkoholitilanteista järjestetään yhteinen purku. Neljännessä pilottiryhmässä kehittämistoimista ei sovittu. Valmennusjakson aikana toteutettiin heti alkoholi asioiden käsittely perehdytyksessä, ja yhdessä pilottityöpaikassa oli tutustuttu esimiehen johdolla päihdeohjelmaan.

---

2 Jurvansuu Hanna, Heljälä Leena, Kuokkanen Martti (2013). Työterveyslaitos



Päihdetyöryhmässä valittiin kehittämiskohteeksi päihdeohjelman päivittäminen, jota varten koottiin pienryhmä, johon kuuluivat kaksi henkilöstöpalveluiden edustajaa ja työterveyshuollon edustaja. Ryhmälle sovittiin tapaamisaikataulu, mutta tapaamiset eivät toteutuneet. Valmennusjakson puitteissa päihdeohjelman päivitys ei siis vielä ehtinyt käynnistyä. Implementointitoimet kohdistuivat eri toimijatasoihin tässä vaiheessa lähinnä organisaation rakenteen kautta. Henkilöstön osallistumis- ja vaikutusmahdollisuudet jäivät vähäisiksi.

Seurantatapaamisessa arvioitiin toteutettuja kehittämistoimia. Työyhteisössä oli seuranta-ajan kuluessa järjestetty koulutusta osana AHA-hanketta työyhteisön kaikille esimiehille, mutta yhteensä 160 esimiehestä koulutukseen saapui kolme. Seuranta-tapaamisessa nimettiin kehittämistarpeeksi esimiesten motivoiminen ja tavoittaminen puheeksiottovalmiuksien lisäämiseksi. Seuranta-aikana työyhteisössä oli ollut puheeksiottotilanteita, joissa valmennusryhmäläiset olivat olleet asiantuntija-asemassa mukana, ja joista osa oli johtanut onnistuneesti hoitoonohjaukseen. Seuranta-tapaamisessa arvioitiin uudeksi kehittämistarpeeksi alkoholiriskissä olevien työntekijöiden tehokkaamman tunnistamisen ja tavoittamisen. Työterveyshuollon edustajat kertoivat tehostaneensa audit-kyselyn käyttöä vastaanotoilla, ja asiasta oli maininta myös päivitetystä työterveyshuollon toimintasuunnitelmassa. Seurantatapaamisessa todettiin, että päihdeohjelman päivitys oli käynnistynyt seuranta-aikana, mutta se ei ollut vielä valmis.

Tiedonkulun organisointi ja tiedottamisen keinot vaikuttivat hajanaisilta. Isossa organisaatiossa on toki käytössä lukuisia tiedottamisen kanavia, mutta ryhmässä arveltiin, että intranetin kautta henkilöstön tavoittaminen ei välttämättä onnistu. Lisäksi tuli esille, että valmennusryhmän osallistujien käytettävissä olevat tiedottamisen keinot ja mahdollisuudet erosivat varsin paljon toisistaan työtehtävän ja aseman mukaan. Tiedotusvastuusta vaikutti olevan epäselvyyttä: jotkut osallistujista eivät esimerkiksi olleet hoitaneet tehtäväksi annettua kyselytuloksista tiedottamista, koska luottivat siihen että toimialueen henkilöstö saa tiedon muutakin kautta.

### **5.3.2.2 Työyhteisö B:n kehittämisprosessi**

Työyhteisö B:ssä työskentelee lähes 10 000 työntekijää monenlaisissa työtehtävissä useissa toimipisteissä. AHA-valmennuksiin osallistuivat seitsemän aluetoimipisteen työterveyshoitajat, yhteensä 9 henkilöä. Kehittämistoimia varten oli tarkoitus muodostaa kultakin alueelta pilottiryhmä, mutta käytännössä pilottiryhmä saatiin muodostettua vain neljällä alueella. Muilla alueilla A-Step -mallin mukaisia tehtäviä pyrittiin toteuttamaan muiden väylien kautta, esimerkiksi työterveyshuollon toimintasuunnitelman päivittämisen sekä työpaikkaselvityksiä koskevan tapaamisen yhteydessä. Valmennukseen osallistuneet hoitajat kritisoivat, että hankkeen työnjaosta ei oltu työyhteisössä

selkeästi sovittu. Sen vuoksi työterveyshoitajien vastuulle jäi tehtäviä, joita heillä ei ollut mahdollista organisaation puitteissa tehokkaasti toteuttaa, kuten pilottiryhmän rekrytoiminen. Työterveyshoitajat arvioivat, että työyhteisön voimavaroja esimerkiksi tiedottamisen suhteen ei oltu hyödynnetty puutteellisen työnjaon vuoksi.

Yhden pilottiryhmän toiminta käynnistyi hitaasti ja päättyi lyhyeen. Ryhmää oli vaikea saada kokoon, ja keskusteluiden aloittaminen aiheutti hämmennystä ja vastustusta. Ryhmässä ihmeteltiin, miksi ja kenen aloitteesta työyhteisö on hankkeessa mukana, ja mihin toiminta johtaa. Kontaktit pilottiryhmään päättyivät pian. Kyseisen aluetoimipisteen työterveyshoitajat suunnittelivat, että AHA-toiminnan voisi käynnistää pilottiryhmän sijaan jo olemassa olevassa henkilöstöhallinnon edustajien työryhmässä, jonka kanssa oli tehty jo aiemmin yhteistyötä työterveyshuoltoon liittyvissä asioissa. Valmennusjakson aikana tapaamiset eivät ehtineet käynnistyä, eivätkä työterveyshoitajat osallistuneet lopputapaamiseen, joten tietoa prosessin etenemisestä seuranta-aikana ei ole saatavilla.

Toisessa aluetoimipisteessä pilottiryhmä muodostettiin työsuojelun pienryhmästä, jossa oli mukana eri toimialojen edustajia ja työsuojelupäällikkö. Pienryhmä kokoontuu säännöllisesti, ja työterveyshoitaja on ollut sen toiminnassa mukana jo aikaisemmin. A-Step -mallin mukaisia tehtäviä ryhdyttiin toteuttamaan siis ryhmän muiden tehtävien ohella. Ryhmässä käytiin keskustelua työyhteisön toimintakäytännöistä, ja siitä, onko alkoholiasioihin puuttuminen ylipäättään työyhteisön tehtävä vai yksityisasia, johon ei ole tarpeen puuttua, ellei se vaikuta työhön. Ryhmässä todettiin kehittämistarpeeksi, että alkoholiasioista olisi syytä pitää yllä säännöllistä keskustelua ja tiedottamista esimerkiksi osana työpaikkakokouksia. Lisäksi arvioitiin, että alkoholiasioihin liittyvälle koulutukselle olisi tarvetta, ja toivottiin, että koulutusta voitaisiin saada työterveyshuollon järjestämänä. Kehittämiskohteeksi sovittiin, että työyhteisön olemassa oleva päihdeohjelma käydään läpi. Vastuuhenkilöiden sopimisesta tai toteutusaikataulun sopimisesta ei ole aineistossa mainintoja. Työterveyshoitaja jakoi päihdeohjelmia esimiehille. Valmennusjakson aikana kehittämistoimien toteutumista ei arvioitu. Seuranta-aikana kerätyn aineiston mukaan suunnitellusta esimieskoulutuksesta oli luovuttu.

Kolmannessa aluetoimipisteessä työterveyshoitaja oli koonnut henkilöstöhallinnon ja työsuojelun edustajia pilottiryhmään. Ryhmässä oli syntynyt keskustelua työyhteisössä sattuneista alkoholitilanteista ja aikaisemmista hoitoonohjausprosesseista, joista oli kokemuksia työtehtävien vuoksi. Työterveyshoitaja oli kouluttanut ryhmää AHA-valmennuksesta saamiensa materiaalien avulla. Ryhmässä oli keskusteltu eri toimialojen erilaisista toimintakulttuureista ja toimintatavoista esimerkiksi alkoholitarjoilujen suhteen, ja pohdittu käytännöistä mahdollisesti aiheutuvia ongelmia. Alkoholihaittojen puheeksiottaminen koettiin työyhteisössä vaikeaksi. Varsinaisia kehittämiskohteista

ei ryhmässä oltu valittu. Toimialueella oli AHA-valmennusjakson aikana ollut työterveyshuollon toimintasuunnitelmaneuvoittelu, jossa oli päätetty aloittaa kuukausittaiset henkilöstöhallinnon infotilaisuudet, joihin osallistuisi 18 esimiestä. Työterveyshoitaja oli ehdottanut, että AHA-hanketta voisi jatkaa näissä tilaisuuksissa, ja tarjoutunut kouluttamaan alkoholisioista. Infotilaisuudet eivät olleet valmennusjakson aikana vielä ehtineet käynnistyä, ja seuranta-ajalta kyseisen aluetoimipisteen toiminnasta ei ole tietoa, sillä kyseinen työterveyshoitaja ei osallistunut lopputapaamiseen.

Neljännessä aluetoimipisteessä oli koottu pilottiryhmä, jossa oli mukana henkilöstöjohtaja, eri organisaatiotasojen esimiehiä, työsuojelun edustajia ja aluetoimipisteen johtaja. Työterveyshoitaja koki, että ryhmän ilmapiiri oli aluksi epäilevä ja kriittinen, mutta toisaalta osallistujat toivat esille, että työyhteisössä oli tarvetta konkreettisille keinoille puuttua ja ehkäistä alkoholihaittoja. Ryhmässä syntyi keskustelua varhaisemman puuttumisen ja toimintatapojen kehittämisen tarpeesta. Ryhmässä koettiin, että alkoholihaittoihin puuttumisessa oli tapahtunut jo jonkinlainen muutos parempaan, sillä aikaisemmin puuttumista oli viivytelty ja alkoholihaittoja peitelty. Uusien esimiesten myötä ilmapiiri oli jo jonkin verran muuttunut avoimemmaksi. Keskusteluissa kävi ilmi, että uudet esimiehet eivät tunteneet työyhteisön päihdeohjelmaa. Pilottiryhmässä syntyi keskustelua siitä, onko alkoholinkäyttö yksityisasia, vai onko siihen puuttuminen työyhteisön vastuulla. Lisäksi keskusteltiin työyhteisön yhteiskunnallisesta vastuusta, alkoholinkäytön vaikutuksesta työtapaturmiin ja puheeksioton vaikeudesta. Ryhmässä pohdittiin, että varhaisten alkoholi ongelmia ennakoivien tunnusmerkkien tunnistaminen oli vaikeaa, ja siihen toivottiin koulutusta. Pilottiryhmä kokoontui AHA-valmennusjakson aikana säännöllisesti. Kehittämistoimiksi valittiin, että Työyhteisön päihdeohjelma käydään yhdessä läpi esimiesten, luottamusmiesten ja työsuojelutoimikunnan yhteisessä palaverissa, ja että jatkossa päihdeohjelma on osa perehdytystä. Ryhmässä sovittiin, että työterveyshoitaja kouluttaisi pilottiryhmän jäseniä mm. varhaisten tunnusmerkkien tunnistamiseen ja toimittaisi alkoholisioita koskevaa informaatiota toimipisteeseen tuleville uusille infotauluille. Päihdeongelmien hoitoprosessia käytiin läpi työterveyshoitajan johdolla. Työterveyshoitaja toimitti päihdeohjelmia esimiehille ja kahvihuoneeseen henkilöstön saataville. Lisäksi työterveyshoitaja jakoi henkilöstölle Juomapäiväkirjoja. Toimipisteessä oli sovittu tapaaminen kehittämistoiminnan onnistumisen arviointia varten, mutta se ei ollut vielä ehtinyt toteutua, joten työterveyshoitajalla ei ollut tietoa, olivatko kaikki sovitut kehittämistoimet toteutuneet.

Kolmessa aluetoimipisteessä pilottiryhmää ei saatu muodostettua, mutta työterveyshoitajat pyrkivät kehittämään ennaltaehkäisevää päihdetyötä muilla tavoin. Keskusteluja oli käyty muun muassa kahdenkeskisissä tapaamisissa esimiesten kanssa, ensiapukurssilla ja työyhteisön muissa tapaamisissa. Työterveyshoitajat olivat jakaneet Juo-

mapäiväkirjoja ja muuta tiedotus- ja koulutusmateriaalia. Työterveyshoitajat kokivat, että AHA-valmennuksesta saaduista tiedoista ja taidoista oli ollut erityisen paljon hyötyä potilastyöskentelyssä työterveyshuollon vastaanotoilla. Näillä aluetoimipisteillä AHA-hanke oli herättänyt erityisen voimakasta vastustusta ja jopa toiveita hankkeen keskeyttämisestä.

Työyhteisö B:ssä kehittämistoimet etenivät joissakin aluetoimipisteissä sujuvasti, toisissa vaikeasti tai ei lainkaan. Alueiden välillä on nähtävissä eroja erityisesti vetovastuun ja pilottiryhmien muodostumisen välillä. Niillä alueilla, joilla toiminta käynnistyi hyvin, vetovastuu oli organisaatiolla itsellään, ja pilottiryhmät oli muodostettu organisaatiojohtoisesti. Niillä alueilla, joilla toiminnan käynnistämässä oli hankaluuksia, vetovastuu ja pilottiryhmän kokoaminen jäi työterveyshoitajan tehtäväksi. Tehokkaasti toimivilla alueilla myös johtotason edustajia oli mukana toiminnassa.

### 5.3.2.3 Työyhteisö C:n kehittämisprosessi

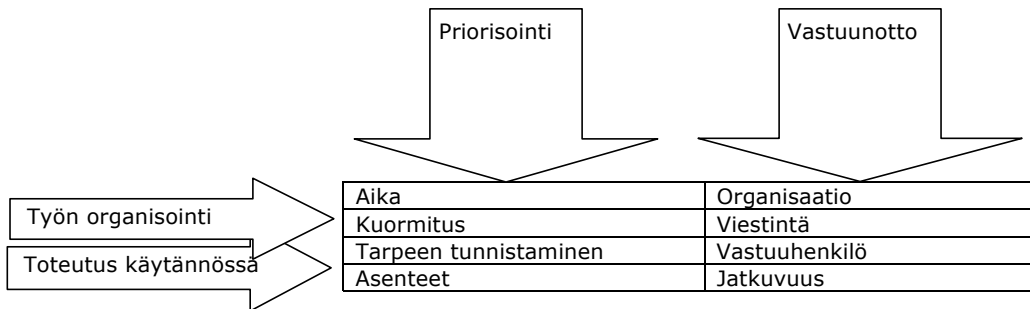
Työyhteisö C:ssä työskentelee noin 2000 työntekijää monenlaisissa työtehtävissä useissa toimipisteissä. AHA-valmennuksiin osallistui yksi työterveyshuoltoyrityksessä työskentelevä työterveyshuollon edustaja, jonka asiakas kyseinen työyhteisö on. Kehittämistoimia varten muodostettiin yhdestä toimipisteestä vapaaehtoinen pilottiryhmä, ja lisäksi A-Step -mallin mukaista vaiheittaista kehittämistoimintaa toteutettiin työsuojelutoimikunnan kanssa. Toiminta eteni organisaatiovetoisesti, työterveyshoitaja oli mukana asiantuntijan ja fasilitaattorin asemassa. Vastuu tiedotuksesta ja toiminnan järjestämisestä oli organisaatiolla itsellään. Pilottiryhmä muodostettiin työyhteisön tarpeiden perusteella, ja implementointitoimet kohdistuivat niin henkilöstöön kuin hallintoonkin laajasti läpi toimijatasojen.

Työyhteisössä innostuttiin hankkeesta, ja alkukeskusteluissa kävi ilmi, että kokemuksia ja epäilyksiä alkoholihaitoista oli. Työyhteisössä oli olemassa päihdeohjelma, mutta siinä oli kiinnitetty vähän huomiota ennaltaehkäisevään toimintaan. Pilottiryhmässä nousi esiin, että työyhteisössä oli tarvetta konkreettisille toimintamalleille ja alkoholi-asioita koskevalle tiedolle. Pilottiryhmässä toivottiin, että alkoholiasioita käsiteltäisiin perehdytyksessä ja kehityskeskusteluissa. Työsuojelutoimikunnassa päätettiin useista kehittämistoimista. Koko henkilöstölle jaettiin Juomapäiväkirjoja, ja niiden yhteyteen järjestettiin arvontakampanja. Päihdeohjelma päätettiin päivittää, ja sitä varten perustettiin työryhmä ja sovittiin kokoontumisaika. Henkilöstölle järjestettiin alkoholi-aiheinen teatteriesitys. Kaikille esimiehille jaettiin A-Step -kirjanen ja sovittiin esimiehille järjestettävästä tiedotustilaisuudesta. Molemmat ryhmät kokoontuivat säännöllisesti AHA-valmennusjakson aikana. Seuranta-aikana työterveyshoitaja ei ole ollut ryhmiin yhteydessä, eikä hänellä ollut tietoa kehittämisprosessin etenemisestä.

### 5.3.3 Implementointia estävät tekijät

Analysoidut puheenvuorot käsittelevät pääasiassa valmennukseen osallistuneiden henkilöiden implementointiprosessin aikana kohtaamia tai kokemia esteitä, mutta analyysissa on otettu huomioon myös ne puheenvuorot, joissa tutkimushenkilöt enakoivat tai arvioivat mahdollisia esteitä.

**AHA-toimintatavan implementointia estävät tekijät liittyvät ensinnäkin työskentelyn priorisointiin ja toiseksi vastuunottoon.** Priorisointi merkitsee tässä yhteydessä sitä, onko AHA-toimintatavan implementointiin ollut mahdollisuutta tai halukkuutta käyttää aikaa ja resursseja, tai onko se nähty pilottityöyhteisössä tarpeelliseksi. Vastuunoton kautta hahmotetaan sitä, minkälaisia esteitä päihderyhmien muodostamiseen ja implementointitoimien toteuttamiseen eri toimijatasoilla liittyy. **Toisaalta implementoinnin esteitä voidaan tarkastella työn organisoinnin sekä työn käytännön toteuttamisen näkökulmista.**



Kuvio 13: Implementointia estävät tekijät

#### Työn organisointi

**Priorisointiin liittyvät työn organisoinnin haasteet** estivät implementointitoimia prosessin kaikissa vaiheissa ja useilla eri toimijatasoilla. Sekä koulutukseen osallistuneilla henkilöillä että työpaikkojen yhdyshenkilöillä ja työpaikoilta koottavien päihderyhmien osallistujilla implementointitoimiin käytettävissä olevaa työaikaa oli niukasti, ja ajankäytön järjestäminen koettiin vaikeaksi. Varsinkin liikkuvaa työtä tekevillä sekä suurilla ryhmillä aikataulujen yhteensovittaminen esimerkiksi päihderyhmän tapaamista varten koettiin haastavaksi. Lisäksi koettiin, että tietyn ajanjakson aikana toteutettavaksi tarkoitetut implementointitoimet estyivät tiukan aikataulun vuoksi.

*Kouluttaja: Onko teidän helppo tai vaikee saada sielä omassa työyksikössä, työpaikassanne aikaa tälle asialle?*

*Puhuja 1: Vaikeeta.*

*Puhuja 2: On tosi vaikeeta.*

*Puhuja 3: Ihan mahoton.*

*Puhuja 2: Se tulee koko ajan vaikeemmaks.*

*Aina vaan jää sinne niinkun arjen työn ja kiireiden alle ja taakse.*

*Mun kohdalla yhteydenotto on kyl jääny niin viime tippaan että me ei sitten enää saatu yhteistä aikaa sovittua.*

*Kyl me sen mun tiimin kans näitä puhuttiin mut tosi hätäsesti.*

Toisaalta muutamissa puheenvuoroissa esitettiin myös kritiikkiä siitä, että niukasti käytössä oleva aika olisi todellinen implementointitoimia estävä syy.

*Oisko ollu mahotonta järjestää, mä en jotenki saata usko. Eikö ois löytyny yhtä kahta kertaa että onko se ihan oikeesti et keltään ei löydy sitä tuntii, kun on täs sentään puolen vuoden prosessi.*

Kiireeseen ja ajankäytön järjestämisen vaikeuksiin yhteydessä ovat myös kuormitus-tekijät: muut työtehtävät ja esimerkiksi työsuojeluorganisaation kokouksissa käsiteltävänä olevat muut asiat estivät AHA -implementointitoimien toteuttamista. Toisaalta myös työpaikan henkinen kuormitus, esimerkiksi meneillään tai odotettavissa olevat yt-neuvottelut, akuutit päihdekriisitilanteet tai muut kriisit vaikeuttivat AHA -toimintatavan toteuttamista.

*Tähän väliin ei millään saatu ahdettua vaikka haluttiin kyl mut siin oli semmosii vähän akuutempia juttuja.*

*En oo näitä kaikkia millään ehtiny tehdä, mut et tää ei oo mitenkään unohtunu tai että oisin välinpitämätön mut mä oon kuitenkin helmikuun alusta asti tehny kahta [tehtävää] niin kyllähän se jossain täytyy näkyä.*

*Kun vaan sille olis aikaa kaikkien muitten asioitten ohessa, koska niitä asioita on niin paljon.*

*Sielä on tietysti ihan muut asiat päällimmäisenä ihmisillä, esimiehilläki ajatuk-  
sena kun pohtia tämmöstä.*

*Siel ollaan tosi tiukoilla, ne on varmaan tässä vaiheessa ihan suut ja silmät täys  
näitä osastojen sulkemisia ja työjärjestelyjä ja yksiköiden muutoksia ja, ne  
hukkuu sinne nyt vaan tällä hetkellä. --- Nyt käydään vasta ensimmäisii yyteitä.*

*Valitettavasti meidän tiimikokous oli samaan aikaan ja mä menin sinne vähän  
myöhässä, mut tälle ei ollu aikaa enää et siellä oli kans niin paljon asioita kä-  
siteltävänä.*

**Työn organisoinnin kannalta keskeiset vastuunoton haasteet** liittyvät organi-  
saation tekijöihin, esimerkiksi työpaikalla tapahtuneisiin organisaatiomuutoksiin ja  
henkilövaihdoksiin. Toisaalta organisaatioiden toiminnan rytmi, esimerkiksi loma-ajat  
ja sesonkivaihtelut, asettivat omat haasteensa implementointitoimien toteuttamiselle.  
Koulutukseen osallistuneiden mielestä oikeiden henkilöiden tavoittaminen oli vaikeaa,  
ja yhteisiä tapaamisia oli hankala järjestää. Toisaalta organisaatioiden tietyt toimin-  
tatavat ja käytännöt, esimerkiksi se, ettei työpaikalla ollut olemassa järjestäytyntä  
työsuojelutoimintaa, estivät tai hankaloittivat AHA-toimintatavan mukaisia toimia.  
Työpaikan ja työterveyshuollon puutteellinen tai jäykkä yhteistyömalli koettiin myös  
estäväksi tekijäksi.

*Työterveyshoitaja: Se yritys ilmoitti että heiltä ei pilottiryhmää nyt ole saatu  
kokoon ja he vetäyty siitä.*

*Meillä on suurin osa henkilökunnasta sairaslomalla, me ei olla pystytty oikeen  
muuta kun päällimmäiset asiat hoitaan.*

*Mä oon kirjoitellut viestejä mut mulle ei vastata.*

*Kukaan ei oo millään tavalla ottanu muhun yhteyttä niistä reilusta kymmenestä  
esimiehestä kenelle laitoin tän viestin.*

*Mitään toimikuntia ei tänäpäivänä ainakaan meilläpäin ole.*

*Me ollaan kuitenkin tämmönen laitos joka laskuttaa kaikesta ajankäytöstä, niin ei  
mulla nollajuttuja ole joista mä en voi laskuttaa mitään niin en mä voi sellasta  
tehdä.*

Puutteellinen viestintä koettiin vastuunottoon liittyvänä työn organisoinnin haasteena. Koska kysymyksessä oli osittain ulkopuolelta koordinoitu tutkimushanke, jonka yhteydessä toteutettiin myös laaja kysely työpaikan alkoholihaitoista, joillakin työpaikoilla koettiin, että hankkeesta ei oltu kokonaisuudessaan saatu riittävästi tietoa riittävän ajoissa. Väärässä järjestyksessä edennyt tiedotus koettiin merkittävänä haasteena: koulutuksen osallistujien mielestä tiedotuksen olisi pitänyt edetä organisaatiossa ”ylhäältä alas”. Toisaalta liian varhain tiedotettuja asioita ei oltu työpaikoilla välttämättä osattu yhdistää tiettyihin toimenpiteisiin, kun ne viimein tapahtuivat. Merkittävänä implementointitoimia estävänä tekijänä pidettiin sitä, että implementoinnin toteuttamisen kannalta avainasemassa olevat henkilöt eivät tieneet hankkeesta riittävästi tai lainkaan.

*Me lähdettiin vähän väärinpäin tähän että, tää informaatio siinä alussa on äärimmäisen tärkeä et mikä tän homman nimi on, ja et se johto sitoutuu siihen.*

*Työterveyshoitaja: Mä olisin alussa kaivannu ensin semmost kokonaisuutta et ois ite hahmottanu että mikä täs on tulossa ja sitte ois helpommin saanu niit asiakasyrityksiä mukaan, kun nyt oli vähän vaikee motivoida ku ei osannu kertoa et mitä on tulossa ja mitä odotetaan.*

*Meillä se viestintäpäällikkö kuuli puoltoist viikkoo sitten ensimmäisen kerran koko hankkeesta, niin se ois pitäny sieltä ylhäältä lähtee.*

Myös käytettävissä oleviin viestintäkeinoihin liittyi haasteita: kaikilla työpaikoilla ei ollut esimerkiksi intranet-järjestelmää käytössä, sähköpostia ei käytetty lainkaan tai se oli liian kuormittunut viestintäkanava. Huomiota kiinnitettiin myös viestintämateriaalien laatuun ja saatavuuteen. Lisäksi ongelmia oli syntynyt siitä, että viestinnän kannalta avainasemassa oleva henkilö ei ollut hoitanut tehtävänsä.

*Periaattees kaikel on sähköpostiosoite. Työntekijät sanoivat että eivät osaa käyttää, ja se kiinnostus on menny sen myötä, eivät edes aukaise.*

*Siel on se vaikeutena että siel on vielä sellasta käsin tekevää porukkaa jotka ei lue sähköposteja eikä he käytä lainkaan konetta, et kaikki pitää olla sit materiaalina.*

*Ne on semmoses sähköpostiähkyssä sielä.*

*Yks oli hukkunu jossakin sisäpostissa, mä jouduin pyytään sen uudestaan, siis ihan tämmösiä käytännön [ongelmia].*



*Kouluttaja: [Esimies] on pyytänyt kaikkia teidän organisaation AHA-hoitajia tapaamiseen.*

*Työterveyshoitaja: Ei oo mulle tullu kutsua, ehkä hän on unohtanu että mä olen [yrityksen] ryhmässä.*

*Työsuojeluvaltuutettu: En tiedä luottamusmiehistä että saako ne niitä, mutta meille tuli.*

*Kouluttaja: Kyllä jos sulle tuli niin sä saat panna ne eteenpäin.*

*Työsuojeluvaltuutettu: Juu, kyl mä nyt sen ymmärrän mut et en jakanut sitä kyllä.*

### **Toteutus käytännössä**

Implementointitoimien **käytännön toteutuksen kannalta priorisointiin liittyviksi haasteiksi** koettiin, että työpaikoilla ei välttämättä tunnistettu ennaltaehkäisevän päihdetoiminnan tarpeellisuutta ja sen kannattavuutta. Päihderiskien olemassaoloa omassa työyhteisössä kyseenalaistettiin tai ei koettu juuri nyt ajankohtaisena. Lisäksi epäiltiin, mitä hyötyä AHA-hankkeesta ja siihen osallistumisesta työpaikalle olisi, tai koettiin sen aiheuttavan jatkossa jopa haittaa.

*Melkeen turha mennä puhumaan mistään kun ne on niinkui et hohhoijaa että, ettei tää koske meitä et ihan kiva ja mielenkiintonen juttu mut ei tää koske meitä.*

*Sieltähän tuli se sama palaute että alkoholi voi olla ehkä ongelma jossain tehtailla mut et miten nyt toimihenkilöillä.*

*Työterveyshoitaja: Tuli semmoinen tuntuma että päihdeohjelman laatiminen oli vastentahtoista tälle toimitusjohtajalle koska hän koki että helpoin tapa on tämmösessä tapauksessa mikä heillä on ollu aina ennenki toimintamallina että, sitte työsuhde päättyy.*

Priorisointiin vaikuttivat myös työpaikan asenteet. Päihderiskejä tai mahdollisia päihdeongelmia vähäteltiin. Toisaalta jopa tiedossa olevia päihdeongelmia saatettiin pitää yksityisasiana, johon ei ole tarpeellista tai mahdollista työpaikalla vaikuttaa. Lisäksi AHA-hankkeeseen ja siihen liittyvään kyselyyn suhtauduttiin epäluuloisesti tai jopa pelokkaasti: joillakin työpaikoilla epäiltiin kyselyvastausten päätyvän työnantajan käyttöön siten, että niitä voitaisiin käyttää yksittäistä työntekijää vahingoittavalla tavalla. Ennaltaehkäisevään päihdetyöhön osallistuminen oli koettu joillakin työpaikoilla negatiivisesti leimaavaksi.

*Ne tykkää et se nyt ei kuitenkaan oo niin iso juttu jos tällai että, et se vähän niinku kuuluu tähän ammattiryhmään ja täähän on ihan hanskassa.*

*Yks sano siinä että mitä se meille kuuluu mitä toiset juo vapaalla, jos ei se työ-elämään vaikuta niin kuuluuko se meille.*

*Meillä lähti tää alku vähän huonosti liikkeelle eli kyselyt lähti ensin näille henkilöille ja sitten vasta tää info että kauheesti herätti pelkoa se että, jos työnantaja saa nyt tietää et kuinka paljon mä juon, niin sit ensimmäises ryhmäs lähtee ku tulee lomautuksia tai irtisanomisia.*

*Nyt kun on tulossa työsuojeluväalit, niin yks ehdokas ei sen takia luvannu tulla tähän pilottiryhmään että se vaikeuttaa hänen valintaansa sitten jatkossa, että kun hän on tämmönen alkoholin mannekiini sitten niin sanotusti.*

*Nehän ei ensin uskaltanu osottaa mitään ryhmää vaikka tiedettiin et sielä olikin mahdollisesti ongelmia.*

**Vastuunottoon liittyvät työn käytännön toteutuksen keskeiset haasteet** tulivat esille puheenvuoroissa, joissa käsiteltiin vastuuhenkilöiden löytymisen ja sitoutumisen ongelmia. Useilla työpaikoilla prosessin eri vaiheissa oli vaikeata löytää implementoitomien toteuttamisesta vastaavia henkilöitä. Halukkaita vapaaehtoisia ei välttämättä löytynyt, eikä esimerkiksi työterveyshoitaja ole siinä asemassa, että hän voisi määrätä päihdetyöryhmän jäseniä ottamaan vastuulleen kehittämistoimia. Toisaalta jo nimettyjen vastuuhenkilöiden sitoutuminen tehtäviinsä ei ollut itsestään selvää: esimerkiksi johdon nimittämä vastuuhenkilö ei ollutkaan halukas toteuttamaan AHA-hanketta omassa työyksikössään, tai sovitut kehittämistoimet jäivät muista syistä toteuttamatta.

*He ei ollu nyt halukkaita sitten ottamaan mitään tehtävää siitä.*

*Tähän on vaan joku tämmönen yksikkö ilmoitettu ilman että heiltä on kysytty haluaako he siihen mukaan.*

*Työterveyshoitaja: Ne on luvannu [toimipisteen] mukaan siihen mut jotenki aatellu että hoitaja infoaa sitte ja värvää sen porukan mukaan. Mut eihän se niin voi olla.*

*He olivat siellä paikalla koska heidät oli nimetty siihen, ja toi selkeesti ilmi et heil ois muutaki tekemistä.*

*Työterveyshoitaja: Johtava työterveyslääkäri ja johtava työterveyshoitaja sanoo et okei, näin me tehdään, niin ei hooäärä haluakaan et tehdään niin.*

*Työterveyshoitaja: Johtava lääkäriki kieltää tietävänsä täst juur yhtään mitään vaikka on ollu samassa pöydässä tästä asiasta kun kerroitte.*

*Ne on vaan jotenki jääny, ei mul mitään muita syitä mutta, mä hokasin vasta viime viikolla ja sit mä aattelin että nyt on liika myöhä sitten mitään enää tehdä.*

Koulutukseen osallistujat arvioivatkin, että merkittävä haaste AHA -toimintatavan implementoinnille on jatkuvuuden toteutuminen. Koulutukseen osallistujat olivat kokeneet tai ennakoivat, että jos sovitusta asioista ei pidetä kiinni ja kehittämistoimia ei toteuteta, implementointi ei etene. Ryhmissä arvioitiin, että ilman seurantaa ja jatkuvaa toiminnan kehittämistä toimintatapa jää "tähdennoksi", eikä juurru osaksi työpaikkojen pysyviä käytäntöjä.

*Kouluttaja: Pitikö teillä olla se kokous täs välillä, vai miten se oli?*

*Puhuja: Piti olla mut ei ollu.*

*Mut sit aina kun seuraavan kerran menee [pilottiryhmän tapaamiseen] kun on menny aikaa se kolme neljä viikkoo niin sit ollaan taas siinä samas tilantees et ei mikään oo edenny eteenpäin.*

*Puhuja 1: Tää on unohdettu ihan tyystin tuolta konsernin yläpäästä mistä tää nyt on lähteny liikkeelleki.*

*Puhuja 2: Niillä varmaan on jo uudet systeemit siellä.*

*Puhuja 3: Laitetaanko ehdotuksia sinne että me voitas yhdessä päivittää sitä?*

*Puhuja 2: Kyl kannattas laittaa.*

*Puhuja 1: Kyllä tähän pitäisi enemmän, tää on suuri satsaus mitä työantaja on meihinki laittanu, niin kyl tää pitäis olla kans yks asia mikä pitää sit yhdessäki keskustella.*

*Se katkee jos se pallotellaan, sit se jää, se ei oo kenenkään käsissä.*

### 5.3.4 Implementointia edistävät tekijät

AHA-toimintatavan implementointia edistävät tekijät sekä haasteiden ratkaisemiseksi käytetyt keinot on luokiteltu seuraavasti:

#### **Motivaatiotekijät**

#### **Vuorovaikutustekijät**

#### **Koulutuksen anti**

#### **Tiedotus**

#### **Organisaatiotekijät**

#### **Muu tuki**

Motivaatiotekijöitä olivat esimerkiksi konkreettinen tarve, kuten akuutti työpaikalla oleva alkoholihaittilanne tai epäily siitä, sekä aikaisemmat kokemukset työpaikan alkoholihaitoista. Myös taustatekijöiden, kuten työpaikoilla suoritettujen alkukyselyjen tulosten arvioitiin motivoivan ennaltaehkäisevään päihdetyöskentelyyn. Toisaalta myös konkreettinen tavoite, kuten päihdeohjelman laatiminen sekä kiinnostus ja innostus aiheeseen koettiin implementointiprosessia edistäviksi tekijöiksi.

*Oli ihan tuore tapaus että oli esimiehelle tullu, oli joutunu puuttumaan yhden työntekijän alkoholin käyttöön, ei ollut tullut töihin kun oli ollut niin humalassa, ja se viritti kovasti keskustelua että miten olis pitäny toimia ja toimikö tää oikein.*

*Työterveyshoitaja: Niillä oli tää keissi et se entinen yhdyshenkilö oli irtisanottu alkoholin takia että siitä kai se oli lähteny se halu siihen päihdeohjelman tekemiseen.*

*Heil on ollu näit hoitoonohjauksia pari keissii --- kuitenkin kokee et se on kuitenkin tärkeetä.*

*Sanottiin mulle ihan suoraan kun mä olin sielä että katotaan sitten kun niitä tuloksia on, että ihan mielenkiintosta asiaa mutta mitä me tämmöst otetaan käyttöön jos meillä onkin kaikki niin hyvin kun me luullaan, että sitte ku sulla näyttää luvut että oho, ei ne ollukaan ni, puhutaan sitte.*

*Niillä ei oo päihdeohjelmaa et se tehdään tässä samalla. Ihan siellä oli sitte innokkaita jotka halus siihen pilottiryhmään mukaan et varmaan aika hyvin tulee se yhteistyö siinä meneen.*

Vuorovaikutustekijöiksi on tässä luokiteltu toisaalta työpaikalla kootun päihdetyöryhmän vuorovaikutukseen liittyviä tekijöitä, kuten ryhmän aktiivisuutta ja keskusteluhalukkuutta, toisaalta AHA-koulutukseen osallistuneiden henkilöiden omia vuorovaikutustaitoja. Koulutuksen osallistajat olivat kohdanneet työpaikoilla vitsailua, naureskelua ja jopa asiatonta herjaamista kertoessaan AHA-toimintatavasta ja sen tavoitteista. Implementointiprosessia edistäneiksi vuorovaikutustaidoiksi nimettiin erityisesti jämäkkyyttä, kykyä ottaa vastaan kritiikkiä sekä sinnikkyyttä ajaa tärkeäksi kokemaansa asiaa.

*Puhuja 1: Voi olla hyväki että meillä on heränny niin paljon kysymyksiä ja keskustelua, et nyt jokainen vähän varmaan rupee miettiin sitä omaa alkoholinikäyttöön.*

*Puhuja 2: Puhutaan sit hyvää tai pahaä mutta puhutaan alkoholista.*

*Puhuja 1: Puhutaan kuitenkin.*

*Kyllä jonkinlaista muutosta on havaittavissa että kun näistä asioista puhutaan niin se on jotenki, tulee luonnollisemmaksi. Et kyllähän täällä on ollu semmonen vähättelevä kulttuuri et ei näihin päihdeasioihin oo kiinnitetty huomiota.*

*Työterveyshoitaja: Kun mä vähän aikaa äkisin jotain sille [toimitusjohtajalle] takasin niin sit se oli vaan et no, ei se mitään, tehään vaan. Hän aatteli et mä vedän sen läpi kuitenkin et paree vaan olla mukana.*

*Ettei lähe mukaan siihen vitsinheittoon, mut ei toisaalta saa olla liian tiukkakaan.*

*Se on hirveen haastava se [toimitusjohtaja] et täytyy selkä suorana seistä, ottaa kaikki vastaan mitä väliin tulee sellasta kurjaakin, mut sit ihan sellasella äijämeiningillä välillä täytyy vaan olla että ei muuten pärjää.*

Vuorovaikutustilanteiden tukena koulutukseen osallistajat pitivät merkittävänä koulutuksesta saamaansa antia. Koulutuksen myötä karttuneet tiedot ja taidot edistivät toimintaa työpaikoilla, ja koulutuksesta saadut materiaalit, kuten Päihdeohjelmaopas ja A-step -kirjanen koettiin hyväiksi työvälineiksi kehittämistoimia suunniteltaessa ja toteutettaessa. Koulutukseen osallistuneet työterveyshoitajat olivat jakaneet materiaaleja myös kollegoilleen ja asiakasyrityksilleen. Juomapäiväkirjaa pidettiin hyvänä työntekijöiden osallistamisen ja asiakastyön välineenä. Koulutuksessa käytettyjen menetelmien arvioitiin edistäneen koulutukseen osallistuneiden henkilöiden omaa oppimisprosessia ja motivoitumista AHA-toimintatapojen implementointiin työpaikalla.

*Työterveyshoitaja: Tästähän [A-Stepistä] kaikki tykkää ihan hirveesti et mun kollegaki se nyt sit lainas ku se oli yhen jo antanu asiakkaalle ku mä jaoin nää alkuun jokaiselle niin sit se jo lainas ku sil oli yks keissi et hän haluu kattoo etukäteen ku se pomo tulee ni, käydä tän läpi, sano et tää on niin hyvä opus.*

*Omaan työhön on saanu tästä tosiaan niinku kaikki on sanonu jo niin, uusia, semmosta lähestymistapoja ja ihan vinkkejä ja ihan käytännön työkaluja. Ja oon mun mielestä viisaampi ku alottaessani näissä asioissa.*

*Kävin tätä teidän [Päihdeohjelma-]mallia läpi, tää on sillain hyvä että pystytään varmaan aika paljon tän pohjalta tekemään.*

*Tää on kyllä tuonu siihen uutta semmosta jänteveyttä ja asennetta siihen alkoholiasioitten käsittelyyn sekä omassa työssä että tietysti työyksiköissä että on helpompi tän jälkeen oikeesti ottaa se puheeksi ja ajatella että siinä on tosiaan pidettävä se tietty ryhti siinä asiassa et se muuten helposti lipsahtaa sinne muitten asioitten alle.*

Laadukas, uskottava ja riittävän kattava tiedotus koettiin tärkeäksi implementointia edistäväksi tekijäksi. Koulutukseen osallistujat pitivät tärkeänä, että tiedottaminen tapahtuu oikeaan aikaan, oikeille henkilöille ja oikeassa järjestyksessä. Lisäksi sen tuli sisältää sopivassa laajuudessa olennaisiksi katsottuja asioita. Liian laajan tai liian aikaisin toteutetun tiedotuksen arveltiin olevan vaikeasti ymmärrettävää tai tavoittavan kohderyhmän huonosti.

*Kun nää [esimiehille tarkoitetut] koulutuspäivät on jo selvillä niin sitä mun täytyy nyt sit tiedottaa, kun mä viimeks sanoin että syksyllä on tulossa koulutusta niin nyt täytyy sitten ihan ne päivät katsoa että mitkä ne on niin tiedottaa ne hyvissä ajoin että kaikki voi varata ne sinne almanakkaan kun syksyki on jo aika täynnä joillakin.*

*Et sillon alussa ois ollu hyvä olla semmonen tieto että sitä ei ois tarttenu enää, et se ois ollu ihmisille tuttu et tää on nyt sitä asiaa, että ois ollu ne ihmiset vastaamassa kysymyksiin ketkä siitä jotain tietää.*

Tärkeänä implementoinnin onnistumiseen vaikuttavana tekijänä puheenvuoroista nousivat esille organisaatiotekijät, kuten esimiesten toiminta ja organisaation tarjoamat toimintamahdollisuudet. Jo olemassa olevan, säännöllisesti kokoontuvan ja yhdessä toimimaan tottuneen ryhmän, kuten työsuojelutoimikunnan tai hyvinvointityöryhmän kokouksiin oli helppo liittää myös AHA-hankkeeseen liittyviä keskusteluja

ja kehittämistoimia. Esimiehen vastuunotto implementointitoimista, kuten työryhmän kokoonkutsumisesta, aikataulujen ja ajankäytön järjestämisestä, tiedottamisesta, vastuuhenkilöiden nimeämisestä ja tehtävien jakamisesta näyttäytyi keskeisenä edistävänä tekijänä.

*Työterveyshoitaja: Me jo keväällä alotettiin semmonen terveyskampanja et mä käyn pitään nille liikuntaan ja ravintoon liittyen jo luentoo ja tälläst päivää, niin nyt tää [AHA-hanke] on kiva jatkumo sit siihen.*

*Työterveyshoitaja: Siitä mä oon aika ilonen että se on aika napakka se yhdys-henkilö että kun mä sille soitin että mä oon nyt käyny koulutuksessa ja mun pitäs nyt teille ruveta tuleen ainaki kuus kertaa tässä käymään, ja se oli vaan joo joo, laitetaan pystyyn. Kun lopetin puhelun niin vartin päästä räpsähti jo postiin työsuojelutoimikunnan kokouskutsu että, nyt tänä ajankohtana kokoonnutaan ja olin siellä asialistalla.*

*Työterveyshoitaja: Mä oisin toivonu kans alusta asti johdon sitouttamista tähän, ja että se ryhmä ois jotenkin myös heidän aloitteestaan minun kanssa vaikka yhteistyössä koottu, koska musta tuntuu että tommoset toimihenkilöt ne vaatii myös sitä että sieltä johdosta esimiestaholta tähän sitoutetaan eikä työterveyshoitaja ehkä niin saa kaavittua kasaan, jos yhteyshenkilö sieltä myöskään ei oo kauheen aktiivinen tai innostunu asiasta.*

*Se on kiva et siin [pilottiryhmässä] on se toimitusjohtaja, koska sen kaa suoraan voi sit sopii ne asiat että ne etenee koska sit jos siellä on joku sellanen, sitte aina pitää kysyy ylempää ylempää ylempää lupaa, ainaki ite törmää tähän, sit ne monesti jää tai niit sovittui asioit ei koskaan tapahdu.*

*Mä käsittelin niitä [alkukyselyn] tuloksia siinä omassa työpaikan ryhmässäni --- annoin sen jokaiselle luettavaksi, siis ihan kaikille työntekijöille, ja sit myöskin nää diat mitkä saatiin viime kerran asioista, ja sitte se [työpaikan] päihdeohjelma niin semmosia lukutehtäviä olen antanu.*

Koulutukseen osallistuneet olivat myös ratkaisseet joitakin implementoinnin haasteita hyväkseen käyttämällä organisaatiotekijöitä, kuten jo olemassaolevia toimintamahdollisuuksia ja -kanavia. Jos esimerkiksi implementoinnin esteenä olivat olleet asenteet tai tarpeen toteamiseen liittyvät tekijät, AHA-toimintatapaa ryhdyttiin tuomaan esille muiden kanavien, kuten työterveyshuollon toimintasuunnitelman päivityksen tai muiden koulutustilaisuuksien yhteydessä.

*Ne on alottanu semmoset hooärrän kuukausi-infot --- Meil on se pilottiryhmä, siinä on hooärrän edustajia ja työturvallisuusporukkaa, mut ne ei oo varsinaisesti esimiehiä. Niin tos on 18 esimiestä kuuluu siihen porukkaan mikä siinä kuukausi-infossa kokoontuu niin mä aattelin et siin vois saada sitte vähä niinku toista kautta tätä asiaa paremmin esiin.*

*Työterveyshoitaja: Tarkotus on tehdä tänä vuonna yksikkökohtasia työpaikkaselvityksiä missä tavataan yksiköiden esimiehiä --- niissä yhteyksissä sitten voi avata tätäkin, ehkä näihin vois hyvin linkittää näitä mitkä on jääny kun ei sitä pilottiryhmää oo. Että ehkä se vois istua luontevammin tänne.*

Lisäksi nousi esille mainintoja muista implementointia edistävästä tekijöistä. Yhteistyö muiden toimijoiden, kuten AA-kerhon ja työpsykologin kanssa oli koettu hyödylliseksi. Työparin kanssa työskentelemisestä oli joitakin hyviä kokemuksia, ja lisäksi useat koulutukseen osallistujat toivoivat mahdollisuutta jakaa kokemuksia ja tehtäviä työparin tai työyhteisön kanssa. Jotkut koulutukseen osallistuneet kokivat, että työpaikoilla oli ollut käytettävissä runsaasti aikaa implementointiprosessin ja kehittämistoimien toteuttamiseen, tai ajankäyttö oli ollut helppo järjestää esimerkiksi esimiehen tuella.

*Työterveyshoitaja 1: Tää on hirveen hyvä et meitä on samasta työpaikasta kaks päässy tähän, tuntuu et me saadaan paljon enemmän irti kun me pystytään keskustelemaan, --- se pieni aika mikä me on saatu varattuu sinne päiväkalenteriin niin me ollaan tosi tehokkaasti, me ollaan koko aika käydään läpi sitä.*

*Työterveyshoitaja 2: Ja kun sen varaa riittävän ajoissa, ei se muuten onnistu, riittävän ajoissa.*

*Kyllä täytyy se sanoo et ajankäytöllisesti meille suodaan sitä, kyllä me päästään sinne, käyttämään tätä aikaa niin paljon kun halutaan.*

*Hirveen hyvin ne ottaa aina mut sinne ja haluaa aina että mä tuun, me ollaan ihan säännöllisesti kerran kuussa nähty.*

### **5.3.5 Työterveyshoitajien omien työyhteisöjen ja työskentelyn kehitysprosessit**

Valmennukseen osallistuneiden työterveyshoitajien ensisijaisena tehtävänä oli toteuttaa AHA-toimintatapojen mukaista kehittämistoimintaa asiakastyöyhteisöissään. Valmennuksen osana oli kuitenkin myös tehtäviä, joita hoitajilla oli mahdollisuus toteuttaa omissa työyhteisöissään työterveyshuollossa, sekä materiaaleja ja työvälineitä, joita he voivat jakaa työtovereidensa kanssa. Valmennusjakson kuluessa



useista valmennukseen osallistuneista hoitajista tuli työyhteisönsä ”AHA-hoitajia”, alkoholi-asioiden asiantuntijoita, joiden tietoja ja taitoja kollegat mielellään hyödynsivät. Hoitajat kertoivat, että he toivat entistä useammin alkoholi-asioita esille keskusteluissa työyhteisössään ja jakoivat mielellään osaamistaan ja AHA-hankkeessa kehitettyjä materiaaleja muille. Hoitajat kokivat, että valmennusjakson aikana oma työskentely alkoholi-asioiden parissa oli muuttunut entistä systemaattisemmaksi ja suunnitelmallisemmaksi sekä potilastyössä vastaanotoilla että työskentelyssä asiakastyöyhteisöjen kanssa.

### **5.3.6 Implementointi edellyttää selkeää vastuunjakoa ja aktiivista vastuunottoa**

AHA-hankkeen implementoinnin arviointi osoittaa, että hankkeen käynnistäminen ja implementointiprosessin eteneminen edellyttää työyhteisön aktiivista vastuunottoa toiminnasta. Ennaltaehkäisevää päihdetyötä kehittävien toimintatapojen implementointia edistivät erityisesti organisaatioon ja esimiehen toimintaan liittyvät tekijät. Olemassa olevat, hyvin toimivat kontaktit ja ryhmät olivat merkittävä implementointitoimien toteuttamista edistävä tekijä. Aktiivisesti vastuuta ottava ja sitä alaisilleen jakava esimies osoittautui implementoinnin kannalta keskeiseksi avainhenkilöksi.

Kehittämishankkeen toteuttamiseen motivoituneessa työyhteisössä implementointi käynnistyi yleensä hyvin. Motivaatiotekijänä saattoivat olla esimerkiksi aikaisemmat kokemukset työpaikan alkoholi-haitoista, mutta myös sellaisissa työpaikoissa, joissa aikaisempia kokemuksia ei ollut, saatettiin innostua ennaltaehkäisevän päihdetyön kehittämisestä. Aktiivisesti vuorovaikutuksessa toimiva ryhmä ja valmennukseen osallistuneen ryhmänvetäjän (esimerkiksi työterveyshoitajan) oma jämäkkyys ja sinnikkyys edistivät implementointitoimien etenemistä. AHA-valmennuksesta saadut tiedot, taidot ja materiaalit koettiin myös hyödyllisiksi.

AHA- valmennukseen osallistuneet pitivät tärkeänä laadukasta, riittävän kattavaa, oikeille henkilöille oikeaan aikaan suunnattua tiedotusta. Puheenvuoroissa ei kuitenkaan juurikaan reflektoitu sitä, minkälaista olisi sopiva, riittävä tiedotus. Epäselväksi jäi, onko merkitystä sillä, mistä lähteestä tiedotus tulee. Useissa pilottityöpaikoissa tiedotus oli jäänyt työterveyshoitajien vastuulle. AHA-valmennuksen osallistujien välillä oli varsin paljon eroa siinä, minkälaisia tiedotusmahdollisuuksia ja -kanavia heillä itsellään oli käytössä. Uusien toimintatapojen implementointisuunnitelmaa laatiessa olisikin tarpeellista pohtia, kuka on kohderyhmän tiedotustarpeiden asiantuntija, ja kenellä voi tai pitäisi olla tiedotusvastuu organisaation eri toimijatasoilla.

Implementoinnin esteenä olivat toisaalta työn organisointiin ja toisaalta sen toteuttamiseen liittyvät tekijät. Kehittämistoimien toteuttamiseen varattu aika ja ajankäytön järjestelyt sekä muut resurssit ovat olleet useissa tutkimukseen osallistuneissa organisaatioissa riittämättömiä. Näyttää siltä, että hankkeen toteuttamista ei oltu välttämättä huomioitu valmennukseen osallistujien ja kohdetyöpaikkojen vastuuhenkilöiden perustyössä, jolloin se muodostui ylimääräiseksi kuormitukseksi, josta oli arjen kiireissä tingittävä. Toisaalta joissakin organisaatioissa ei haluttu tai voitu osoittaa käyttöön hankkeen vaatimia henkilö- ja aikaresursseja. Työn organisoinnin haasteena olivat myös tiedonkulun ja avainhenkilöiden tavoittamisen ongelmat muun muassa lomien, henkilövaihdosten ja organisaatiomuutosten vuoksi.

Tarkasteltaessa implementointiprosesseja työn käytännön toteuttamisen näkökulmasta selvisi, että keskeiseksi esteeksi muodostui se, että kehittämishankkeen toteuttamisen tarve ja siihen liittyvät vastuut eivät olleet eri toimijatasoilla riittävän selkeitä. Useilla työpaikoilla hanke eteni vain työterveyshuollon vetämänä, eikä käytännön toteutuksesta otettu organisaatioissa vastuuta. Uusien toimintatapojen käyttöönottoon tähtääviä hankkeita toteutettaessa olisi tärkeätä, että kehittämishankkeen perusteet ja sen sisältö ovat tiedossa ja ymmärretty kaikilla toimijatasoilla. Implementointia suunniteltaessa on tarpeellista pohtia, onko kehittämistoimien suunnitteluun ja toteutukseen käytävissä riittävästi aikaa ja muita resursseja. Kehittämistehtäviin liittyvät vastuut tulee olla organisaatioissa sovittu ja jaettu riittävän varhaisessa vaiheessa.

## 5.4. Valmennusprosessin merkitys työyhteisöjen alkoholikulttuurin käynnistäjänä

Prosessiarvioinnin toisessa osassa tarkasteltiin alkoholinkäyttöä ja alkoholiongelmien puuttumista yhteisöllisenä ja kulttuurisesti muotoutuvana ilmiönä. Suomessa on perinteisesti alkoholimyönteinen kulttuuri, mutta suhtautuminen juomatapoihin on ambivalenttia. Alkoholien runsasta käyttöä siedetään, mutta alkoholin ongelmakäyttö on stigmatisoitunutta. (mm. Eskola & Saaranen 2001.) Voimakkaan sosiaalisen leimautumisen vuoksi alkoholiongelmien ovat alitunnistettuja ja alihoidettuja (WHO 2013). Alkoholinkäyttöä pidetään yksityisasiana, eikä esimerkiksi työpaikoilla ole ollut tapana puuttua henkilökohtaisiksi miellettyihin asioihin. Työyhteisöissä puututaan alkoholin ongelmalliseen käyttöön vasta sitten, kun sen vaikutukset haittaavat työntekoa, jolloin alkoholiongelma on edennyt jo pitkälle. (Jurvansuu & Hirvonen 2009, Kivistö ym. 2010.) Prosessiarvioinnissa selvitettiin, miten hankkeessa mukana olevien työyhteisöjen alkoholikulttuuri tulee esille mikrotasolla, valmennuksiin osallistuneiden henkilöiden puhetavoissa.

Tutkimusaineistoa tarkasteltiin vuorovaikutusprosessina, ja analysoitiin, miten osallistujat rakentavat puheenvuoroissaan kuvauksia siitä, onko työyhteisössä olemassa alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia ja minkälaisia ne ovat. Puhujat pohtivat, mitä ongelmille pitäisi tehdä, ja kuka tekee tai voi tehdä. Kielenkäyttö on tilannesidonnaista ja se tuottaa seurauksia. Puhujat tuottavat kielen avulla merkityssysteemejä ja kiinnittyvät niihin eri tavoin. Tutkimuksen tehtävänä oli selvittää, minkälaisia muutoksia osallistujien puhetaivoissa valmennusprosessin myötä tapahtuu.

Osallistujien puheenvuoroissa rakentuvia kategorioita ja toimijapositioneja analysoitiin diskurssianalyttisestä näkökulmasta (Jokinen ym. 1993, Jokinen ym. 1999) tarkastelemalla puheenvuoroja, joissa puhujat refleктоivat alkoholinkäyttäjän tai työyhteisön toimintaa sekä omaa toimintaansa. Tällaista reflektionia eri näkökulmista voidaan tehdä myös samassa puheenvuorossa, mutta analyysia varten puheenvuoroja tarkasteltiin aina yhdestä näkökulmasta käsin.

### 5.4.1 Alkoholinkäyttäjän konstruointi

Alkoholinkäyttäjän toimintaa refleктоivissa puheenvuoroissa tuotetaan kuvauksia yksilöstä ja tälle muodostuvista toimijapositioneista. Konstruointia tuotetaan esimerkiksi puhujan omien kokemusten perusteella luomien kategorioiden ja muun muassa median luomien kategorioiden pohjalta. Analyysissa tarkastellaan puheenvuoroissa käytettyjä ilmaisuja, joilla kuvataan alkoholia ongelmallisella tavalla käyttävää yksilöä, hänen toimintaansa ja toiminnan syyt.

Alkoholinkäyttäjä on yhtäältä ”tuntematon alkoholisti”, nimetön ja kasvoton alkoholin uhri, joka on huolenaihe ja valistuksen tai sanktioiden kohde. Yksilöivien ilmaisujen sijaan alkoholinkäyttäjään viitataan usein alkoholiongelma-ilmiön kautta: puhutaan *tapauksista*, *keisseistä* tai *asiasta*. Toisaalta alkoholinkäyttäjä kuvataan jonkin tietyn ryhmän edustajaksi, kuten ”nuoreksi” tai ”mielenterveysongelmaiseksi”, jonka alkoholinkäyttöä selittävät esimerkiksi ryhmän kulttuuri tai vaikkapa kategoriaan kuuluminen sinällään: mielenterveysongelmat ajavat yksilön juomaan.

*Kyllä se sielä näkyy et yksinäiset masentuneet ihmiset niin kyl ne dokaamaan rupee.*

AHA-prosessin edetessä valmennusryhmän jäsenet käyttävät yhä enemmän yksilöiviä ilmaisuja. Alkoholinkäyttäjistä ei puhutakaan jonkin kategorian edustajana, vaan yksilönä. Alkoholinkäyttäjä voi olla puhujan vertainen, työkaveri, samanlaisessa elämäntilanteessa oleva tai saman ammatin edustaja, jonka alkoholinkäyttöä selittävät esimerkiksi työpaineet ja stressi. Toisaalta alkoholinkäyttäjä voi olla puhujan läheinen, yksilö, jonka persoonassa on muitakin ulottuvuuksia kuin alkoholinkäyttö.

*Hänellä oli vähän vapaampi työ kun meillä, ja se oli hänen semmosta villimpää aikaa ni se jäi sinne viihteelle. --- Mut ehkä se ei enää ihan noin käyttäytyis, se oli varmaan semmonen tietynlainen elämänvaihekin --- Ehkä siitä oli vähän apua kuitenkin ja se oli ehkä kiitollinen että mä sanoin koska en mä usko että se itekään halua niinku sillee käyttäytyä jatkuvasti.*

Puheenvuoroissa puntaroidaan alkoholinkäyttäjälle muodostuvia toiminnan mahdollisuuksia, ja liikutaan toivottomuudesta ja väistämättömyydestä kohti muutoksen mahdollisuutta. Selviytyminen rakentuu puheenvuoroissa kuitenkin ehdollisena, läsnä on epäonnistumisen mahdollisuus.

*Puhuja 1: Näyttää oikein hyvältä se kaveri tällä hetkellä.*

*Puhuja 2: Lisä, tällä hetkellä*

*Puhuja 1: Nii.*

## **5.4.2 Työyhteisön toiminnan konstruointi**

Työyhteisön toimintaa reflektioivissa puheenvuoroissa keskeinen toiminnan kohde on alkoholia ongelmallisella tavalla käyttävä yksilö. Työyhteisöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä sekä AHA-valmennukseen osallistuneiden omia työyhteisöjä että työterveyshuollon edustajien osalta asiakastyöyhteisöjä. Analyysissa tarkastellaan, minkälaisia toimijapositioneja työyhteisölle muodostuu eri puhetoimissa, ja minkälaisia muutoksia työyhteisön toiminnan konstruoinnissa voidaan hahmottaa. Paitsi suhteessa alkoholia käyttävään yksilöön, työyhteisön toimintaa konstruoiduissa puheenvuoroissa rakentuu toimijapositioneja myös suhteessa alkoholinkäyttöön ilmiönä. Puhetavat ovat samansuuntaisia kuviossa 2 kuvattujen, yksilöön suhteutuvien toimijapositioneiden kanssa.



Kuvio 14: Työyhteisön toimijapositionit suhteessa alkoholia käyttävään yksilöön

Valmennuksen alkuvaiheessa työyhteisöissä ei tunnisteta alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmien olemassaoloa tai niitä ei pidetä mahdollisena. Toisaalta joissakin työyhteisöissä ongelmat tunnistetaan, mutta niitä piilotellaan työyhteisössä. Valmennuksen edetessä puheenvuoroissa rakentuu kuva riskiin havahtuvasta työyhteisöstä. Työyhteisössä tunnustetaan alkoholin ongelmakäyttäjän muodostama riski tai uhka työyhteisölle, joko konkreettisten kokemusten tai riskien ennakoinnin myötä. Työyhteisössä syntyy tarve tunnustaa alkoholinkäyttäjät, jotta riskiä voitaisiin hallita. Työyhteisössä suunnitellaan keinoja hallita alkoholiriskejä ja lopulta otetaan keinot käyttöön. Toisaalta työyhteisön toimintaa konstruoidaan myös yksilön tukemisen näkökulmasta – työyhteisö kantaa vastuuta jäsentensä hyvinvoinnista.

Työyhteisöjen muutosprosesseja voidaan hahmottaa niin, että työyhteisön toiminta etenee tunnistamattomasta tai piilotetusta ongelmasta riskiin havahtumisen ja hallinnan tarpeen syntymisen kautta kohti hallinnan keinojen suunnittelua ja konkreettisia toimia. Eri työyhteisöt ja niiden toimijat ovat keskenään eri vaiheissa ja etenevät eri tahdissa.

### **5.4.3 Oman toiminnan reflektointi**

AHA-valmennukseen osallistuneiden omaa toimintaa reflektoivien puheenvuorojen analyysin avulla tarkasteltiin, minkälaisia toiminnan mahdollisuuksia ja toimijapositioneja puheenvuoroissa tuotetaan. Puheenvuoroissa reflektoidaan toimintaa sekä omassa työyhteisössä (työsuojeluorganisaatio, työterveyshoitajat alkoholi-asiantuntijana omassa työyhteisössään) että asiakastyöyhteisössä (työterveyshoitajat). Analyysia varten aineistosta on poimittu sellaiset puheenvuorot, joissa puhuja reflektoi omaa toimintaansa suhteessa ennaltaehkäisevään päihdetyöhön ja alkoholiongelmaan puuttumiseen. Tähän joukkoon kuuluu myös oman ammattiryhmän toiminnan reflektointi: ”me terveydenhoitajat toimimme näin”. Tässä raportissa kuvataan, miten AHA-valmennuksen osallistujat rakentavat puheenvuoroissaan aluksi eri asteisesti problematisoituja toimijapositioneja, joista edetään kohti muutosagentti-asemaa. Tarkempi analyysi muutosagentti-asemaa rakentavista puheenvuoroista on esitetty tutkimustuloksista julkaistavassa artikkelissa (Logren, tulossa).

Analyysin aluksi puheenvuorot luokiteltiin kolmeen luokkaan, kokemus-, tekemis- ja tunnepuheeseen. Kokemuspuhe sisältää ilmaisuja tiedosta ja kokemuksesta, eli siitä, onko jokin asia tuttu vai ei. Tekemispuheeksi on luokiteltu sellaisia ilmaisuja, joissa puhuja kertoo omasta toiminnastaan, joko menneestä tai tulevaisuudessa tapahtuvaksi suunnitellusta tai ennakoitusta toiminnasta. Tunnepuhe sisältää erilaisia positiivisia ja negatiivisia affektiivisia ja arvioivia ilmaisuja. Analyysin seuraavassa vaiheessa tarkasteltiin kokemus-, tekemis- ja tunnepuheen painottumista eri puheenvuoroissa, ja muodostettiin luokittelu eri puhetavoista. Analyysin lopuksi hahmotettiin, miten

eri puhetapoja käytetään valmennusprosessin eri vaiheissa, ja minkälaisia yksilöllisiä muutoksia puhetapojen käytössä tapahtuu valmennusprosessin kuluessa.

Kokemus-, tekemis- ja tunnepuhe ovat puhujan omaa toimintaa reflektioivissa puheenvuoroissa usein samanaikaisesti läsnä, mutta niillä toteutetaan eri funktioita. Kokemuspuheella tuotetaan selontekoja ensinnäkin siitä, millaista tietoa puhujalla on alkoholiasioista ja niiden käsittelystä. Toiseksi kokemuspuheella kuvataan sitä, millaisissa tapahtumissa ja tilanteissa ollaan itse oltu osallisena joko työssä tai yksityiselämässä. Tekemispuheella kuvataan omaa toimintaa näissä tapahtumissa. Tunnepuheella sen sijaan tuotetaan kuvauksia siitä, miten puhuja arvioi näitä tapahtumia ja miten hän suhtautuu niihin: mitä hän niistä ajattelee ja tuntee. Ne voivat olla keskenään erilinjaisia ja rakentaa jopa samassa puheenvuorossa erityyppisiä toimijapositioneja.

Esimerkiksi seuraavassa aineisto-otteesta työterveyshuollon edustaja kuvaa toimivansa työssään aktiivisesti: hän ottaa alkoholiasiat usein puheeksi ja jakaa tietoa. Puheenvuorosta käy ilmi myös se, että työpaikalla on tapana käyttää työväliseen audit-kyselyä<sup>3</sup>. Toisaalta puhuja rakentaa tunnepitoisin ilmauksin kuvausta ongelmallisesta, jopa liian aktiivisesta toiminnasta: hän *tarraa herkästi* alkoholiasioihin, niin että hänen täytyykin *jarrutella* itseään. Asiantuntijaposition rinnalle rakentuu kuva henkilökohtaisella tasolla kokevasta yksilöstä, joka tuntee surua asiakkaidensa alkoholinkäytöstä.

*Hirmu herkästi työssänikin niin mä varmaan, ihmiset huomaa että mä tarraan siihen asiaan aika herkästi ja rupeen kysymään ja neuvomaan ja kertomaan mitä haittoja siitä on. Ja mä tuun hyvin surulliseksi kun ihmisillä on auditit, mitä meillä terveystarkastuksissa kysytään, niin siellä on pitkälle toistakymmentä [pistettä] --- kyllä mulla on semmonen vaaran paikka aina siinä että mun pitää aina jarrutella vähän itteeni.*

Tarkasteltaessa puheenvuoroja, joissa kokemus-, tekemis- ja tunnepuhe muotoutuvat ja painottuvat eri tavoin, voidaan hahmottaa erilaisia puhetapoja, joita käyttämällä valmennukseen osallistujat puntaroivat omaa toimija-asemaansa ja toimintamahdollisuuksiaan. Puheenvuoroissa pohditaan ja tuotetaan selontekoja toiminnasta sekä kuvauksia puhujan roolista työyhteisössä ja toimija-asemasta ensinnäkin suhteessa ongelmalliseen alkoholinkäyttöön ilmiönä, toiseksi suhteessa alkoholia ongelmallisella tavalla käyttävään yksilöön, ja kolmanneksi suhteessa omaan työyhteisöön, ja työterveyshuollon edustajien osalta myös suhteessa asiakastyöpaikkaan.

---

3 Alcohol Use Disorders Identification Test. Alkoholin riskikäytön tunnistamiseen kehitetty mittari, joka soveltuu myös toimintakyvyn arviointiin kuvaamalla alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia ja seurauksia. (TOIMIA-tietokanta).

## Asiantuntijuuden rakentuminen ja problematisoiduiksi muotoutuvat toimija-asetat

Eryyisesti valmennusprosessin alkuvaiheessa osallistujat refleктоivat kokemuksiinsa alkoholisioista. Puheenvuoroissa pohdittiin omaa asemaa alkoholisioiden asiantuntijana ja tuotettiin eri tavoin problemaattisiksi muotoutuvia toimija-asetmia. Asiantuntijuutta rakentavat puhettavat on kuvattu taulukossa 2.

Taulukko 3. Asiantuntijuuden rakentuminen

<b>Millainen asema puhujalle muodostuu eri puhettavoissa</b>	<b>• suhteessa alkoholin ongelmakäyttöön ilmiönä</b>	<b>• suhteessa alkoholia käyttävään yksilöön</b>	<b>• suhteessa työyhteisöön ja/ tai asiakastyöpaikkaan</b>
Noviisi: heikko asiantuntijuus	Ei lainkaan tai vain vähän kokemusta ja tietoa. Sivustaseuraaminen.	Niukasti kokemusta ja kontakteja. Huoli, hämmennys, ihmettely, auttamisen halu, ahdistus.	Ammattirooli voi vaatia toimimaan: keinottomuuden tunne, yksinään toimiminen.
Konkari: vahva asiantuntijuus	Paljon kokemusta ammatillisen ja/ tai maallikkokokemuksen myötä. Asiantuntijuus, ilmiön tarkkailu.	Hoidon tai toimenpiteiden toteuttaja, valvoja.	Työyhteisön toimintatapojen ja ehtojen mukaisesti toimiminen.

Noviisi- ja konkaripuhettavoissa osallistujat rakentavat kuvaa itsestään joko alkoholisioiden asiantuntijana tai kokemattomana. Konkari puhettavassa tuodaan esille pitkä kokemus ja alkoholisioiden tuttuus ja useus työtehtävissä. Toisaalta konkaripuheella voidaan kertoa alkoholin ongelmalliseen käyttöön liittyvästä kokeneisuudesta omassa yksityiselämässä, kuten perheenjäsenten tai ystävien alkoholiongelmista. Konkari puhettavalla tuotetaan kuvaus ilmiön hyvin tuntevasta ja sitä seuraavasta asiantuntijasta, joka valvoo ja hoitaa alkoholia käyttävää yksilöä. Tunnepuhetta on niukasti.

*Työterveyshuollon edustajat:*

*”Tähän on koko työelämän aikanen asia ollu.”*

*”Päivittäin puhutaan alkoholisioita asiakastyössä.”*

*Perheenjäsenen alkoholismista kertova puhuja:*

*”Esimerkiks yskänlääkkeet meilläki katottiin hyvin tarkkaan et siel ei oo alkoholi, koska sehän voi olla pelkkä tuoksukin mikä laukasee sen et lähet taas kierteeseen.”*



Noviisipuhetavassa kokemuspuheessa korostuu kokemuksen ja tiedon vähäisyys, ja tunnepuheessa hämmennys ja huoli. Vaikka puhujalla olisi esimerkiksi ammattiroolin-  
sa vuoksi jonkin verran kokemusta alkoholihaitoista tai niiden käsittelystä, puheessa painottuu keinottomuuden ja osaamattomuuden tunne. Alkoholista käyttävistä yksilöistä tunnetaan huolta ja ihmetystä, mutta henkilökohtaisia kontakteja ei ole. Noviisipuhetapa esiintyy aineistossa harvoin yksinään. Sama puhuja voi käyttää molempia puhetapoja ja rakentaa itsestään kuvaa vuorotellen sekä konkarina että noviisina. Tulkitseen tämän olevan asiantuntijuuden rajojen refleктоimista: tietyssä roolissa kokemusta on, mutta toisessa roolissa välttämättä ei. Esimerkiksi seuraavassa aineisto-otteesta työterveyshuollon edustaja, joka on aikaisemmissa puheenvuoroissaan rakentanut vahvaa konkaripositiota, pohtii oman henkilökohtaisen kokemuksen puuttumisen merkitystä työssään. Puhuja tuo yksityiselämän kokemuksen vähäisyyden esille ikään kuin itselleen uutena, yllättävänäkin tietona, joka voi vaikuttaa toimintamahdollisuuksiin asiakastyössä.

*Mä joo ymmärrän et se on sairaus, enkä millään tavalla koe tuomitsevani ihmistä sen takia. --- Vaikka itel on hirveen vähän niinku tossa huomasi et **eihän mul itseasiat oo kauheesti tämmöstä pohjaa että mä vois ymmärtää, sanoo ihmiselle et joo tiedän mistä on kyse, kun ei lähipiirissäkään oo et ois kauheesti nähny sitä että mitä kaikkee surkeutta se tuo sitten mukanaan.***

Noviisipuhetavalla kuvataan toimija-asemia myös suhteessa työyhteisöön. Noviisi odottaa yhteistyökontaktia työyhteisöltään. Noviisi voi joutua tai ennakoit joutuvansa ottamaan sellaista vastuuta, jota ei ole kykenevä kantamaan.

*Itse tässä työsuojeluvaltuutetun tehtävässä ei oo nyt kertaakaan tullu, paitsi tällä viikolla esille että, kukaan esimies ei oo kertonu että olis tämmöst ongelmia tai tarvitsis apua tälläsen ongelman eteenpäin viemisessä tai ratkaisussa, ja viimeks mä kysyinkin että onko meillä [toimialueella] alkoholiin liittyviä ongelmia, koska niitä ei oo sattunu mun omalla työpaikalla, ja ei oo sitten työsuojeluvaltuutettunakaan. Paitsi nyt tällä viikolla on hiukan sivuttu yhdessä keskustelussa asiaa.*

*Et tää on niinku yksin vähä uiskentelis jossakin ja, mieltii että mitenäs tää saadaan että ku ei voi ottaa sellasta vastuuta, tavallaan, vaikka on siinä apuna tukena, mutta kyllä heidän täytyy esimiehenä ymmärtää myöskin.*

*Mutta mähän en oo asiantuntija, mä en voi ottaa vastuuta enkä, muuta kun neuvoo eteenpäin että, keneltä.*

Konkaripuhetavalla tällaista reflektointia toimija-asemista suhteessa työyhteisöön tehtiin niukasti. Kokemukset toiminnasta erilaisissa työyhteisöissä tai yhteistyöstä niiden kanssa tuotiin esille eksplisiittisesti työyhteisön toimintaa reflektoivin puheenvuoroin, kuten seuraavassa esimerkissä: *”On myös olemassa sellasia yrityksiä jotka niinku kokee että heidän on helpompi päästä eroon näistä henkilöistä jos sitä päihdeohjelmaa ei ole, et heil ei oo sitä velvotetta sit hoitoon (ohjaamisen) prosessiin, niin tätäkin on matkan varrella kyllä tullut vastaan.”* Aineisto-otteesta on luettavissa, että puhujalla on kokemusta tilanteista, joissa toimintamahdollisuudet työterveyshoitajana voivat olla rajalliset ja muotoutua työyhteisön ehdoilla, mutta puhuja ei tarkemmin tuota kuvausta omasta toimija-asemastaan.

Omaa toimintaa refleктоimalla tuotettiin myös problemaattisiksi muotoutuvia toimija-asemia suhteessa työyhteisöön ja alkoholia käyttävään yksilöön. Noviiispuheessa toimija-asema muodostuu problematisoiduksi kokemuksen vähäisyyden vuoksi. Konkaripuheessa toimija-asema ei rakennu eksplisiittisesti problematisoiduksi, mutta konkaripuheen yhteydessä usein käytetty, kokemusta purkava puhetapa sen sijaan niin tekee. Taulukossa 3 on kuvattu, miten toimija-asemat muotoutuvat problemaattisiksi eri puhetavoissa.

*Taulukko 4. Problemaattisiksi muotoutuvat toimija-asemat*

<b>Millainen asema puhujalle muodostuu eri puhetavoissa</b>	<b>- suhteessa alkoholin ongelmakäyttöön ilmiönä</b>	<b>- suhteessa alkoholia käyttävään yksilöön</b>	<b>- suhteessa työyhteisöön ja/tai asiakastyöpaikkaan</b>
Noviisi: heikko asiantuntijuus	Ei lainkaan tai vain vähän kokemusta ja tietoa. Sivustaseuraaminen.	Niukasti kokemusta ja kontakteja. Huoli, hämmennys, ihmettely, auttamisen halu, ahdistus.	Ammattirooli voi vaatia toimimaan: keinottomuuden tunne, yksinään toimiminen.
Kokemuksen purku:	Turhautuminen, voimattomuus, keinottomuus.	Vastapeluri, inho, pelko, suru.	Turhautuminen, ärsyyntyminen.

Kokemusta purkavassa puhetavassa korostuvat negatiiviset tunnepitoiset ilmaisut ja arviot. Suhde työyhteisöön, tai työterveyshuollon edustajien osalta asiakastyöpaikkaan, on hankala. Puheenvuoroissa rakentuu kuva aktiivisesti yhteistyöhön pyrkivästä toimijasta, joka törmää jatkuvasti välinpitämättömyyteen, vähättelyyn tai vastustukseen. Toiminta määrittyy vaikeaksi, turhauttavaksi ja voimattomaksi, jopa turhaksi.

*Mun täytyy kyl sanoo et kyl se on paljo vaikeuttanu tätä minunkin, tän asian eteenpäin viemistä tämä vastarannankiiskinä olo sielä.*

*Jotenki mä koen kun tuolla pääkonttorilla on muutenkin ollu usein vaikeeta saada sieltä mitään, kaikki venyy ja paukkuu.*

*Mulla oli se tiimipalaveri silloin heti seuraavalla viikolla, siit on aika paljon aikaa mutta mulla on sellanen tunnetila että vähän on kuin tuuleen puhaltelis tai huutelis, eli nää ei oikein tahdo ottaa semmosta tuulta alleen että kyllä vähän yksin saa jutella ja kertoa, mitään suurempaa hämmästyystä mikään ei herätä, ja semmosta et ei synny kunnan keskustelua.*

Seuraavassa otteessa puhuja viittaa itseensä ilmaisulla ”*puhu mitä puhut*”. Puheen- vuorossa rakentuu kuva siitä, että aktiivisellakaan toiminnalla ei lopulta ole vaikutusta, lopputuloksena on kuitenkin alkoholinkäyttäjän irtisanominen. Toisaalta puheenvuorossa tulee esiin tilanteisuus: ilmaisu ”*on skeptinenki päivä*” pitää sisällään ajatuksen siitä että on toisenlaisiakin päiviä, jolloin toiminta voi näyttäytyä merkityksellisenä ja mielekkäänä.

*Tää nyt on vähä jotenkin että on skeptinenki päivä että puhu mitä puhut mutta irtisanoaan se ihminen kuitenkin.*

Puhujan suhde alkoholia käyttävään yksilöön – asiakkaaseen, työtoveriin tai läheiseen – on vaikea. Alkoholia käyttävä yksilö on omaa alkoholinkulutustaan vähättelevä, jopa valehteleva, toimenpiteiden ulottumattomiin lipeävä tai kerta toisensa jälkeen retkahtava ”vastapeluri”. Tunnepuheessa korostuu suru, pelko ja inho, ja toisaalta voimattomuuden ja keinottomuuden tunne.

*Mul on vähän toi sama että, hoitoonohjaus samalla henkilöllä toisen kerran ja, edelleen ”ei ole alkoholiongelmaa” ja esiharkintavaihe on ( ). Siinä musta työn- antaja on todella pitkämielinen et tää on ihan eri asiakasyritys. Jotenki hänen kanssaan mulla, mä, onneks hän on myös nyt a-klinikalla uudelleen mutta tota, hänellä on paljon muita ongelmia ja siitä syystä varmaan ( ) osasyynä että myös tämä ei jotenkaan niinku hänelle tämä asia niinku, hän on haasteellinen jotenki tässä hoitoonohjauksessa ainakin mä koen näin että. Meil on tulossa nyt sit tämmönen a-klinikan kanssa yhteispalaveri. Toista kertaa hoitoonohjauksessa eikä vielä kukaan jotenkaan itse ymmärrä asian vakavuutta, niin mitä on tehtävissä.*

*Läheisen päihteidenkäytön vaiheista kertova puhuja: Et näitäki onnen hetkiä on ollu sitte neljä viis kappaletta, mutta ku se aina sitte palaa sinne alas niin se tuntuu minusta toivottomalta tää asia, mä niin eläydyn tähän niin vakavasti koska sen näkee siinä.*

*Lapsuuden kokemuksista kertova puhuja: Nää rillumareipojat siinä kun nuoria aikuisia olivat ja heil oli haulikkoja, niin metsästäivät niin mä pelkäsin aika paljon sitä että millonka tulee, kun kuuli että heil oli hauskaa.*

*Puhuja: Se on nyt jatkunu niin monta vuotta et en mä ainakaan enää osaa tehdä mitään.*

*Kouluttaja: Mut sä oot kuitenkin sanonu*

*Puhuja: Oon sanonu, monta kertaa. Monta kertaa ja viimeks just sanoin et sä oot vasta [ikä] ja elämä on tossa.*

*Kouluttaja: Haluuks hän läh-, tehä ite sille asialle yhtään mitään, onks motivaatiota.*

*Puhuja: En mä koe et mä enää pystyn tekeen mitään.*

*Kouluttaja: Mut että mä kysyin että onko hänellä mitään motivaatiota.*

*Puhuja: Ai hänellä, siis joo hänel varmaan tulee se motivaatio aina sillan tällön et lähetään katkolle. Sit käydään siel katkolla ja sit ((naksauttaa)) ehkä menee viikko kaks, sitte se on taas.*

Noviisipuheella rakennetaan heikkoa asiantuntijuutta, joka muodostuu eksplisiittisesti problemaattiseksi toimija-asemaksi juuri kokemuksen ja tiedon puuttumisen vuoksi. Konkaripuheen ja kokemusta purkavan puheen rinnakkaisuus taas rakentaa yhtäältä vahvaa asiantuntijuutta, mutta kuvaa toisaalta lukuisten negatiivisten kokemusten myötä syntynyttä voimattomuutta, väsymistä ja turhautumista. Siksi toimija-asema muodostuu vahvasta asiantuntijuudesta huolimatta problemaattiseksi.

### **Muutosagentti-asemaa rakentavat puhetavat**

Valmennusprosessin edetessä aineistosta on tunnistettavissa puhetapoja, joissa reflektoidaan paitsi jo koettuja tapahtumia ja tilanteita, pohditaan myös tulevaa toimintaa ja toimintamahdollisuuksia siitä näkökulmasta, minkälaista muutosta omassa toiminnassa on tapahtunut tai arvioidaan tapahtuvan. Puhetavat rakentavat eriasteisesti puhujalle muutosagentti-asemaa työyhteisössään, ja ne on nimetty *oppijaksi, kehittäjäksi, sitoutujaksi ja suorittajaksi*. (Logren, tulossa)

Oppija-puhetavassa painottuu tiedon ja toimintamallien etsiminen ja vastaanottaminen. Puhetavassa nimetään konkreettisia oppimistavoitteita ja kuvataan "havahtumista" tai "heräämistä" alkoholi-asioiden suhteen. Puhuja kuvaa alkaneensa tunnistaa ongelmallisen alkoholinkäytön tunnusmerkkejä ja havaita alkoholia ongelmallisella tavalla

käyttäviä yksilöitä ympäristössään. Puhuja kertoo välittävänsä oppimaansa tietoa ja toimintamallejaan työyhteisölleen, mutta pohtii, minkälaista kerrottavaa hänellä olisi, jota yhteisössä ei jo tiedettäisi ja tunnettaisi.

Kehittäjä-puhetavassa puhujan toiminta rakentuu aktiiviseksi ja oma-aloitteiseksi. Puhetavassa määrittyvä toimija kyseenalaistaa työyhteisön toimintatapoja, pohtii erilaisia toimintamahdollisuuksia, tarjoaa apuaan ja herättelee työyhteisöä kehittämään toimintaansa. Kehittäjä jakaa tietoa ja toimintamalleja työyhteisössä, ja hänellä voi olla mahdollisuus antaa työyhteisönsä jäsenten toteutettavaksi erilaisia tehtäviä. Puhuja kuvaa tunnistavansa henkilöitä, jotka käyttävät alkoholia ongelmallisella tavalla, ja pohtii keinoja aktiiviseen etsimiseen. Puhuja kyseenalaistaa omaa toimintaansa, esimerkiksi pohtii omia asenteitaan ja niiden vaikutusta alkoholioasioissa toimimiseen, tai käytössään olevia toimintatapoja ja niiden tilanteisia rajoituksia.

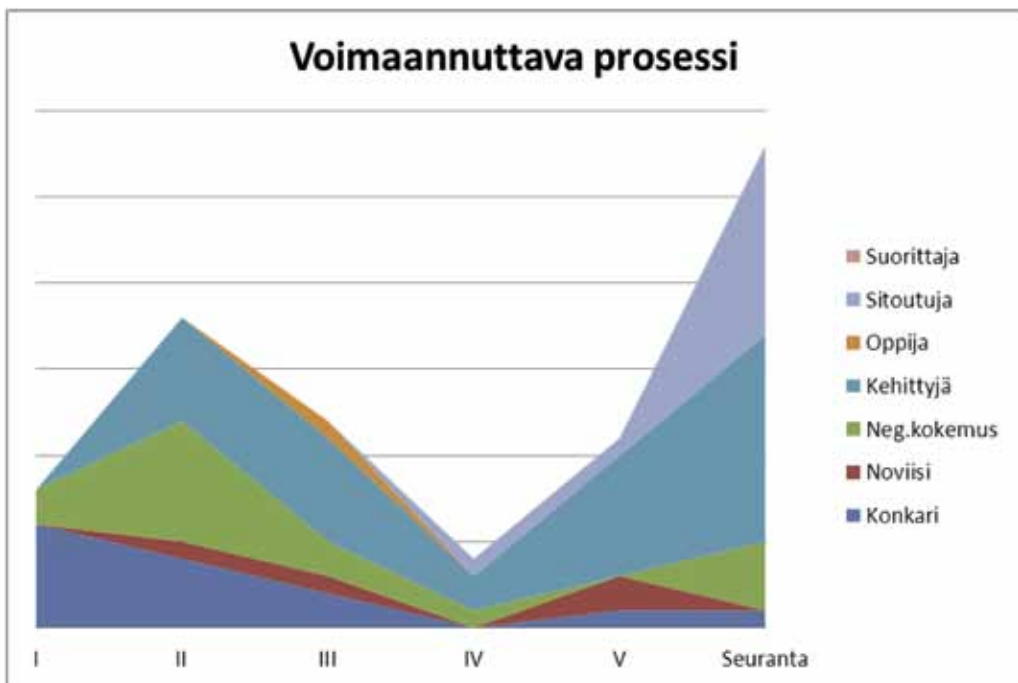
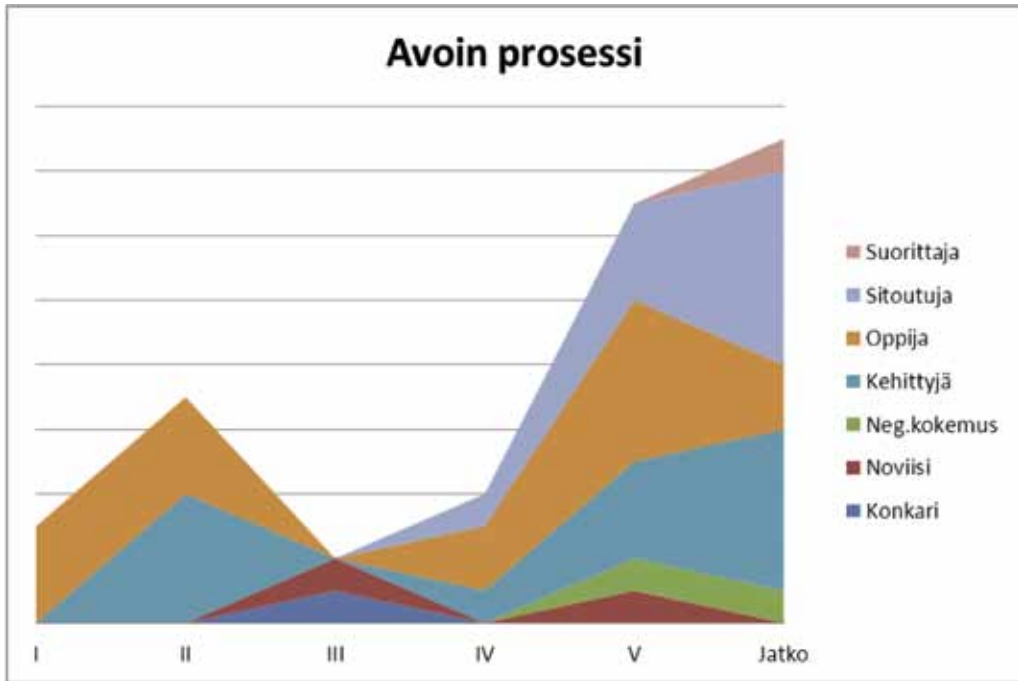
Sitoutuja-puhetavassa reflektoidaan omaa toimintaa ja sen muutoksia, ja tunnepuhetta on hyvin vähän. Verrattuna kehittyminen-puhetapaan, jonka avulla pohditaan erilaisia toiminnan ja sen kehittämisen mahdollisuuksia, muutosagentti-puhetavalla tuotetaan selontekoja jo toteutuneesta toiminnasta. Puhetavassa reflektoidaan oman toiminnan muutosta ja verrataan uutta toimintatapaa aikaisempaan. Puhetavan avulla tuotetaan kuvaus aikaisemmasta, ehkäpä vähäisestä kokemuksesta johtuneesta toiminnasta, jonka nyt arvioidaan olevan tuloksetonta tai muuten heikosti toimivaa. Puhetavassa tehdään näkyväksi ero nykyiseen, kehittyneeseen ja tuloksellisempaan toimintatapaan. Sitoutuja on aktiivinen, oma-aloitteinen toimija, joka suunnittelee ja toteuttaa toimintaa tietoisesti. Sitoutuja ottaa aktiivisesti vastuuta myös kohtamastaan vastustuksesta huolimatta, ja hakee toimintaan yhteistyökumppaneita. Suhteessa alkoholia käyttävään yksilöön sitoutuja ei ole vastapeluri, vaan herättelee, tarjoaa toimintamahdollisuuksia ja tukee. Toisaalta hän sitouttaa yksilöä eikä anna periksi vastustusta kohdatessaan.

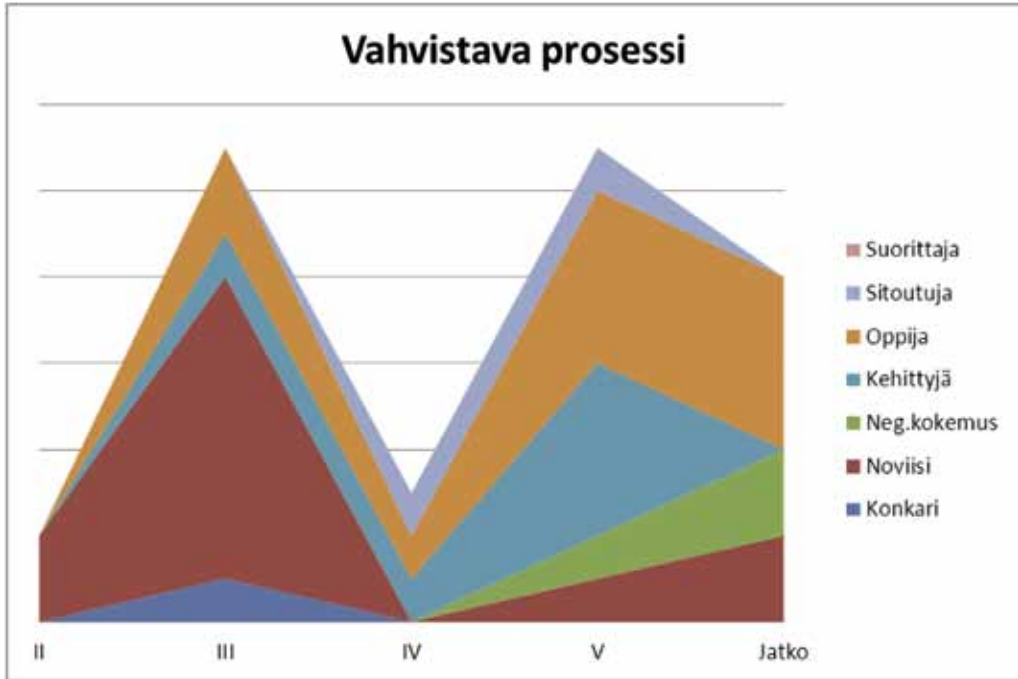
Sitoutuja-puheen kanssa samansuuntainen on vastustus-puhetapa, jossa puhuja määrittäytyy yhtäläillä aktiiviseksi ja yhteistyötä tekeväksi, mutta siinä missä muutosagentti on oma-aloitteinen ja motivoitunut toimimaan, vastustus-puhetavassa korostuu toimiminen esimerkiksi ammattiroolin velvoittamana. Tässä puhetavassa puhuja toteuttaa työtehtävänsä mukaisia vaatimuksia ja suorittaa tarpeelliset toimenpiteet, mutta ei ota omakseen muutosagentin asemaa. Päinvastoin muutosagentiksi määrittymistä vastustetaan, ja kuvataan toimintaa ammattiroolin mukaisesti, ennemminkin ulkoisesta vaatimuksesta kuin omasta aktiivisuudestaan johtuvaksi.

## **Puhetapojen prosessiluonteinen muutos**

Tarkasteltaessa eri puhetapojen ajallista sijoittumista valmennusprossin eri vaiheisiin, on aineistossa tunnistettavissa kaksi selkeästi erityyppistä prosessia. Vallitseva prosessikulku, joka on nimetty avoimeksi prosessiksi, etenee siten, että valmennuksen kuluessa puhuja rakentaa eriasteisesti itselleen muutosagentin asemaa. Toiseksi aineistosta on nähtävissä prosessikulku, jossa puhuja rakentaa valmennusprosessin alkuvaiheissa problematisoitua toimijapositiona, josta siirrytään vähitellen kohti muutosagentin asemaa. Aineistosta löytyy yksi tapaus, joka ei sovi edellä mainittujen prosessien kategorioihin, ja se on nimetty akuutin kriisin prosessiksi. Akuutin kriisin prosessissa toimija-asema rakentuu problematisoiduksi, eikä siirtymää kohti muutosagentin aseman rakentumista tapahdu. Yksittäisiä prosessikulkuja vertailemalla käykin selväksi, että valmennuksen osallistujat etenevät keskenään hyvin erilaisessa tahdissa ja ovat eri vaiheissa eri aikaan.

Problematisoidusta toimijapositiona käynnistyviä prosessikulkuja tarkastelemalla on mahdollista hahmottaa kaksi erityyppistä muutosprosessia. Ensinnäkin aineistossa on tunnistettavissa muutosprosessi, jossa konkariasemasta siirrytään negatiivisten kokemusten purkamisen ja kehittämistarpeiden tunnistamisen kautta uudelleen toimintaan ja muutosagentin asemaan. Tässä prosessissa avaimena on toimintamahdollisuuksien tunnistaminen, ja se on nimetty voimaannuttavaksi prosessiksi. Toiseksi aineistossa on nähtävissä oppimisprosessi, jossa noviisiasemasta siirrytään vähitellen keinojen oppimisen kautta muutosagentin asemaan. Avaimena tässä prosessissa on uusien tietojen, taitojen ja keinojen oppiminen. Tämä prosessi on nimetty vahvistavaksi prosessiksi. Seuraavissa kuvioissa on esitetty kolme esimerkkiä erityyppisistä prosessikuluista (kuvio 14).





Kuvio 15: Avoin prosessi, voimaannuttava prosessi, vahvistava prosessi!

#### 5.4.4 Muutoksen avaimena kokemusten jakaminen

Edellä on tarkasteltu puhetapoja, joissa valmennuksen osallistujat reflektivat omaa toimintaansa, työyhteisönsä toimintaa ja rakentavat kuvauksia alkoholia käyttävästä yksilöstä ja tämän toiminnasta. Puhetavoissa rakentuu toimija-asemia, joissa toiminnan mahdollisuudet ja rajoitukset muotoutuvat eri tavoin. Ajallista variaatiota puhetapojen esiintymisessä valmennusprosessin eri vaiheissa selittää osittain valmennuskertojen ohjelma, mutta tulokset antavat viitteitä myös siitä, että valmennuksen kuluessa tapahtuu prosessinomaisia muutoksia.

Puheentapojen analyysin yhtenä perustana oli luokittelu kokemus-, tekemis- ja tunnepuheeseen, jotka painoutuivat puhetavoissa eri tavoin. Tunnepuhe oli erityisen painottunutta kokemusta purkavassa puhetavassa, jota käytettiin sekä reflektoidessa omaa ja työyhteisön toimintaa, että tuotettaessa kuvauksia alkoholinkäyttäjistä ja tämän toiminnasta.



## Kielteisten kokemusten purkaminen ja oman alkoholisuhteen reflektointi

Edellisessä luvussa on kuvattu, miten omaa toimintaa refleктоiva, negatiivista koke-  
musta purkava puhetapa rakentuu, ja minkälaisia toimija-asemia se tuottaa. Negatii-  
visia kokemuksia purkavalla puhetavalla on myös muita funktioita. Sen avulla voidaan  
reflektoida omia tunteita ja niiden merkitystä toiminnan kannalta ja reflektoida omaa  
suhdetta alkoholinkäyttöön.

Seuraavassa esimerkissä ensimmäinen puhuja arvioi sanaleikin avulla kokemuksiaan  
alkoholiasioiden kanssa toimimisesta. Toinen puhuja vitsailee neljännen ”veen” olevan  
”vihainen”. Ensimmäinen puhuja torjuu ehdotuksen, ja arvioi, että voimakkaat tunteet,  
”tunteiden kuohuminen” voisivat uhata jaksamista ja siten hankaloittaa työskentelyä.

*Puhuja 1: Mä oon ottanu tämmösen neljän ”veen” nyt, että tää asia on vaikea,  
tätä vähätellään, asenne on jopa välinpitämätön, sitte ja mä en muista mitä yks  
vielä oli mutta kaikki, siis semmosta, ihan totta.*

*Puhuja 2: Sinä olet vihainen*

*Puhuja 1: En mä oo vihainen koska sitä ei jaksu jos sen, hirveesti tunteet kuohuu.  
Ihan totta et se on semmonen, vähätellään sitä mitä oma toiminta on.*

Seuraavassa aineisto-otteessa työterveyshuollon edustaja kuvaa kokemustaan AA-  
ryhmäkäynnistä myönteiseksi, mutta rakentaa puheenvuorossaan myös jännitettä  
käyttämällä tunnepitoisia ilmaisuja, kuten ”menin varovasti” ja ”kauheeta”. Puhuja  
määrittelee AA-ryhmän varsinaiset asiakkaat kuuluvaksi eri kategoriaan kuin itsensä,  
ja tuo esille myös huolen siitä, että joutuisikin itse määritellyksi alkoholiongelmaisen  
kategoriaan.

*Kouluttaja: Sit teillä oli se käynti siellä avoryhmässä, AA-ryhmässä, minkälaisia  
kokemuksia?*

*Puhuja: Se oli ihanaa, ihana kokemus, mä menin s- varovasti, sinne päivällä  
kysymään et onkohan tähään semmonen ryhmä ja voinko mä tulla, ku se on  
semmosen kahvilan yhteydessä se missä se pidetään ja hirveesti mua sit hä-  
vetti, mä sit mietin siel ovel et **kauheeta minkälaista ( )**, **sakkii tuo on** et  
voiskohan tuonne mennä kysymään ja, **mietin et jos joku tuttu aattelee ”ai  
tollaki on ongelma et enpäähän ois uskonu”**.*

Myöhemmin (otteen ulkopuolella) puhuja pohtii vielä useassa puheenvuorossa, miten  
tavallisia ja ”ihan normaaleja ihmisiä” ryhmässä kävijät olivat, ja miten vaikeata olisi  
voinut päältäpäin arvata heillä olevan alkoholiongelmia. Sitten puhuja reflektoi omaa  
tunnekokemustaan ja oman asenteensa tunnistamista (seuraavassa otteessa):

*Mun kollega sano et älä sano ollenkaan, et mee sinne vaan ja oot hiljaa, et kerro mitään, sano et sä et vaan halua puhua. Mut sit mä aattelin et en mä kehtaa, joku voi luulla. Et vaan omaa asennettaan pitää et kauheeta et jos joku luulis et mäki oon joku ongelmainen, et se **ihan selkeesti mä huomasin et mul oli itellä tämmönen, et se ois tosi noloo**, et pakko sanoo et minä vaan työn puolesta tässä projektissa.*

Kokemusta purkavalla puhetavalla voidaan reflektoida myös omaa alkoholinkäyttöä. Useimmiten oma käyttö määritellään "normaaliksi" ja "vähäiseksi", tai tehdään jopa jyrkkää eroa ongelmallisen alkoholinkäytön ja alkoholia ongelmallisella tavalla käyttävien yksilöiden sekä oman elämäntavan välille.

*Mun mielestä mulla on ihan normaali tai tavallinen suhtautumistapa alkoholiin, mua ei haittaa jos joku ottaa, mutta en mä hakeudu sellasten seuraan jotka kovin paljon ottaa.*

*Alkoholitiperheessä kasvamisesta kertova puhuja: Mulle muodostu sillon jo vahvasti kielteinen asenne henkilökohtasella tasolla ennen kaikkea, sitten että ei mun ystäväpiiri oo koostunu ollenkaan siis mun ystävät siellä niin kukaan ei meistä käyttäny alkoholia, eikä tupakoinu et 20-vuotiaana mä oon eka kertaa lasillisen maistanu, että mulla, mä saatan lasillisen ottaa mut se ei oo mikään välttämätön juttu.*

Aineistossa on myös myös puheenvuoroja, joissa riskirajat ylittävä juominen tunnustetaan tavanomaiseksi omassa ja oman työyhteisön alkoholikulttuurissa, sekä puheenvuoroja, joissa se tunnustetaan kuuluneeksi aikaisempiin elämänvaiheisiin.

*Sitte tosiaan tätä juomapäiväkirjaa tutkiskeltiin ja siinäki todettiin et aika pienet määrät on sitte mikä on jo tää riskimäärä et ku aatellaan jos lähetään iltaa istuun ni naisilla se viis annosta on jo, kun naisia olemme kaikki niin totesimme kaikki et aika vähänlaista on.*

Alkoholikulttuuri on muutoskohteena arkaluontoinen, ja muutosta työyhteisössään käynnistävään yksilöön voi vaikuttaa yhteisöllisen paineen lisäksi yksilön oma, aikaisemmista kokemuksista kertynyt painolasti. Analyysi antaa viitteitä siitä, että kielteisten kokemusten purkaminen ja oman alkoholisuhteen reflektointi ryhmän tuella voi edesauttaa uusien toimintatapojen ja -keinojen omaksumista ja rohkaista niiden aktiiviseen käyttöön työyhteisössä.

## Myönteisten kokemusten jakaminen

Negatiivisen tunnepuheen ohella aineistosta voidaan tunnistaa myös hyvin toisenlaista kokemusta purkavaa puhetapaa. Siinä missä edellä korostuvat kielteiset kokemukset, aineistosta löytyy myös puheenvuoroja, joissa puretaan myönteisiä kokemuksia. Näissä puheenvuoroissa alkoholia käyttävä yksilö kohdataan tasavertaisena, tutustuen ja kuunnellen. Puhetavassa korostuu vahvasti elämyksellinen, empaattinen tunnepuhe. Varsinkin AHA-prosessin aikana tehtävänä olleesta AA-ryhmässä vierailusta kerrottiin usein myönteistä kokemusta purkavalla puhetavalla.

*Sit siihen toiseen tehtävään, AA-avoryhmään liittyen niin, minä kävin siinä ja se oli aivan hirmusen hyvä kokemus. Se soitteli mun sielua jotakin, mua liikutti hyvin syvästi se koko se tilanne, ja se miten ne ihmiset oli niin rehellisesti siinä, kaikki naamiot oli riisuttu pois, oli tosi vaikuttava kokemus henkilökohtaisesti. Sain siitä varmaan enemmän irti ku mistään ku tän alkoholiasian kans ku on täs vuosien varrella puuhasteltu ja kuunneltu luentoja niin se sit tunnetasolla, se meni jonneki kauheen syvälle minuun, se oli hyvä kokemus.*

Otteen puhuja tuo esille pitkän kokemuksen alkoholiasioiden kanssa toimimisesta, mutta kuvailee sitä vähättelevällä ilmaisulla ”on täs vuosien varrella puuhasteltu”. Voimakkaan tunnevaltaisella ilmaisulla puhuja rakentaa kontrastia aikaisemman, ammattillisen kokemuksen ja uuden, henkilökohtaisen kokemuksen välille. Puhuja reflektoi kokemuksen koskettaneen tiedollisen tason sijasta tunnetasolla, ja arvioi kokemuksen merkitystä itselleen: ”sain siitä varmaan enemmän irti ku mistään”.

Myös onnistumisen kokemuksia asiakastyössä ja yhteistyössä työyhteisön kanssa kuvattiin kokemusta purkavan puhettavan keinoin. Puhuja saa tukea työyhteisöstä ja kutsuu eri toimijoita yhteistyöhön.

*Se on hieno meillä [alueella] kun mä otan sinne yhteyttä että mä tulisin jostakin puhumaan niin, mä en tiedä miks, mikä sielä on se juttu mutta sielä saadaan se porukka kokoon, ne sanoo vaan että se on sillon kun [työterveyshoitaja] tulee tänne ja piste, et tuntuu et se, mul on hirveen helppoo se.*

*Raitistuneesta asiakkaasta kertova työterveyshuollon edustaja: Ja kun kattoo miten tääki henkilö, niinku puhuu sitä niin aattelee että vau, nythän hän elää.*

### 5.4.5 Ryhmätoiminta synnyttää ja tukee alkoholikulttuurin muutosta

Prosessiarvioinnin toisessa osassa selvittiin erilaisia puhetapoja analysoimalla, miten hankkeeseen osallistuneiden työyhteisöjen yhteisöllinen alkoholikulttuuri näkyy mikrotasolla. Analyysin avulla tutkittiin, minkälainen käsitys valmennuksen osallistujilla on toiminnastaan ja toimintansa mahdollisuuksista yhteisöissään, ja miten käsitykset muuttuvat valmennusprosessin edetessä. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen mukaan oppiminen on olennaisesti yksilön käsityksissä tapahtuvaa muutosta (Tynjälä 1999). Toisaalta yksilöllisiä puhetapoja analysoimalla voidaan hahmottaa kokonaiskuvaa yksilöä ympäröivästä yhteisöllisestä kulttuurista ja siinä mahdollisesti käynnistyvästä muutoksesta (Grant ym. 2011). Prosessiarvioinnin toisen osan tulokset osoittavat, että osallistujien käsityksissä toimintatavoista ja -mahdollisuuksista tapahtuu muutoksia, jotka vähitellen johtavat siihen, että he alkavat vaikuttaa työyhteisön alkoholikulttuuriin uudella tavalla.

Valmennuksen osallistujia on tässä tarkasteltu implementoinnin avainhenkilöinä. Osallistujat ovat hyvin erilaisissa asemissa työyhteisöissään, ja esimerkiksi työterveyshoitajien osalta ensisijaisena työskentelyn kohteena on asiakastyöyhteisö, jossa he ovat hierarkian ulkopuolisen toimijan asemassa. Tämän analyysin keinoin ei päästä käsiksi siihen, minkälaisia ovat ammattiaseman mukaisesti määräytyvät valtasuhteet ja toiminnan mahdollisuudet, joilla on väistämättä vaikutusta konkreettiseen toimintaan. Sen sijaan analyysin kohteena ovat toimijalähtöiset määrittelyt siitä, minkälaisia toiminnan mahdollisuuksia ja rajoituksia yksilölle tarjoutuu. Nämä määrittelyt ovat muuttuvia ja niihin voidaan valmennuksen keinoin vaikuttaa.

Valmennusprosessin merkitystä AHA-toimintatavan implementoinnin kannalta voidaan analyysin perusteella kuvata ensinnäkin siitä näkökulmasta, että se tuottaa uudenlaisia näkökulmia siihen, miten työyhteisössä voidaan toimia ongelmallisen alkoholinkäytön ja alkoholihaittojen ennaltaehkäisyyn suhteen. Toiseksi valmennuskeskustelut tarjoavat yksilölle mahdollisuuden arvioida ja kehittää omaa asiantuntijuuttaan. Kolmanneksi valmennusprosessissa on muodostunut turvallinen, luottamuksellinen ympäristö kokemusten purkamiselle ja oman alkoholisuhteen reflektomiselle. Myös näillä tekijöillä voi olla vaikutusta siihen, miten yksilö voi toimia työyhteisössään ja työtehtävissään. Ryhmämuotoinen valmennus on tärkeä tekijä yksilöllisen muutosprosessin käynnistämässä, ja se on myös merkittävä tuki yksittäisille toimijoille työyhteisön muutosprosessissa.

## 5.4.6 Pohdinta

### Keskeiset tulokset

AHA-implementoinnin prosessiarviointi on toteutettu kahdessa osassa. Prosessiarvioinnin ensimmäisen osan tulokset käsittelevät implementointiprosesseja pilottityöpaikoissa tehtävässä kehittämistyössä: sitä, miten AHA -toimintatapaa on juurrutettu osaksi pilottityöpaikkojen toimintakäytäntöjä, ja minkälaisia haasteita tai edistäviä tekijöitä prosessin eri vaiheissa on työyhteisöissä koettu tai arvioitu kohdattavaksi tulevaisuudessa. Arviointi osoittaa, että implementoinnin onnistuminen edellyttää työyhteisön avainhenkilöiden sujuvaa yhteistyötä ja aktiivista vastuunottoa toiminnasta. Prosessiarvioinnin toisessa osassa on selvitetty, minkälainen käsitys valmennuksen osallistujilla on toiminnastaan ja toimintansa mahdollisuuksista yhteisöissään, ja miten käsitykset muuttuvat valmennusprosessin edetessä. Tulokset osoittavat, että AHA-valmennusprosessi tuottaa uudenlaisia näkökulmia työyhteisön toimintamahdollisuuksiin alkoholihaittojen ennaltaehkäisyn suhteen, kun osallistujien käsityksissä toimintatavoista ja -mahdollisuuksista tapahtuu muutoksia, jotka vähitellen johtavat siihen, että he alkavat vaikuttaa työyhteisön alkoholikulttuuriin uudella tavalla. Valmennusprosessi tarjoaa osallistujille mahdollisuuden kehittää omaa asiantuntijuuttaan, ja rohkaisee reflektoimaan alkoholi-asioiden parissa työskentelemiseen vaikuttavia tunteita. Ryhmämuotoinen valmennus on tärkeä tuki työyhteisön muutosprosessissa.

### Tulosten luotettavuus

Prosessiarvioinnissa hyödynnettyä tutkimusaineistoa on tarkasteltu kahdesta viitekehuksesta käsin. Aineistoa on ensiksi analysoitu selontekoina AHA-hankkeen aikana toteutuneesta toiminnasta, jonka avulla on tuotettu kuvauksia implementoinnin etenemisestä työpaikoilla sekä siihen vaikuttaneista tekijöistä. Toiseksi aineistoa on tarkasteltu vuorovaikutusprosessina, ja selvitetty minkälaisia kulttuurisia muutoksia hanke on synnyttänyt osallistujien keskuudessa. Prosessiarviointia varten ei kerätty aineistoa kaikista AHA-hankkeeseen osallistuneista työyhteisöistä, joten tuloksista ei voi yleistää sitä, miten hankkeen implementointi eteni muissa työyhteisöissä. Tulokset kuvaavat erilaisia implementointiprosesseja ja niihin vaikuttaneita tekijöitä sekä valmennuksen prosessiluontoisia vaikutuksia, ja sitä kautta tuottavat tietoa siitä, minkälaiset prosessit ovat mahdollisia AHA-toimintatapaa implementoitaessa. Tieto auttaa kehittämään valmennuksen ja implementoinnin menetelmiä.

## 6 KOULUTUKSEN ARVIOINTIA

Työpaikan henkilöstölle suunnattavan päihdeasioiden koulutuksen suunnitteluun tarvitaan henkilöstöpäällikkö, työntekijöiden edustaja, esimerkiksi työsuojelutoimikunnasta ja/tai luottamusmies sekä työterveyshuollon edustaja. Kouluttajan tulee selvittää organisaation luonnetta, siellä toteutettuja aiempia vastaavia koulutuksia sekä sitä, mitä käytäntöjä ja tarpeita työpaikalla on, jotta saadaan yhteinen ymmärrys suunniteltavan koulutuksen sisällöstä. Suunnittelussa otetaan huomioon koulutuksen tilaajan ehdotukset ja kommentit. Kouluttajien on pidettävä organisaation johto/sopijataho tiiviisti mukana koko koulutusprosessin ajan.

Päihdeasioiden koulutus voidaan liittää esimerkiksi työhyvinvoinnin kehittämiseen. Koulutuksesta tiedotetaan avoimesti alusta saakka koko henkilöstölle monia kanavia käyttäen. Johto osoittaa sitoutumisensa päihdeasioiden kehittämiseen tiedottamalla omalta osaltaan koulutuksesta, osallistumalla koulutuksiin ja keskusteluun, sekä huolehtimalla omasta työhyvinvoinnistaan.

AHA-hankkeessa koulutusta ei räätälöity työpaikkakohtaisesti, vaan kaikki interventiot olivat samansisältöiset. Tämä korosti tiedotuksen merkitystä. Alkuinfon on tavoitettava kaikki, mukaan lukien työterveyshuolto.

Koulutukseen tulevien henkilöiden sitouttaminen on tärkeää. Se voi olla esimerkiksi tarkka alkuinfo tai henkilökohtainen kirje (Olet tulossa koulutukseen...”), jossa on tietoa koulutuskokonaisuudesta sekä tuesta koulutuksen ajan. Tavoitteena on lisätä turvallisuutta ja poistaa alkuahdistusta.

### 6.1 Päihdetyöryhmän koulutuksesta

Päihdetyöryhmän jäsenet kehittävät aktiivisesti työpaikalla päihdehaittojen ehkäisyä ja vievät koulutuksen asioita työpaikalla eteenpäin. AHA-hankkeessa koulutetut päihdetyöryhmät koottiin pääasiassa työsuojeluhenkilöstöstä, esimiehistä ja henkilöstöjohdosta. Näille henkilöille työhyvinvointi ja henkilöstön kehittäminen kuuluivat toimenkuvaan. Työterveyshuollon edustajan mukanaolo koulutuksessa päihdetyöryhmän kanssa antoi yhteistyön kehittämiseksi ainutlaatuiset lähtökohdat. On sovittava, kuka maksaa työterveyshuollon osallistumisen koulutukseen. Voi myös selvittää, korvaako KELA ko. koulutuksen ehkäisevän työn kehittämiskuluina.

Päihdetyöryhmän työskentelyn onnistumista tukee se, että ryhmän jäsenet ovat työpaikalla positiivisia roolimalleja ja motivoituneita päihdehaittojen ehkäisyn kehittämiseen, ja että heillä on vaikutusvaltaa työntekijöiden keskuudessa. Päihdetyöryhmässä on ih-

misiä hierarkian eri tasoilta, erilaisia toimenkuvia ja erilaisia koulutustaustoja omaavia, eri-ikäisiä miehiä ja naisia niin, että ryhmä todella edustaa koko henkilöstöä. Päihdetyöryhmän jäsenellä ei voi olla hoitamaton päihdeongelmaa. Jos ryhmään otetaan päihderiippuvuudesta toipuva kokemusasiantuntija, niin hänellä tulee olla vähintään kolme vuotta raittiutta takana ja aktiivinen hoito edelleen käynnissä.

Jos työpaikalla on toimiva työhyvinvointiryhmä tai vastaava, kannattaa harkita tämän ryhmän täydennyskouluttamista päihdeasioihin ja täydentää ko. ryhmää tarvittaessa esimerkiksi vapaaehtoisilla tai aiemmin päihdeyhdyshenkilöinä toimineilla. Työnantaja määrittelee, ketkä kuuluvat päihdetyöryhmään, sillä näiden henkilöiden työaika on resursoitava koulutukseen, välitehtäviin ja varsinaiseen toimintaan työpaikalla koulutuksen jälkeen.

AHA-koulutusohjelma päihdetyöryhmille noudatteli Päihdetyön koulutuksen minimisältöjä (OPM 2007). Kuudella jaksolla perehdyttiin päihdeilmiöön, asenteisiin ja päihdehaittoihin ongelmaisen oman työkyvyn ja hänen läheistensä sekä työyhteisön näkökulmasta, päihdeongelman tunnistamiseen, puheeksiottoon, hoitoonohjaukseen, hoitoon ja toipumiseen sekä työkyvyn tukemiseen työpaikalla. Oppimismenetelminä käytettiin kokemuksellista ja yhteistoiminnallista oppimista sekä ilmiökeskeistä pedagogiikkaa.

Koulutus herätti päihdetyöryhmien jäseniä tiedostamaan, kuinka laajasti päihdehaitat vaikuttavat työelämässä. Asenne ehkäisevään päihdetyöhön muuttui, kun saatiin tietoa ja oivallettiin, miten kynnys puuttua ongelmiin madaltuu, kun lisätään päihdeasioista puhumista yleisellä tasolla. Moni kertoi saaneensa vahvistusta aiempaan ehkäisevälle päihdetyölle myönteiseen asenteeseensa. Koulutettavat kertoivat lisäksi, että olivat saaneet valmiuksia työpaikan päihdeohjelman kehittämiseen sekä motivaatiota, ohjeita ja vinkkejä varhaiseen puheeksiottoon. Yhteistyön merkitys kirkastui, samoin kuin se, että päihdeohjelman tunteminen kuuluu kaikille työpaikalla. Oivallettiin, että esimiehet tarvitsevat koulutusta ja päihdetyöryhmän apua sekä lisäksi työpaikan ohjeiston ja johdon tuen pystyäkseen toimimaan varhaisen puuttumisen tavoitteiden mukaisesti. Päihdetyöryhmän keskinäinen työskentely kehittyi sekä työnjako ja yhteistyömahdollisuudet työterveyshuollon kanssa selkeytyivät.

Osallistujat pitivät antoisimpana koulutuksessa keskusteluja, kokemusten jakamista ja erityisesti AA:n avopalaveriin tutustumista sekä keskustelua toipuvien alkoholistien kanssa. Kahden organisaation yhteiskoulutusta pidettiin hyvin mielekkäänä, kun oivallettiin, että samojen asioiden kanssa painitaan toisillakin työpaikoilla. Moni osallistuja kertoi havainnoivansa entistä aktiivisemmin päihdeilmiöitä ympäristössään.

## 6.2 Työterveyshoitajien koulutuksesta

AHA-koulutusohjelma työterveyshoitajille noudatteli päihdetyön koulutuksen minimisisältöjä (OPM 2007). Kuudella jaksolla perehdyttiin päihdeilmiöön, asenteisiin, päihdehaittoihin ongelmaisen oman työkyvyn ja hänen läheistensä sekä työyhteisön näkökulmasta, päihdeongelman tunnistamiseen, puheeksiottoon, hoitoonohjaukseen, hoitoon ja toipumiseen sekä työkyvyn tukemiseen työpaikalla. Oppimismenetelminä käytettiin kokemuksellista ja yhteistoiminnallista oppimista sekä ilmiökeskeistä pedagogiikkaa. Työterveyshoitajien koulutusprosessissa perehdyttiin lisäksi muutosvaihe-malliin ja motivoivan haastattelun soveltamiseen sekä yksilön että asiakastyöpaikan muutoksen ohjaamisessa.

Työterveyshoitajien koulutuksen sisältö tuki työterveyshoitajan erityisosaamisalueilla työskentelyä päihdetyön näkökulmasta. Oma rooli ennaltaehkäisevässä päihdetyössä ja sen tärkeys vahvistui monella. Rohkeus kysyä ja puuttua mahdollisimman varhain oivallettiin. Omien ja ympäröivän yhteiskunnan asenteiden tarkastelu avasi omaa päihdetyön tekemistä ja siihen vaikuttavia asioita.

Motivoivan haastattelun tekniikka (esim. Koski-Jännes, Riittinen, & Saarnio 2008) käytiin työterveyshoitajien koulutuksessa yhdessä läpi muutosvaihemallin (Prochaska & DiClemente 1983) kanssa. Erityisesti yksilöasiakkaiden kohdalla terveyden edistämisen ammattilaiset ymmärsivät, että asiakkaan muutosvalmiudet vaihtelevat. He saivat tukea asiakkaan muutosmotivaation arviointiin ja sen mukaiseen toimintaan. Muutosvaiheiden jakaminen eri koulutuskerroille yhdessä motivoivan haastattelun mallintamisen kanssa toimi hyvin ja antoi aikaa harjoitella työskentelyä kussakin muutoksen vaiheessa. Päihdeasioista puhumisen kynnyks madaltui, ja moni koulutukseen osallistuja alkoi toteuttaa aktiivisempaa puheeksiottamista jo koulutuksen aikana. Koulutus antoi tukea päihdeasioista tiedottamiseen ja keskusteluun asiakastyöpaikalla.

Välitehtävien tekeminen oli oppimisen kannalta olennaisin osa koulutusta. Antoisinta koulutuksessa oli osallistujien mukaan vertaistuki ja keskustelut kollegojen kanssa. Välitehtävät käsiteltiin perusteellisesti niin, että jokainen sai kertoa, miten oli niissä onnistunut ja mitä haasteita oli kokenut. Tämän reflektoinnin pohjalta nimettiin päihdetyön elementtejä ja opittiin sitä käytännössä. Keskustelut avasivat oman työterveysyksikön päihdetyön käytänteitä ja virittivät ajatuksia niiden kehittämiseksi. Koulutuksen prosessiluonteisuus ja jaksottuminen puolen vuoden ajalle tukivat sekä oman asenteen muutosta että ehkäisevän päihdetyön menetelmien oppimista. Asenteet muuttuivat usealla osallistujalla päihdehaittojen ehkäisylle myönteiseen suuntaan. He, joilla asenne ei sinänsä muuttunut, koska se on ollut aina myönteinen ehkäisevälle päihdetyölle, saivat tukea omille ajatuksilleen ja asenteilleen, sekä uusien työkalujen



avulla lisää voimaa työskentelyynsä. Välitehtävänä tehty avoimeen AA-ryhmään (Alcoholics Anonymous/Nimettömät Alkoholistit) tutustuminen vaikutti selvästi positiiviselle asennemuutokselle. AA-avoryhmässä käydessään osallistujat pystyivät tarkastelemaan alkoholiriippuvuusilmiötä yhdessä riippuvuudesta toipuvien kanssa.

Oppimisen kannalta on keskeistä, että koulutukseen osallistuvat työterveyshoitajat ovat selvillä koulutuksen sisällöstä ja vaatimuksista. Ajan varaaminen koulutukseen osallistumiseen ja välitehtävien tekemiseen on tärkeää oppimisprosessin tukemiseksi. AHA-ryhmä omassa työyksikössä ja/tai asiakastyöpaikka, joiden kanssa työterveyshoitajat toteuttavat välitehtäviä, tulee olla sovittuna jo ennen koulutuksen alkua. Muuten AHA-työkalujen käytön harjoittelu voi olla vaikeaa. Samoin tavoite, mihin työskentelyllä eri tahojen ja oman työyksikön kanssa pyritään, tulisi olla selvillä jo koulutuksen alussa. Tämä jäsentää omaa työskentelyä ja antaa sille raamit.

Ryhmämuotoisessa työterveyshoitajien koulutuksessa, jossa on osallistujia samasta työterveysyksiköstä, on hyvä aktiivisesti miettiä koko koulutusprosessin ajan, kuinka ehkäisevä päihdetyö ylipäättään jatkuu, kun koulutus loppuu. Tähän pohdintaan on kouluttajien aktivoitava ryhmää pysäyttämällä se aika ajoin miettimään käytännön toteutusta, jotta koulutuksessa syttynyt innostus ei ajan myötä laannu.

Prosessimuotoinen 6x4 tunnin mittainen työterveyshoitajien koulutus vahvisti työterveyshoitajan osaamista päihdetyössä asiakasyrityksen kanssa. Erityisesti koulutus tuki työterveyshoitajien päihdetyötä yksilövastaanotolla, kun siihen oli sisällytetty asiakas kohtaamisen haasteisiin vastaaminen osana oppisisältöä. Asenne on ratkaiseva tekijä, kun työskennellään päihdeasioiden kanssa. Asennemuutokseen tai jo olevan myönteisen asenteen vahvistamiseen tarvitaan aikaa. Ilmiön pohdinta ja sen asemoiminen omaan maailmaan on prosessi, joka ei tapahdu hetkessä eikä tyhjiössä. Siksi tarvitaan pitkäkestoista, ryhmämuotoista, kokemuksia refleктоivaa yhteistoiminnallista oppimista, sekä oman työyhteisön tukea.

## 6.3 Esimiesten koulutuksesta

Esimiesten koulutuksen painopisteet olivat havahduttaminen ja tietoisuuden lisääminen päihdeilmiöstä sekä puheeksiottotaitojen vahvistaminen päihdeasioissa työpaikalla. Esimieskoulutukseen osallistuneet kertoivat oivaltaneensa alkoholiasioista puhumisen tärkeyden työpaikalla. Myös varhaisen puheeksiottamisen merkitys vahvistui, ja useat esimiehet aikoivat käyttää sitä työssään. Esimies on työnantajan edustaja työturvallisuusasioissa. Siksi on tärkeää, että hän ymmärtää oman vastuunsa myös päihdeasioissa osana turvallista työn tekemistä. Koulutuksessa esimiehille kirkastui oma roolinsa päihdehaittatilanteen hoitajana. Asenne muuttui valtaosalla koulutuk-

sen käyneistä. Työpaikan ehkäisevän päihdetyön merkitys korostui, kun tietoisuus aiheesta lisääntyi. Jo valmiiksi myönteinen asenne ehkäisevään päihdetyöhön sai tukea koulutuksesta.

Antoisinta koulutuksessa esimiesten mukaan olivat keskustelut ja kokemusten jakaminen samassa tehtävässä työskentelevien kanssa. Ryhmässä työskentely ja käytännön puheeksiottoharjoitukset koettiin hyväksi. Esimiesten on saatava puhua vertaisryhmässä niistä asioista, jotka heitä askarruttavat päihdehaittilanteisiin puuttumisessa tai niiden ennaltaehkäisyssä. Puhuminen ja kokemusten peilaaminen, ratkaisujen kehittäminen yhdessä sekä opitun soveltaminen on kokemuksellista ja yhteistoiminnallista oppimista parhaimmillaan. Koulutus toteutui kahdessa neljän tunnin jaksossa. Osallistujia oli kahdesta työpaikasta kaikkiaan 35 henkilöä. Näissä jaksoissa ehdittiin käydä läpi esimiehen kannalta ydinasiat päihdehaittojen ehkäisyssä ja niihin puuttumisessa sekä oppia toisilta esimiehiltä hyviä toimintamalleja.

Esimiehet, kuten myös työterveyshoitajat, työستävät kokemustensa kautta toimintamalleja päihdeasioista puhumiseen ja päihdehaittoihin puuttumiseen. Tarvitaan vertaistukea ja aikaa pohtia päihdeilmiötä, jotta asennemuutokselle annetaan mahdollisuus. Ryhmämuotoinen esimieskoulutus tukee tätä ja antaa valmiuksia toimia esimiestyön vaatimusten mukaisesti työntekijän työkyvyn ja työturvallisuuden huomioimiseksi.

## 6.4 Koulutuksesta ja oppimisen tukemisesta

Päihdeilmiöön liittyy piirre, että missä tahansa ihmisjoukossa yhdellä ryhmällä on siitä ikäviä, jopa traumaattisia omakohtaisia tai omaan historiaan liittyviä kokemuksia, toisella ryhmällä puolestaan ei juuri minkäänlaisia kokemuksia, ja kolmannella ryhmällä pelkästään mukavia ja harmittomia kokemuksia. Näiden erilaisten kokemuksellisten lähtökohtien edustajia on myös koulutettavassa ryhmässä. Jokaiselle osallistujalle tulisi oppimisprosessissa saada aikaan oivallus, että tämä ilmiö kuuluu myös omaan maailmaan ja työhön, jotta motivaatio päihdehaittojen ehkäisyyn sisäistyisi. Koulutuksessa on tärkeää kyetä hyödyntämään näitä erilaisia kokemuksia, jotta opiskelevalle ryhmälle syntyisi riittävä yhteinen ymmärrys ilmiöstä. Sen seurauksena voi kehittyä näkemys yhteisestä työn kohteesta ja motivaatio noudattaa yhteisesti sovittuja toimintatapoja työyhteisössä.

Ammatillisen täydennyskoulutuksen tavoitteena yleensä on opiskelijoiden valmistaminen päteviksi suoritettavaan työhön, jolloin koulutuksen avainkysymyksenä on spontaanien käsitysten varassa rakentuneen ihmiskuvan tieteellistäminen (Rauste-von Wright, von Wright & Soini 2003). Tämän vuoksi ehkäisevän päihdetyön koulutuksen tulisi ohjata opiskelijaa

- tiedostamaan omaa maailmankuvaansa päihdeilmiön suhteen
- tutkimaan maailmankuvansa vaikutusta omaan ammattitoimintaansa
- kehittämään omaa työtoimintaansa
- edistämään oman työyhteisönsä päihdehaittoja ehkäisevää toimintaa.

Vaikeaksi koetun aiheen opiskelu asettaa haasteita myös kouluttajalle, jotta oppiminen toteutuisi em. tavoitteiden mukaan. Luottamuksellisen ja avoimen oppimisilmapiirin kehittäminen on tärkeää. Kouluttajan tehtävänä on mm. ryhmän työskentelyn kehittäminen ja jokaisen oppijan oman prosessin seuraaminen. Oppisisällöt ja oppimismenetelmät suunnitellaan niin, että ne toimivat koulutuksen tavoitteiden saavuttamiseksi. Päihdeilmiöön haetaan ratkaisukeskeinen näkökulma. Välitehtävien suunnittelu ja niiden suorittamisen vaatiminen on tärkeää, sillä harjoittelu on olennainen osa oppimista.

Koulutuksen puolen vuoden kesto on tarpeen, jotta

- oppiva yksilö ehtii oppia riittävästi saadakseen onnistumisen ja oppimisen kokemuksia
- oppiva ryhmä ehtii kehittyä työryhmäksi
- välitehtävien kohteena olevissa työpaikoissa ehtii kehittämisprosessi käynnistyä
- koulutusprosessi voi tukea välitehtävien tekemistä.

Aikuiselle uutta oppimaan ryhtyminen voi helposti tuntua ahdistavalta. Aikuisiässä tapahtuvan oppimisen tärkeäksi säätelijäksi muodostuu suhtautuminen muutokseen eli pidetäänkö muutosta pelottavana vai haasteellisena (Rauste-von Wright ym. 2003). Päihdeilmiöön liittyen oppija voi kokea ahdistusta eri syistä. Päihdeilmiön monitasoinen käsittely ja tilan antaminen keskusteluille mahdollistavat sen, että oppijalle syntyy vähitellen käsitys siitä, mihin ilmiössä hän voi työssään vaikuttaa ja mihin ei. Ohjaajan tehtävänä on pitää keskusteluilmapiiri uteliaana ja avoimena erilaisille näkemyksille.

AHA-koulutukset toteutettiin parityönä. Vanhempi kouluttaja, mentor, toi mukanaan hankkeeseen koulutusprosessit, joita yhdessä aktorin, nuoremman kouluttajan kanssa, jäsenneltiin sopiviksi kunkin kohderyhmän koulutukseen. Vaikka koulutukset toteutettiin yhdessä, oli kummallakin kouluttajalla omat vastualueensa koulutusjaksoilla. Parityönä toteutettuna koulutuksen laatu voitiin pitää tasaisena ja samalla taattiin aktiivinen oppimistapahtuma koko prosessin ajan. Päihteet koulutuksen aiheena on tunteita ja keskustelua herättävä aihe. Myös siksi kouluttajalla on hyvä olla työpari, joka on läsnä koulutuksessa jakamassa ja työstämässä näitä usein varsin hankaliakin asioita. Tämän lisäksi tarvitaan säännöllinen työnohjaus, jotta omaa työtä ja yhteistyötä voidaan tarkastella työnohjaajan avustuksella.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN HYÖDYNTÄMINEN

### Intervention vaikuttavuus

Työpaikoilla on tapahtunut AHA-hankkeen aikana alkoholihaittoja ehkäisevissä käytännöissä useita merkittäviä muutoksia, jotka voidaan laskea ainakin osittain annetun tiedon ja valmennuksen ansioksi. Myös alkoholihaittoista tehty laajamittainen kysely on ollut ilmeisesti vaikuttamassa käytäntöjen muuttumiseen alkoholihaittoja ehkäisevämmiksi, samoin kuin AHA-hankkeen tiedotusvälineiden kautta ja valmennuksen avulla levittämä tieto alkoholihaittoista ja niiden ennalta ehkäisemisestä työpaikoilla.

AHA-hankkeen aikana alkoholihaittoja ehkäisevissä käytännöissä työpaikoilla tapahtui seuraavia merkitseviä muutoksia, joiden perusteella intervention voidaan katsoa onnistuneen:

- Alkoholihaittojen havaitsemisessa tapahtui muutos. Alkoholin nouseminen esiin sellaisten asioiden yhteydessä, joihin sitä ei aiemmin ehkä osattu yhdistää. Näkyvimmat haitat vähenivät ja piilossa olleet tulivat paremmin näkyviin.
- Alkoholihaittojen ehkäistiin aiempaa enemmän, ja samalla tarve ehkäisevälle työlle väheni vastaavasti.
- Alkoholioasioista annettu tieto, neuvonta ja ohjaus lisääntyivät työpaikoilla hankkeen aikana. Eryityisesti tieto työpaikan käytännöistä alkoholioasioissa parani. Sitä oli annettu entistä enemmän paitsi työterveyshuoltoyksiköiden järjestämien terveystarkastusten yhteydessä, myös työpaikoilla ja työterveyshuollon työpaikkakäynneillä sekä kriisi ja onnettomuustilanteissa.
- Työpaikan päihdeohjelma oli tullut entistä tutummaksi työyhteisöille.
- Alkoholin käyttö erilaisissa työtilanteissa oli vähentynyt, samoin alkoholin riskikäyttö. Riskikäyttö oli pysynyt ennallaan intervention kohteena olevissa kunnissa, kun taas verrokkikunnassa riskikäyttö oli lisääntynyt.
- Esteet vähenivät alkoholihaittoja ehkäisevän työn tieltä. Tämä osoittaa AHA-valmennuksen kautta toteutetun intervention onnistumista.

Yhteiskunnalle koituu säästöjä siitä, että työtä tekevä väestö vähentää terveydelleen vaarallisten elintapojen suosimista. Alkoholihaittoja ehkäisevän työn käynnistämiseksi suomalaisen työelämään tarvitaan tutkimustietoa siitä, kuinka paljon alkoholihaitat todellisuudessa maksavat työnantajille. Yhteiskuntatasolla tästä on tietoa, mutta työpaikoille sitä pitäisi saada vielä lisää. Tässä tutkimuksessa saatu tieto auttaa osal-

taan siihen, että työelämässä aletaan kiinnittää enemmän huomiota alkoholihaittoja ehkäisevän työn tekemiseen ja vaikutukseen työntekijöiden työkyvyn ylläpitämiseksi ja edistämiseksi.

## **Prosessiarviointi**

Prosessiarvioinnin tulokset osoittavat, että AHA-hankkeessa tarjottujen toimintatapojen implementointi työyhteisöjen käytännöiksi on ollut odotettua hitaampaa ja haastavampaa. Haasteita ovat aiheuttaneet erityisesti työyhteisöjen ja työterveyshuollon väliseen vastuunjakoon ja työn organisointiin liittyvät tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat olleet muun muassa työterveyshuollon toimintaa määrittävät sopimukset, jotka ovat rajoittaneet ennaltaehkäisevän työn ja esimerkiksi työpaikkaselvitysten toteuttamista, sekä tiedonkulun ja yhteisten toimintamahdollisuuksien rajoitukset. Työterveysyhteistyön tehostamiseksi tarvitaan pidemmälle kehitettyjä toimintatapoja ja -malleja siitä, miten AHA-työtä voidaan käynnistää työyhteisössä työterveyshuollon aloitteesta, ja herätellä työyhteisön motivaatiota panostaa ennaltaehkäisevään alkoholityöhön. Lisäksi tarvitaan tietoa siitä, minkälaisia alkoholihaittojen ehkäisyyn liittyviä asioita työterveyshuoltoa tilaavan työyhteisön kannattaa ottaa huomioon työterveyshuollon sopimuksia ja toimintasuunnitelmia laadittaessa, ja työyhteisön ja työterveyshuollon välistä tiedonvälitystä suunniteltaessa. Arviointi on tuonut esille organisaatiotasoisia haasteita työterveysyhteistyön toteuttamisessa, joista työterveyshuollon osalta keskeisiä ovat toimintaan varatut riittämättömät resurssit ja niukasti saatavilla oleva tuki. Ehkäisevä alkoholityö ja alkoholiongelmien hoitaminen ovat työtehtävänä kuormittavia, joten työtä tukevia resursseja, kuten työnohjausta ja työparityöskentelyä sekä moniammatillista ryhmätyöskentelyä olisi syytä kehittää.

## **Tulosten merkitys työterveysyhteistyön kehittämiseksi**

Prosessiarvioinnin tulokset osoittavat, että AHA-hankkeessa tarjottujen toimintatapojen implementointi työyhteisöjen käytännöiksi on ollut odotettua hitaampaa ja haastavampaa. Haasteita ovat aiheuttaneet erityisesti työyhteisöjen ja työterveyshuollon väliseen vastuunjakoon ja työn organisointiin liittyvät tekijät. Tällaisia tekijöitä ovat olleet muun muassa työterveyshuollon toimintaa määrittävät sopimukset, jotka ovat rajoittaneet ennaltaehkäisevän työn ja esimerkiksi työpaikkaselvitysten toteuttamista, sekä tiedonkulun ja yhteisten toimintamahdollisuuksien rajoitukset. Työterveysyhteistyön tehostamiseksi tarvitaan pidemmälle kehitettyjä toimintatapoja ja -malleja siitä, miten AHA-työtä voidaan käynnistää työyhteisössä työterveyshuollon aloitteesta, ja herätellä työyhteisön motivaatiota panostaa ennaltaehkäisevään alkoholityöhön. Lisäksi tarvitaan tietoa siitä, minkälaisia alkoholihaittojen ehkäisyyn liittyviä asioita työterveyshuoltoa tilaavan työyhteisön kannattaa ottaa huomioon työterveyshuollon

sopimuksia ja toimintasuunnitelmia laadittaessa, ja työyhteisön ja työterveyshuollon välistä tiedonvälitystä suunniteltaessa. Arviointi on tuonut esille organisaatiotasoisia haasteita työterveysyhteistyön toteuttamisessa, joista työterveyshuollon osalta keskeisiä ovat toimintaan varatut riittämättömät resurssit ja niukasti saatavilla oleva tuki. Ehkäisevä alkoholityö ja alkoholiongelmien hoitaminen ovat työtehtävänä kuormittavia, joten työtä tukevia resursseja, kuten työnohjausta ja työparityöskentelyä sekä moniammatillista ryhmätyöskentelyä olisi syytä kehittää.

Määrällisen ja laadullisen tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaiset ja toivat esille tarpeen työterveysyhteistyön lisäämisestä alkoholihaittojen ehkäisyssä. Jokaisella työpaikalla oli lähtökohdiltaan omanlaisensa kulttuuri. Riskien kartoitus ja tietojen antaminen ja ohjaus (TANO) ovat työterveyshuollon lakisääteistä toimintaa. Alkoholihaitat eivät ole sisällyneet työpaikkojen riskien kartoitukseen. Työpaikkojen työterveyshuollon toimintasuunnitelmiin tulee sisällyttää työpaikkaselvitykset sekä tietojen antaminen ja ohjaus päihdeasioissa. Työpaikkojen ja työterveyshuoltojen yhteistyötä alkoholihaittojen ehkäisyssä tulisi seurata ja arvioida vuosittain.

## **Alkoholihaittojen ehkäisy on osa työturvallisuuden johtamista ja esimiestäytötä**

Työpaikoilta puuttuivat sovitut toimintatavat päihdeasioissa. Alkoholihaittojen ehkäisyssä työnantajan rooli on merkittävä. Työsuojeluvastuu koskee työpaikan päihdehaittoja. Työpaikoilla tulee selkeyttää tehtäväkuvia alkoholiasioissa, mitkä asiat kuuluvat esimiehelle, henkilöstöhallinnolle, työsuojeluorganisaatiolle ja ylimmälle johdolle. Esimiehet tarvitsevat asennemuokkausta, tietoa ja taitoja haittojen ehkäisemiseksi. Työnantaja ei saa jättää yksittäisen esimiehen omaan harkintaan, ottaako hän puheeksi vai eikö ota työntekijän alkoholinkäytöstä johtuvia haittoja. Työnantajan työturvallisuusveloitteeseen liittyy myös esimiesten koulutus alkoholiasioissa ja seuranta, että koulutuksiin osallistutaan.

## **Suosituksia**

Kaikkien alojen ammatillisissa perus- ja täydennyskoulutuksissa tulee noudattaa ehkäisevän päihdetyön koulutuksen minimisisältösuosituksia (OPM 2007). Tällä päästään vähitellen tilanteeseen, jossa eri toimijoilla on samankaltaiset käsitykset ja yhteinen kieli sekä samansuuntaiset tavoitteet ja toimintatavat päihdehaittojen ehkäisyssä. Minimisisällöt antavat selkeän rakenteen koulutukselle riippumatta koulutuksen pituudesta, kohderyhmästä tai toteuttajasta.

Työntekijöillä tullee olla käytettävissään työnantajan selkeä, tavoitteellinen päihde-toimintaohje toimintansa runkona. Päihdetyöryhmän toiminnan jatkuvuus ja laatu

varmistuu, kun ryhmä saa täydennyskoulutusta ja/tai työnohjausta. Nämä antavat puolestaan tarpeellista ammatillista vertaistukea.

**Työpaikan päihdetoimintamalli työkyvyn tukemisen välineenä** tarkoittaa koko henkilöstön tietoisuuden lisäämistä, lähijohtajien valmiuksien lisäämistä, työpaikan alkoholikulttuurin muuttamista. Tämän seurauksena on mahdollista saada aikaan muutos työntekijöiden alkoholin riskikäyttöön vapaa-ajalla. Muutos on hidaskäyttö, mutta se voi tulla mahdolliseksi seuraavilla keinoilla:

1. Johto tulee saada tietoiseksi ja motivoituneeksi muutoksen mahdollistajaksi. Se tarkoittaa faktatietoa sairauspoissaoloista, tuottavuuden heikkenemisestä, tapaturmista ja vaaratilanteista, tietoturvariskeistä, tietoisuutta alkoholihaittojen vaikutuksesta työpaikan imagoon ja tietoa keinoista, joilla näihin voidaan vaikuttaa kestäväällä tavalla.
2. Työpaikoilla olevat työsuojeluryhmät tai TYHY-ryhmät ovat muutosagentteja. He tarvitsevat valmentavan koulutuksen päihdeohjelman kehittämishankkeen toteuttamiseen organisaatiossa.
3. Esimiehet saavat puheeksiotokoulutuksen, ei pelkästään ongelmatilanteiden käsittelyyn, vaan myös siihen, miten he lähiesimiehinä voivat vaikuttaa työyhteisöönsä. Esimiehet tarvitsevat vertaistuen ja organisaation ohjeistuksen voidakseen toimia tavoitteellisesti.
4. Kehittämistyön alusta saakka työpaikalla tiedotetaan päihdeohjelmasta aktiivisesti ja avoimesti. Järjestetään työntekijöille tilaisuus nimettömään kommentointiin ja palautteen antamiseen, kun päihdeohjelmaa kirjoitetaan.
5. Lähiesimiehet vievät koulutusterveisiiä työyhteisöönsä ja tiedottavat henkilöstölle päihdeohjelman tilanteesta ja keskusteluttavat ihmisiä asiasta. Vaikka aluksi aihe hämmentää ja herättää pelkoa tai vastarintaa, se ei saa estää näkemästä tavoitteeseen ja toimimasta siihen suuntaan.
6. Jokainen työntekijä tulee saada tietoiseksi, mitkä alkoholikäytön riskit ovat omalle työkyvylle, mitä on riskikäyttö ja miten päihderiippuvuuden varhaiset tunnusmerkit ilmenevät käyttäytymisessä ja ajattelutavassa. On myös osattava toimia, jos havaitsee alkoholihaitan ja tiedettävä mistä saa apua omaan tai toisen ihmisen alkoholiongelmaan.
7. Päihdeasioiden taipumus unohtua ja väistyä vältetään sillä, että päihdeohjelma kirjataan työsuojelun toimintaohjelmaan ja johtamisjärjestelmään. Päihdeohjelmalle on myös asetettava konkreettiset tavoitteet, joiden toteutumista seurataan vuosittain kehityskeskusteluissa sekä yhteistyössä työsuojeluryhmän ja työterveyshuollon kanssa.

## LÄHTEET

- Appelqvist-Schmidlechner, K., Savolainen, M., Nordling, E. ja Stengård, E. (2011). Time out! Aikalisä! Elämä raiteilleen. Toimintamallin ja tukipalvelun implementoinnin arviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 34/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Barrientos-Gutierrez, T., Gimeno, D., Mangione, T. W., Harrist, R. B. & Amick B. C. (2007). Drinking Social Norms and Drinking Behaviours: a Multilevel Analysis of 137 Workgroups in 16 Worksites. *Occup Environ Med.*, 64: 9. S. 602–8.
- Bennett, J. & Lehman, W. (1998). Workplace Drinking Climate, Stress, and Problem Indicators: Assessing the Influence of Teamwork (group cohesion). *Journal of Studies on Alcohol* 1998. Vol. 59. S. 608–18.
- Bennett, J. & Lehman, W. (2001). Workplace Substance Abuse Prevention and Help Seeking: Comparing Team-Oriented and Informational Training. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6: 3. S. 243–254.
- Bennett, J. & Lehman, W. (2002). Supervisor tolerance-responsiveness to substance abuse and workplace prevention training: use of a cognitive mapping tool. *Health Education Research*, 17: 1. S. 27–42
- Bulletin of the National Research Council. 108[[http://www.nap.edu/openbook.php?record\\_id=9566&page=1](http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=9566&page=1) luettu 7.2.2013]
- Berger, P. & Luckman, T. (1994) Sosiaalisen todellisuuden rakentuminen. Helsinki: Gaudeamus.
- Caldwell, R. (2005). Things fall apart? Discourses on agency and change in organizations. *Journal of Human Relations* 58. (2005). 1, 83–114.
- Collin, K., Paloniemi, S., Rasku-Puttonen, H. & Tynjälä, P. (2011). Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. WSOYpro.
- Duodecim. 2011. Alkoholiongelman hoito. Päivitetty 7.2.2011.
- Eskola, J. & Saaranen, A. (2001): Työmies on palkkansa ansainnut – ja jääkiekkoilija juhlansa? *Yhteiskuntapolitiikka* 66: 4, 351–359.
- Grant, D., Marshak, R. J. (2011). Toward a Discourse-Centered Understanding of Organizational Change. *Journal of Applied Behavioral Science* 47:2, 204–234.



- Hasson, H. 2010. Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care. *Implementation Science*, 5:67.
- Holmila, M., Warpenius, K. & Warsell, L. (2007). Elävä laki ja vastuullinen arki. paikallisen alkoholipolitiikan kehittämisen haasteet. *Yhteiskuntapolitiikka* 72 (2007):2, s.205–210.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993): *Diskurssianalyysin aakkoset*. Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1999): *Diskurssianalyysi liikkeessä*. Tampere: Vastapaino.
- Jurvansuu, H. & Hirvonen L. (2009): Mini-interventioita tehdään enemmän – harva yksikkö on kuitenkin aktiivinen. Teoksessa: *Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2007 ja kehitystrendi 1997–2007*. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Kivistö, M., Jurvansuu, H. & Hirvonen, L. (2010). Alkoholi ja työpaikka – alkoholihaittojen ehkäisyn tarve ja käytännöt työpaikoilla. *Työ ja ihminen*. Tutkimusraportti 38. Työterveyslaitos, Helsinki.
- Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (2008). *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Tammi.
- Kujasalo, A., Hirvonen, L., Kivistö, M. & Puustinen, S. (2013). *Päihdeohjelmaopas – malli päihdeohjelman tekemiseen työpaikalla*. Työterveyslaitos. [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/paih\\_ohj\\_netti.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/paih_ohj_netti.pdf)
- Landy, F.J. & Farr, J. L. (1983). *The measurement of work performance: Methods, theory, and applications*. Academic Press, New York.
- Lehto, A-S., Katainen, A. & Maunu, A. (2012): Riskinä toisten tahto? Laadullinen analyysi yhdeksäsluokkalaisten alkoholiin liittyvistä riskiyhdistyksistä. *Yhteiskuntapolitiikka*. (2012):6, 656–669.
- Lewin, K. (1943): Forces behind food habits and methods of change. Teoksessa: Guthe CE & Mead M (eds.) *The Problem of Changing Food Habits*. Report of the committee on food habits.
- Logren, Aija (tulossa). Muutosagenttiaseman rakentuminen. Työyhteisön alkoholikulttuurin muutoksen käynnistäjät.

Lewin, K. (1947): *Frontiers in Group Dynamics: Concept, Method and Reality in Social Science. Social Equilibria and Social Change. Human Relations* vol. 1, 5–41.

Mauno, S. & Ruokolainen, M. (2005) Organisaatiokulttuurin yhteys henkilöstön työhyvinvointiin ja työasenteisiin. Teoksessa Kinnunen U, Feldt T & Mauno S. *Työ leipälajina. Työhyvinvoinnin psykologiset perusteet*. Keuruu: PS-kustannus, 142–165.

Maunu, A. (2013): Hauskuus ja tylsyys, turva ja vaara. Nuorten juomisen ja arjen ambivalenssit *Yhteiskuntapolitiikka* 78:3, 272–285.

Miller, W.R. & Rollnick, S. 2002. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change*, 2nd ed. NY: Guilford Press.

Miller, TR., Zaloshnja, E. & Spicer RS. (2007). Effectiveness and benefit-cost of peer-based workplace substance abuse prevention coupled with random testing. *Accident Analysis and Prevention* 39:3, s. 565–573.

Miller, W. 2008. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa K-J., Riittinen, L. & Saarnio, P. 2008. *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. 16–40. Tammi.

Mäkelä, P., Mustonen, H. & Huhtanen, P. (2009): Suomalaisten alkoholin-käyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. *Yhteiskuntapolitiikka* 74:3, 268–289.

Nevalainen, M. & Harra, T. (2007) Hyvä implementointi. *Kuntoutus* 4:2007, 34–43.

Opetusministeriö. 2007. *Päihdeongelmien ehkäisyn ja hoidon koulutuksen kehittämistyöryhmän mietintö*. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 17.

Prochaska, C.O. & DiClemente, C.C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework*. Dow Jones Irwin, Homewood, IL, USA.

Reynolds, G. S. & Lehman, W. E. K. (2008) Workgroup temperance of alcohol and safety climate moderate the cognitive effects of workplace substance-abuse prevention. *Journal of Applied Social Psychology* 7: 1827–1866.

Roman, P. & Blum, T. (2002). *The Workplace and Alcohol Problem Prevention*. *Alcohol Research & Health*, 26: 1. S. 49–57

Salas, E. & Canon-Bowers, J. A. (2001). The science of training: A decade of progress. *Annual Review of Psychology* 52: 471–499.

Simonen, J., Törrönen, J. & Tigerstedt, C. (2012): Juomisen feminiinisyydet eri-ikäisten suomalais- ja ruotsalaisnaisten kuvaamina. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012):5, , 510–524.

Soikkeli, M., Salasuo, M., Puuronen, A., Piispa, M. (2011). Se toimii sittenkin – kuinka päihdevalituksesta saa selvää. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura, Julkaisuja 116.

Turku R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Edita.

Tynjälä, P.1999. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. 2005.

Tynjälä P. 2011. Asiantuntijuuden kehittämisen pedagogiikkaa. Teoksessa Collin K, Paloniemi S, Rasku-Puttonen H & Tynjälä P 2011. Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. WSOYpro.

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettinen, K. & Kassila, K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Liikunta & tiede 6. 81–88.

Warsell, L. (2012): Yhteiskunnallisen alkoholitutkimuksen alkumetrit. Yhteiskuntapolitiikka 77 (2012):1, 88–94.

World Health Organization. (2013). Status Report on Alcohol and health in 35 European Countries.. Denmark. WHO Regional Office for Europe.

## Kirjallisuutta:

Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. (toim.)1999. Oppiminen ja asiantuntijuus – Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. WSOY.

Eteläpelto, A, Collin, K. & Saarinen, J. (toim.) 2010. Työ, identiteetti ja oppiminen. WSOYpro Oy.

Hakkarainen, K. Lonka, K. & Lipponen, L, 2004. Tutkiva oppiminen – Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjinä. 6.-8. painos, 2008. WSOY.

Miller, W. & Rollnick, S. 2002. Motivational Interviewing. Preparing People to Change. New York: Guilford Press. Teoksessa Koski-Jännes A, Riittinen L & Saarnio P. 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. s.46. Tammi.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C. C. 1983. Stages and processes of self-change in smoking toward an intergrative model of change. *J Consult Clin Psychol*, (51), 390–395.

Tynjälä P. 2011. Asiantuntijuuden kehittämisen pedagogiikkaa. Teoksessa Collin K, Paloniemi S, Rasku-Puttonen H & Tynjälä P 2011. *Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus*. WSOYpro.

Yhteisöllisellä päihdehaittojen ehkäisyllä tarkoitetaan koko työyhteisöön suunnattavaa toimintaa, jonka tavoitteena on vähentää päihdehaittoja työpaikalla. Työpaikan yhteisillä normeilla ja johdonmukaisilla käytännöillä voidaan vahvistaa hallittua alkoholinkäyttöä ja päihteetöntä elämäntapaa.

Vaikuttavuustutkimus tuotti uutta tietoa alkoholihaittoja työpaikoilla ennalta ehkäisevien, optimaalisten toimintatapojen löytämiseksi työpaikoilla ja työterveyshuolloissa sekä niihin kiinnittyvistä estävistä ja edistävästä tekijöistä erityyppisillä työpaikoilla ja työterveyshuolloissa.

Prosessiarvioinnin ensimmäisen osan tulokset käsittelevät implementointiprosesseja pilottityöpaikoissa tehtävässä kehittämistyössä; sitä, miten AHA-toimintatapaa on juurrutettu osaksi pilottityöpaikkojen toimintakäytäntöjä, ja minkälaisia haasteita tai edistäviä tekijöitä prosessin eri vaiheissa on työyhteisöissä koettu tai arvioitu kohdattavaksi tulevaisuudessa. Prosessiarvioinnin toisessa osassa selvitetään, minkälainen käsitys valmennuksen osallistujilla on toiminnastaan ja toimintansa mahdollisuuksista yhteisöissään, ja miten käsitykset muuttuvat valmennusprosessin edetessä.

## **TYÖTERVEYSLAITOS**

Työterveyslaitos, Terveys ja työkyky  
Topeliuksenkatu 41 a A, 00250 Helsinki

**[www.ttl.fi](http://www.ttl.fi)**

ISBN 978-952-261-373-8 (nid.)  
ISBN 978-952-261-374-5 (pdf)



**Työterveyslaitos**



Työsuojelurahasto  
Arbetsarskyddsfonden  
The Finnish Work Environment Fund



SOSIAALI- JA  
TERVEYSMINISTERIÖ