

**Tiina Rupp**

**”MILLÄ AVAIMELLA ME SAADAAN LUKOT AUKI”**

**Asiakkaan osallisuus hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessissa Päihdekeskus  
Portin avokuntoutuksen kehittämishanke**

**Opinnäytetyö**

**CENTRIA-AMMATTIKORKEAKOULU**

**Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma**

**Huhtikuu 2017**

**TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ**

<b>Centria-ammattikorkeakoulu</b>	<b>Aika</b> Huhtikuu 2017	<b>Tekijä/tekijät</b> Tiina Rupp
<b>Koulutusohjelma</b> Sosiaali ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma		
<b>Työn nimi</b> ”MILLÄ AVAIMELLA ME SAADAAN LUKOT AUKI”. Asiakkaan osallisuus hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessissa Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen kehittämishanke		
<b>Työn ohjaaja</b> Yliopettaja, KT, Pirjo Forss-Pennanen	<b>Sivumäärä</b> 46 + 8	
<b>Työelämäohjaaja</b> Avokuntoutuksen vastaava ohjaaja Petri Nikula Ventuskartano ry		
<p>Opinnäytetyön kehittämisprosessin tarkoituksena oli mallintaa Päihdekeskus Portin, avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi ja kehittää hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomake. Tavoiteena oli yhtenäistää hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi ja lomake ja sitä kautta lisätä asiakkaan osallisuutta kuntoutusprosessissa.</p> <p>Kehittämisprosessi toteutettiin toimintatutkimuksena. Aineisto kerättiin teemahaastatteluin. Tiedonantajina oli kahdeksan avokuntoutuksen asiakasta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Kehittämistyöhön koottiin asiantuntijaryhmä, joka kokoontui yhteensä kolme kertaa. Kehittämistyöryhmässä käytettiin erilaisia yhteiskehittelymenetelmiä. Kehittämistyöryhmässä mallinnettiin asiakkaan toiveista, tarpeista ja kokemuksista lähtöisin oleva hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi ja kehitettiin hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomake. Opinnäytetyön kehittämisprosessin asiantuntijatyöryhmä koostui lähihoitajista, sairaanhoitajista, sosionomeista, kasvatustieteen maistereista, mielen-terveyshoitajasta, lääkäristä, sosiaalityöntekijöistä sekä lastensuojelun asiantuntijasta. Tämä asiantuntijaryhmä rajattiin niihin henkilöihin, jotka kuuluvat olennaisena osana Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen asiakkaan kuntoutuspolkuun.</p> <p>Tuloksena syntyi kuvaus avokuntoutuksessa tapahtuvasta asiakkaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadintakäytännöstä. Asiakkaan lähtötilanne, hoidon tarve sekä asiakkaan voimavarat koettiin tärkeiksi kartoittaa ja kirjata. Suunnitelman sisällöllisiä asioita, joita suunnitelmassa kartoitetaan ja kirjataan, ovat asiakkaan nykytilanne ja elinolosuhteet, hoidon tai kuntoutuksen tarpeen kuvaus, asiakkaan voimavarat, hoidon tai kuntoutuksen tavoitteet, joissa kuvataan lyhyen sekä pitkän aikavälin tavoitteet.</p> <p>Suunnitelma tehdään ydinryhmässä, jonka asiakas itse määrittelee. Ydinryhmä koostuu ainakin asiakkaasta, omahoitajasta tai omaohjaajasta sekä tarpeen mukaan lääkäristä, läheisistä, omaisista sekä muista viranomaistahoista. Suunnitelma laaditaan aina kirjallisena. Suunnitelma tulee päivittää kolmen kuukauden välein mutta vähintään kerran puolessa vuodessa. Tavoitteena on, että toimintatapa implementoitaisiin Päihdekeskus Portin avokuntoutuksessa sekä myöhemmässä vaiheessa Ventuskartano ry:n muissa yksiköissä.</p>		
<b>Asiasanat</b> Asiakas, hoito- ja kuntoutussuunnitelma, kehittäminen, laatu, moniammatillisuus, osallisuus, yhteistyö		

## ABSTRACT

<b>Centria University of Applied Sciences</b>	<b>Date</b> April 2017	<b>Author</b> Tiina Ruppä
<b>Degree programme</b> Master of Social and Health Care		
<b>Name of thesis</b> “HOW TO BREAK THE CHAINS”- The Client’s Participation in the Treatment and Rehabilitation Planning Process – A Development Project for Päihdekeskus Portti.		
<b>Instructor</b> Principal Lecturer, D. Ed. Pirjo Forss- Pennanen		<b>Pages</b> 46 + 8
<b>Supervisor</b> Director in Charge of for outpatient rehabilitation Petri Nikula		
<p>The purpose of the development process was to model the Päihdekeskus Portti outpatient treatment and rehabilitation process and to develop a treatment and rehabilitation plan form. The aim was to unify the care, treatment and rehabilitation process and thus increase the customers’ participation in the rehabilitation process.</p> <p>The development process was carried out as an action research. The data was collected by theme interviews and there were eight outpatient clients as informants. The data was analyzed by a grounded content analysis. A group of experts who met a total of three times was assembled for the development project. The modeling of a treatment and rehabilitation formula and plan was designed by the assembled development group on the basis of the customer's wishes, needs and experiences. The expert group for the thesis development process consisted of practical nurses, registered nurses, social workers, Masters of Education, doctors, social workers and child protection experts. This group of experts was limited to those who were an essential part of Päihdekeskus Portti's rehabilitation path.</p> <p>The result was a description regarding the customers’ outpatient rehabilitation treatment and the off designing the customers’ practice rehabilitation plan. The customers starting point, need for care as well as client resources were seen as important to chart and record. Plan contents that were recorded were the customer's current situation and living conditions, treatment or rehabilitation necessity description, customer power resources, treatment or rehabilitation objectives which describe the short and long term objectives.</p> <p>The plan is made in the core group, which is determined by the customer himself. The core team consists of at least the customer, a primary nurse or personal trainer, as well as, if needed a doctor, family members and or authorities. The plan is always drawn up in writing. The plan should be updated every three months, but at least once every six months. The aim is that the procedure would be implemented at Päihdekeskus Portti rehabilitation center and at a later stage at Ventuskartano ry. Association's other units</p>		
<b>Key words</b> Customer care and rehabilitation plan for the development, quality, multi-professionalism, involvement, cooperation		

**TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT  
SISÄLLYS**

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>1</b>
<b>2 OPINÄYTETYÖN TIETOPERUSTA</b>	<b>4</b>
2.1 Asiakslähtöisyys ja palveluprosessit	4
2.2 Moniammatillinen yhteistyö	6
2.3 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma	7
2.4 Laatujohtaminen	9
<b>3 YHTEENVETO TIETOPERUSTAN KESKEISISTÄ KÄSITTEISTÄ</b>	<b>12</b>
<b>4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET</b>	<b>13</b>
<b>5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN</b>	<b>14</b>
5.1 Aiheen valinta ja rajaus	14
5.2 Toimintaympäristön kuvaus	15
5.3 Toimintatutkimus lähestymistapana	16
5.4 Aineiston keruu ja analyysi	18
<b>6 KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS</b>	<b>23</b>
<b>7 TUTKIMUSHAASTATTELujen TULOKSET</b>	<b>27</b>
7.1 Haastateltavien asiakkaiden ikä, sukupuoli ja hoitoon hakeutumisen syy	27
7.2 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa huomioon otettavat tekijät avokuntoutuksen asiakkaiden näkökulmasta	28
7.3 Hoito- ja kuntoutussuunnitelman sisällölliset asiat avokuntoutuksen asiakkaiden näkökulmasta	29
7.4 Arjessa selviytymisen huomioiminen hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa avokuntoutuksen näkökulmasta	30
7.5 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma päivittämisen tarve avokuntoutuksen	30
7.6 Avokuntoutuksen asiakkaiden näkemyksiä siitä mitä on hyvän hoidon suunnittelu	31
<b>8 HOITO JA KUNTOUTUSSUUNNITELMAN LAADINTAKÄYTÄNNÖN KUVAUS</b>	<b>32</b>
<b>9 POHDINTA</b>	<b>34</b>
9.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset	34
9.2 Tulosten ja opinnäytetyön prosessin pohdinta	35
9.3 Opinnäytetyön luotettavuus	38
9.4 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat	41
9.5 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallin kehittämishaasteet, tulevaisuuden suunnitelmat ja jatkotutkimushaasteet	41
<b>LÄHTEET</b>	<b>44</b>
<b>LIITTEET</b>	

## **KUVIOT**

KUVIO 1.	Toimintatutkimuksen syklit	17
KUVIO 2.	Opinnäytetyön prosessin eteneminen	26
KUVIO 3.	Haastateltavien tulosyy	27
KUVIO 4.	Haastateltavien hoitokontaktipaikka	28
KUVIO 5.	Hoito- ja kuntoutumissuunnitelma prosessi ja laadintakäytäntö	32

## **TAULUKOT**

TAULUKKO 1.	Esimerkki aineistolähtöisen sisällönanalyysin etenemisestä asiakkaiden haastatteluaineistossa pääluokan ”hyvän hoidon suunnittelun” osalta	21
-------------	--	----

## 1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö linkittyy Kokkolassa vuonna 2011–2012 toteutettuun Kimpale hankkeeseen, sekä valtakunnalliseen SOTE- uudistukseen. Tällä hetkellä Suomi elää suurien muutosten alla. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma määrittelee Suomen tulevaisuuden vision: ”Suomi vuonna 2025 on uudistuva, välittävä ja turvallinen maa, jossa jokainen meistä voi kokea olevansa tärkeä. Yhteiskunnassamme vallitsee luottamus.” Hallituksen tavoitteena on siis nostaa Suomen talous kestävä kasvun ja kohenevan työllisyyden uralle sekä turvata julkisten palvelujen ja sosiaaliturvan rahoitus. Strategisen hallitusohjelmansa avulla hallitus tulee ajamaan eteenpäin välttämättömiä uudistuksia viidellä painopistealueella. Hallituksen strategiset tavoitteet konkretisoituvat 26 kärkihankkeessa. Hallitus toteuttaa eläkeuudistuksen, SOTE- uudistuksen, karsii kuntien tehtäviä ja velvoitteita sekä uudistaa alue- ja keskushallintoa. (Valtioneuvoston kanslia, hallituksen julkaisusarja 2016.)

SOTE-uudistuksen myötä tavoitteena ovat asiakaslähtöiset, omatoimisuutta tukevat toimintaprosessit sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä tarkoituksenmukainen sosiaaliturva. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessien ja sosiaaliturvan uudistukset tullaan käynnistämään. Toiminnat tullaan yhdistämään asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Myös Digitalisaation keinot otetaan käyttöön ja näin byrokratiaa vähennetään. Asiakkaan omatoimisuutta tuetaan ja tietojen yhteiskäyttö tullaan mahdollistamaan. Uudistus tuottaa asiakaslähtöiset, matalan kynnyksen moniammatilliset sekä sähköiset palvelut. Palvelut räätälöidään aina asiakkaiden tarpeiden ja valmiuksien mukaan. Hoito- ja palvelusuunnitelman avulla varmistetaan oikea-aikainen ja koordinoitu hoito sekä palvelu. Asiakkaiden kokemukset ja palaute tulee ottaa huomioon palveluiden kehittämisessä sekä ohjauksessa. Toteuttaminen koordinoidaan muutoshjelmalla, joka edellyttää laaja-alaista ja poikkihallinnollista yhteistyötä kansallisen palveluarkkitehtuurin mukaisesti. Asiakkaalle palveluiden intergraation pitäisi siis tarkoittaa asiakkaan tarpeen mukaisia palvelukokonaisuuksia sekä asiakkaan saumatonta siirtymistä palvelusta toiseen niin, että myös tieto siirtyy palvelusta toiseen. Yksinkertaistettuna intergraation tulisi tuottaa asiakkaille paremmin toimivia ja paremmin tarpeeseen vastaavia palveluita. (Valtioneuvoston kanslia, 2016; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.)

Keski-Pohjanmaan alueellisen Sote-palvelutuotanto perustamishankkeen tavoitteena on muodostaa laaja-alainen sosiaali- ja terveystalouden tuottajakuntayhtymä, joka yhdistää alueen kuntien sekä sairaanhoitopiirin sosiaali- ja terveystalouden yhdeksi kokonaisuudeksi. Soite on aloittanut toimintansa 1.1.2017. (Soite 2016.)

Päihde- ja mielenterveystyö on lakisääteistä, joko kunnan tai kuntayhtymän tuottamaa tai yksityisiltä palveluntuottajilta ostamaa perus- ja erityispalvelua. Sirpaleinen palvelujärjestelmä ei vastaa parhaalla mahdollisella tavalla laeissa asetettuihin tavoitteisiin eikä myöskään asiakkaiden palveluntarpeeseen. Edellytys toimiville ja asiakaslähtöisesti rakennetuille palveluketjuille on toiminnan kehittäminen yli hallinnonala- ja organisaatorajojen, minkä vuoksi Tekesin rahoituksella toteutettu Kimpale-hanke toteutettiin Kokkolassa vuosina 2011–2012. Kimpale-hankkeen tarkoituksena oli julkisten päihde- ja mielenterveyspalveluiden, laadukkuuden, tuottavuuden ja hoito- ja palveluketjujen sekä yhtenäisen palvelusuunnitelman kehittäminen yhteistyössä palvelun tuottajan kanssa. Tarkoituksena oli päihde- ja mielenterveyspalveluiden organisaation sekä palvelurakenteen ja sisältöjen kehittämisen sosiaali- ja terveydenhuollossa vastaamaan eri asiakasryhmien hoidon sekä kuntoutuksen tarpeisiin. Päämääränä olivat asiakaslähtöiset, keskitetyt, organisaatorajat ylittävät laadukkaat sekä kustannustehokkaat palvelut. Palveluiden uudelleen organisoimista varten rakennettiin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon fyysiseen läheisyyteen Päihdekeskus Portti, jonka suunnittelu toteutettiin Kimpale-hankkeen aikana. Päihdekeskus Porttiin tulivat selviämis- ja vieroitushoitoyksikkö sekä päivystävät sairaanhoitajat, jotka ovat Kokkolan terveyskeskuksen tuottamia palveluita sekä avohoito- ja laitospäihdehoito, joiden palveluntuottajana Ventuskartano ry toimii. Kimpale-hankkeen avulla oli tarkoitus integroida hoito ja kuntoutus kokonaisuudeksi, joka vastaa asiakkaiden palveluntarpeeseen sekä kehittää palveluntuottajan kykyä tuottaa laadukasta palvelua. Kehittämistyö kohdistui organisaatorajat ylittävään yhteistyöhön, asiakaslähtöisten palveluprosessien suunnitteluun ja kuvaamiseen sekä niiden johtamiseen. Asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaan näkökulman vahvistamista kehittämistyössä edusti Keski-Pohjanmaan kokemustutkijoiden näkökulma. Kokkolan kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluiden kumppanina Kimpale-hankkeessa olivat Ventuskartano ry ja Keski-Pohjanmaan kokemustutkijat ry. (Lång 2013, 1.)

Kimpale-hanke on saanut myös kansainvälistä huomiota ja kiinnostusta. Euroopan komission alainen Joint Research Center on yhteinen tutkimuskeskus, joka on tieteellinen ja tekninen käsivarsi Euroopan komissiolle. Se tarjoaa tieteellistä neuvontaa ja teknistä osaamista tukemaan EU:n politiikkaa. Joint Research Center etsi kehittämishankkeita, jotka olivat tietoteknisesti toteutettavia sosiaalisia innovaatioita ja joilla on sosiaalipoliittista merkitystä (hanke toteutti Social investment package -ohjelmaa). Tutkimuskeskus valitsi Kimpale-hankkeen yhdeksi tällaiseksi hankkeeksi. Eurooppalaisille asiantuntijoille järjestettiin työpaja Brysselissä 24.2.–25.2. 2015, mukaan kutsuttiin Kimpale-hanketta koordinoineet kehittämissuunnittelija Saara Lång Kokkolan kaupungilta. Työpajassa pohdittiin mm. valittujen

hankkeiden sovellettavuutta eri maiden toimintaympäristöissä. (European Science hub 2016; Lång 2015.)

Tämän opinnäytetyön kehittämistehtävä linkittyy Kimpale-hankkeen osatavoitteeseen, joka on, hoito- ja kuntoutussuunnitelmien kehittäminen sekä tietotekniikan suunnitteleminen ja sovellusten käyttöönotto vastamaan palvelun tarpeeseen ja moniammatilliseen sekä yli organisaation rajojen ylittävään yhteistyöhön päihde- ja mielenterveys asiakkuuksissa. Keskustellessani Ventuskartano ry:n toiminnanjohtaja sekä Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämiskeskuksen, kehittämissuunnittelijan kanssa vahvistui ajatukseni siitä, että opinnäytetyöni aiheeksi tulee hoito- ja kuntoutussuunnitelma päihde- ja toiminnallisissa riippuvuuksissa. Käytyäni keskusteluja Päihdekeskus Portin johtoryhmän kanssa päädyimme lopputulokseen, että tulen rajaamaan opinnäytetyöprosessin koskemaan pelkästään avokuntoutuksen yksikköön. Perusteluni tälle rajaamiselle on se, että Päihdekeskus Portin muissa yksiköissä sekä asuntokoti Hermannissa on käytössä toimivat hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessit ja malli. Avokuntoutus, joka käsittää A-klinikan sekä Nuotan palvelut, on toiminut pitkään, mutta yhteinen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi sekä -malli on puuttunut käytännön työstä.

Opinnäytetyöprosessia miettiessäni minulle oli itsestäänselvyys, että haluan kehittämistyöhön mukaan myös kokemusasiantuntijoiden asiantuntijuuden. Kokemusasiantuntijoina olen käyttänyt A-klinikan ja Nuotan asiakkaita. Palvelun käyttäjä on paras asiantuntija miettiessämme hoidon laatua. Opinnäytetyössäni lähdän tarkastelemaan tutkimuksellista kehittämistoimintaa juuri asiakaslähtöisyyden, moniammatillisen yhteistyön sekä laatujohtamisen näkökulmasta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (Kaste) 2012–2015 ovat olleet periaatteina ihmisten osallisuus sekä asiakaslähtöisyys. Nämä tarkoittavat ihmisten vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä ja kuulemista heitä itseään koskevissa päätöksenteoissa, palveluissa ja niiden kehittämisessä. Vaikutusmahdollisuuksien lisäämiseksi sekä eri-ikäisten näkemysten selvittämiseksi on hyvä ottaa käyttöön yhteisöllisiä työmenetelmiä, näitä esimerkiksi ovat kokemusasiantuntijuus, asiakasraadit, foorumit sekä neuvostot. (Kaste 2012–2015.)



## 2 OPINNÄYTETYÖN TIETOPERUSTA

Opinnäytetyön tietoperustassa käsitellään asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaan osallisuutta. Lisäksi tarkastellaan moniammatillista yhteistyötä ja laatujohtamista. Kiinnostuksen kohteena on myös lain velvoittama hoito- ja kuntoutussuunnitelma.

### 2.1 Asiakaslähtöisyys ja palveluprosessit

Asiakaslähtöisyys voidaan määritellä oikeudellisesta näkökulmasta asiakkuuteen, jossa asiakkuus perustuu oikeudelliseen sääntelyyn, jonka kautta asiakkaiden oikeudet määritellään. Vuonna 1992 tuli voimaan laki potilaan asemasta ja oikeuksista, mikä vei terveydenhuollon toimintaa kohti asiakaslähtöisyyttä. Oikeudellisen näkökulman lisäksi asiakaslähtöisyyttä voidaan määritellä kuluttajanäkökulmasta. Palveluiden ulkoistaminen ja yksityistäminen sekä palvelutuotannon monipuolistuminen ovat vahvistaneet palvelujen käyttäjien asemaa kuluttajina. Asiakkuutta ja kuluttajuutta koskevissa käsitelmäärittelyissä on korostettu palvelujen käyttäjien äänen merkityksen kasvua. Lainsäädännön ja kuluttajuuden ohella asiakkuusajattelu on kehittynyt myös palveluntuottajien hallinnollisten käytäntöjen ja toimintatapojen kautta. Asiakkuutta palveluntuottajan näkökulmasta tarkasteltuna sosiaali- ja terveyssektorissa nousevat keskiöön kysymykset siitä, miten organisaation toimintatavat ja hallinnolliset käytännöt suhtautuvat asiakkaisiin taikka millainen rooli asiakkaalla on prosessien suunnittelussa. (Virtanen, Suoheimo, Lumminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 16–17.)

Prosessi on tapahtumasarja, jossa pitää saada aikaan. Prosessissa syntyy siis tulos, prosessin tuote. Joku haluaa osalliseksi tästä syntyneestä tuloksesta, eli prosessin tuloksella on asiakas. Kun pohditaan prosesseja, joudutaan alkuun miettimään, kuka haluaa ja mitä haluaa. Prosessia määriteltäessä ja kuvattaessa on hyvä lähtökohta aloittaa se prosessin asiakkaasta. Prosessin pohdiskelu on myös hyvä lopettaa asiakkaaseen eli siihen vaiheeseen, että asiakas on saanut, mitä on halunnut. Prosessi siis alkaa aina asiakkaasta ja päättyy asiakkaaseen. (Pesonen 2007, 129.)

Oleennaista hallinnollisten käytäntöjen kannalta on se, miten organisaatiossa määritellään asiakkaat. Perinteisesti asiakas on määritelty palveluiden tai tuotteiden vastaanottajaksi. Palvelutarjonnan monipuolistuessa ja sektorien rajojen hämärtyessä on hyvä pitää mielessä, että palveluntuottajan näkökul-

masta asiakkuutta on myös organisaatioiden välinen asiakkuus. Esimerkiksi kunta voi olla asiakas ostaessaan palvelut yksityiseltä palveluntuottajalta. (Virtanen ym. 2011, 17.) Artikkelissaan Rabert (2012) korostaa sitä, että kun terveydenhuollon kuluttajat saavat enemmän tietoa ja vaihtoehtoja on kuluttajien tyytyväisyys tärkeämpää kuin koskaan. Hänen mukaansa terveydenhuollon kuluttajia ovat potilaat, perheenjäsenet, valtionvirastot sekä työnantajat. Hän tuo esille, että organisaation asiakaslähtöisyys riippuu pitkälti työntekijöiden asiakaslähtöisyydestä eli miten yksittäinen työntekijä kokee asiakaslähtöisyyden.

Sosiaalihuollon asiakkaalla ja terveydenhuollon potilaalla on oikeus saada laadultaan hyvää ja asianmukaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua. Toimenpiteiden ja hoidon vaihtoehtoista on kerrottava ymmärrettävästi ja avoimesti, ettei asiakkaan ihmisarvoa, vakaumusta tai yksityisyyttä loukata. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja on oikeus saada laissa säädetyn ajan kuluessa. Jos potilas tai sosiaalihuollon asiakas ei ole tyytyväinen saamaansa hoitoon, palveluun tai kohteluun, hän voi tehdä muis- tutuksen toimintayksikön vastuuhenkilölle tai tehdä kantelun valvovalle viranomaiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014.)

Asiakslähtöisen toiminnan kehittämisen avainkysymyksiä ovat mm., että asiakas tietää mitä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuus merkitsee, mitä kuuluu asiakkaan oikeuksiin, mikä on hänen asemansa asiakkaana missäkin kohtaa palvelutapahtumaa ja minkälaisia valintoja hän voi asiakkaana tehdä. Tämä edellyttää viestinnän modernien menettelytapojen osaamisen kehittämistä. Lisäksi asiakkaiden tietoisuuden kasvattaminen sekä asiakkaiden omaehtoinen aktiivisuus edellyttää monissa tapauksissa asennemuutosta myös palveluja käyttäviltä asiakkailta. Erilaiset käyttäjä- ja asiakkuustutkimukset palveluntuottajien asiakasymmärryksen kehittämiseksi ovat entistä merkittävimpiä sosiaali- ja terveyssektorin palveluiden kehittämisessä. Asiakslähtöisyyden kehittäminen monitoimijayhteistyössä edellyttää verkostojohtajuutta, hyviä vuorovaikutus- ja viestintätaitoja sekä yhteistyökykyä. Organisaatioille asiakaslähtöisyys on ensisijaisesti arvo ja arvoista nouseva asenne, jolla työtä tehdään. Tärkeänä pidetään potilas- tai asiakastyötä tekevän työntekijän arvoperustaa ja asiakslähtöisen toimintatapojen sisäistämistä. Organisaation johtajan omat arvot, esimerkki sekä käyttäytyminen kuin myös lähiesimiehen antama yksilöllinen ohjaus nähdään tukevin asioina asiakslähtöisemmän organisaatiokulttuurin luomisessa. (Virtanen ym. 2011, 29–59.)

Terveyspalvelujärjestelmälle tyypillistä on järjestelmäkeskeisyys sekä asiantuntijakeskeisyys. Omien ammattireviirien suojelemisen sijaan asiakkaiden monitahoisten ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan monenlaista osaamista. Tasavertainen tieteidenvälinen vuoropuhelu ei ole aina itsestäänselvyys, vaan

se vaatii osallistujiltaan toisten ammattiryhmien toimintatapojen arvostamista sekä tunnistamista. Parhaimmillaan eri ammattiryhmien välinen yhteistyö, johon myös asiakas osallistuu, takaa läpinäkyvän ja tasapuolisen päätöksentekotyön. (Metteri, Valokivi & Ylinen 2014, 27.) Kerosen (2013,1) artikkelissa sosiaali- ja terveysministeriön neuvottelevan virkamies Vuorisen mielestä asiakaslähtöisyyden toteutuminen kytkeytyy paljolti henkilöstön ja johtamisen asenteisiin. Vuorisen mukaan pienilläkin asioilla voidaan saada paljon aikaan kunnissa, joissa asiakkaan roolin merkitys sosiaalihuollon toteuttamisessa ymmärretään, sosiaalihuoltoa halutaan myös kehittää sen mukaisesti.

Keskeinen asiakaslähtöisyyden ominaisuus on, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation tarpeista vaan myös mahdollisimman toimiviksi asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan tulisi alkaa myös asiakkaan esittämistä asioista sekä kysymyksistä. Palveluntarjoajalta ja asiakkaalta tämä edellyttää vuoropuhelua ja yhteisymmärrystä siitä, kuinka asiakkaan tarpeet voidaan olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla kustannustehokkaasti. Asiakaslähtöiseen toimintaan sisältyy ajatus, jossa asiakassuhteiden jatkuvuus on palveluiden tarjoajan sekä asiakkaan välisen yhteisymmärryksen edellytyksenä. (Virtanen ym. 2011, 22.)

Väitöskirjassaan Poikela (2010) tarkasteli asiakassuunnitelmaa tavoitteellisena auttamisen välineenä moniammatillisessa lapsiperhetyössä. Tutkimuksen yksi keskeinen tulos oli, että asiakaslähtöisyys merkityksellistyi asiakaskeskeisyytenä. Tällöin asiakas positioitui itsenäisenä päättäjänä, jonka edellytetään olevan aktiivinen. Toimintalähtöiselle työtavalle on ominaista asiakkaan ammattilaisten asiantuntijuuden erillisyyttä. Tässä asiakas tarjoaa tarpeensa auttamisen kohteeksi ja esittää omat näkemyksensä sekä toiveensa. Ammatilliset asiantuntijoina puolestaan tarjoavat valmista ratkaisua, jolla voitaisiin mahdollisimman hyvin vastata asiakkaan esittämiin toiveisiin ja tarpeisiin. Palvelupaketin koostamiseen perustuvan työtavan ydin on siis tuottaa ammattilaisten ja asiakkaan yhteistyöllä yhteensopivia ja päällekkäisyyksiä poistavia palveluita, jotka ovat tehokkaampia asiakkaan ja palveluiden tuottajien kannalta. (Poikela 2010, 225–226.)

## **2.2 Moniammatillinen yhteistyö**

Isoherranen (2012) toteaa väitöskirjassaan, että viime aikoina työelämässä on tapahtunut monia muutoksia. Organisaatiot ovat muuttuneet rakenteeltaan matalammiksi ja kehittyneet tiimipohjaisiksi. Asiakaslähtöiset, joustavat tiimit toimivat itsenäisesti omaa toimintaansa arvioiden sekä kehittämällä. Tiedon liikkuminen ja kokoaminen yhteen yli asiantuntija- ja organisaatorajojen on mahdollistanut tietotekniikan kehittyminen. Asiantuntijatyö on muuttunut aiempaa asiakaslähtöisemmäksi sekä yhtei-

söllisemmäksi. Sosiaali- ja terveystalalla tiimipohjaista, yhteisöllistä ja asiakaslähtöistä asiantuntijatyötä kutsutaan moniammatilliseksi yhteistyöksi. Tutkimuksessa nousivat keskeisimmiksi haasteiksi sovitusti joustavat roolit, vastuukysymysten määrittely, yhteisen tiedon luomisen käytännöt ja tiimityön sekä vuorovaikutustaitojen oppiminen. Positiivisena löydöksenä tutkimuksessa nousi esiin, että moniammatillisesti hyvin toimivissa tiimeissä oli asiantuntijoiden keskinäistä luottamusta ja tukea. Tämänkaltaisissa tiimeissä haluttiin työskennellä, koska niissä kehittyi sosiaalista pääomaa, joka auttaa työssä jaksamisessa. (Isoherranen 2012, 5.)

Päihdehuoltolaki velvoittaa viranomaisia yhteistoimintaan. Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. Erityistä huomiota on kiinnitettävä päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön. (Päihdehuoltolaki 1986/41.)

Sosiaalihuoltolaki velvoittaa, että rakenteellisella sosiaalityöllä on huolehdittava sosiaalista hyvinvointia ja sosiaalisia ongelmia koskevan tiedon välittymisestä ja sosiaalihuollon asiantuntemuksen hyödyntämisestä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Rakenteelliseen sosiaalityöhön kuuluu: 1) Sosiaalihuollon asiakastyöhön perustuvan tiedon tuottaminen asiakkaiden tarpeista ja niiden yhteiskunnallisista yhteyksistä sekä tarpeisiin vastaavien sosiaalipalvelujen ja muun sosiaalihuollon vaikutuksista. 2) Tavoitteelliset toimet ja toimenpide-ehdotukset sosiaalisten ongelmien ehkäisemiseksi ja korjaamiseksi sekä kunnan asukkaiden asuin- ja toimintaympäristöjen kehittämiseksi. 3) Sosiaalihuollon asiantuntemuksen tuominen osaksi kunnan muiden toimialojen suunnittelua sekä yhteistyö yksityisten palveluntuottajien ja järjestöjen kanssa paikallista sosiaalityötä sekä muuta palvelu- ja tukivalikoimaa kehittämään. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

### **2.3 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma**

Asiakkaan päihdehuollon tarpeen arvioimiseksi sekä hoidon saannin turvaamiseksi on yhdessä hänen kanssaan laadittava kuntoutussuunnitelma. Kuntoutussuunnitelmassa on selvitettävä keskeiset asiat, joihin pyritään vaikuttamaan, sekä keinot ja arvioitu aika, jonka kuluessa toteutetaan tavoitteet. Suunnitelmassa tulee huomioida, miten henkilön huollossa olevan lapsen hoidon ja tuen tarve on otettu huomioon. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista velvoittaa myös, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelma on laadittava, ellei siihen ole ilmeistä estettä, asiakkaan kanssa yhteisymmärryksessä. (Päihdehuoltoasetus 29.8.1986/653, § 2; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, §7).

Moniammatillisen tiimimallin prosessiin kuuluu aina suunnitelmallisuus sekä tavoitteellisuus. Terveystieteidenhuoltolaki ja sosiaalihoitolaki velvoittavat tekemään asiakkaalle suunnitelman. Tarkoitus on, että silloin kun asiakas on sekä terveydenhuollon toimenpiteiden ja sosiaalihoillon tuen tarpeessa ja kun kysymys on riskiryhmään kuuluvasta asiakkaasta, hänen on mahdollista saada yhteistyössä tehty, yhdistetty suunnitelma. Olennaista suunnitelmassa on aina se, että se tehdään asiakasta varten, ei ammattilaisia taikka organisaatioita varten. Suunnitelman on oltava asiakkaalle hyödyllinen, uskottava sekä ymmärrettävä. Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että suunnitelma on realistinen ja sen lähtökohtana on asiakkaan todellinen oma elämäntilanne. Uskottavuutta vaaditaan myös ammattilaisen näkökulmasta. Asiakaslähtöinen sekä uskottava suunnitelma ei siis tarkoita sitä, että siinä olisi vain pelkästään asiakkaan oma näkemys tilanteestaan tai että suunnitelmalla lähdettäisiin toteuttamaan asiakkaan kaikkia tarpeita. Ammattilaisen näkökulmasta suunnitelman on oltava aina sellainen, että se vie asiakkaan tilannetta eteenpäin. Suunnitelman laatimisen lisäksi tapaamisissa on tavoitteena sopia yhteisesti vastuunjaosta sekä eri toimijoiden toteuttamista tukitoimenpiteistä, niiden aikataulusta ja tavoitteista. Onnistuneen verkostotapaamisen jälkeen sekä asiakas ja ammattilaiset ovat tietoisia asetetuista muutostavoitteista, sovitusta tukitoimenpiteistä sekä niiden etenemisestä ja siitä, kuka on asiakkaan omatyöntekijä, miten tilanteen etenemistä seurataan sekä missä määrin ammattilaiset voivat vaihtaa tietoja tilanteen etenemisestä keskenään. (Kaste 2016.)

Kuntoutus on usein pitkä prosessi, jonka sujuminen edellyttää suunnitelmallisuutta, ja tämä puolestaan lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta. Suunnitelmallisuus mahdollistaa yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen keskittämiseksi vaikeuksien voittamiseksi. Kuntoutussuunnitelma sisältää kuntoutustarpeen perustan, kuntoutujan nykytilan, kuntoutuksen tavoitteet, keinot sekä toimenpiteet, vastuunjaon, aikataulun sekä suunnitelman kuntoutuksen seurannasta. Kuntoutussuunnitelma laaditaan aina yhdessä kuntoutujan kanssa. Suunnitelma tulee tehdä mahdollisimman varhain, jotta kuntoutujan tilannetta voidaan parantaa kuntoutuksella. Yhdessä kuntoutujan kanssa laadittu kuntoutussuunnitelma luo hyvän perustan kuntoutujan kehittymiselle sekä turvallisuuden tunteelle. Viranomaiset sekä kuntoutuja sitoutuvat toimintaan kuntoutussuunnitelman avulla. Se luo myös hyvän perustan tarkennuksille, jatko-suunnitelmille ja eri kuntoutustahojen yhteistyölle. (Kuntoutusportti 2015.)

## 2.4 Laatujohtaminen

Laatutyö, laatuajattelu ja laadun kehittäminen ovat yleistyneet myös sosiaali- ja terveysalalla. On olemassa erilaisia laadunhallintajärjestelmiä. Laatuajattelun pääidea kuitenkin on yksinkertaisesti työn tekeminen paremmin. Sosiaali- ja terveysalan työhön sovellettuna voidaan karkeasti määritellä yleisen laadun osat, joita ovat toiminnan perusajatuksen ymmärtäminen, asiakaslähtöisyys, prosessin tarkastelu ja jatkuva arviointi. (Ihalainen & Kettunen 2013, 51.)

Ventuskartano ry:n laatu politiikan mukaan hyvä laatu on asiakkaiden tyytyväisyyttä palvelujen saavutettavuuteen, sisältöön ja toteutustapaan sekä palvelujen tilaajien tyytyväisyyttä toiminnan vaikuttavuuteen ja kokonaiskustannuksiin. Ventuskartano ry kehittää laatua parantamalla asiakaspalautejärjestelmää, kehittämällä työprosessien suunnittelua ja arviointia, toimimalla vastuullisesti ja inhimillisesti, kehittämällä henkilöstöä suunnitelmallisesti ja systemaattisesti, kehittämällä esimiestyötä, lisäämällä tavoitteellista yhteistyötä terveyskeskusten, kuntien sosiaalitoimen ja muiden yhteistyökumppaneiden kanssa sekä panostamalla tieteelliseen tutkimukseen ja kehitystyöhön, mikä parantaa toiminnan vaikuttavuutta. Hyvän laadun ja laadun parantamisen lähtökohta Ventuskartano ry:ssä on Sosiaali- ja terveyspalvelujen laatuohjelman (SHQS) mukaisesti toteutettu, koko organisaation kattava säännöllinen itsearviointi, joka ohjaa laadun kehittämistyötä. Ventuskartano ry:ssä arvioidaan sekä toimintaa että saavutettuja tuloksia. Arvioinnin tulokset analysoidaan säännöllisesti ja niitä käytetään jatkuvan kehittämisen pohjana. Käytännössä tämä toteutuu hallittuna ja kattavana parantamistoimintana, jonka seurauksena kehittyä ja vakiintuu korkealuokkaisia palveluja tuottavia rakenteita ja menettelyjä. (Ventuskartano Ry 2015.)

Laadunhallinnasta Ventuskartanossa vastaa viime kädessä toiminnanjohtaja yhdessä hallituksen, työvaliokunnan ja johtoryhmän kanssa. Käytännön tasolla vastuu laadusta on jokaisella yksiköllä ja sen esimiehellä sekä jokaisella työntekijällä omasta toiminnastaan. Ventuskartano ry:ssä laadunhallinnan perusteena ja tukena käytetään alaan liittyviä lakeja, asetuksia ja suosituksia sekä yhdistyksen ja sen toimipisteiden visiota ja strategiaa, henkilöstöpoliittista ohjelmaa ja henkilöstösuunnitelmaa, vuosittain käytäviä kehityskeskusteluja, koulutusohjelmaa ja –suunnitelmaa, perehdytysohjelmaa ja tiedotus-suunnitelmaa. Vuosittain toiminnan ja talouden suunnittelun yhteydessä määritellään toiminnan tavoitteet. Tässä yhteydessä sovitaan myös laatu tavoitteista yhdessä. Seuranta suoritetaan esimiesten ja toiminnanjohtajan työn ja tulosten seuranta, johdon katselmuksina, itsearviointien tekemisinä vuosittain (SHQS). Sisäiset auditoinnit suoritetaan vuosittain kaikkiin yksiköihin. Laatu kokouksista ja laatuasioiden käsittelyistä henkilökuntapalavereissa pidetään kirjaa ja tehdään muistioita. Itsearviointit ja

sisäisten auditointien dokumentit säilytetään. Niitä hyödynnetään tavoitteiden ja menetelmien suunnittelun yhteydessä. (Ventuskartano Ry 2015.)

Kujala (2003) korostaa väitöskirjassaan, että laadunhallinnassa on tärkeää tahto ja henki tehdä mahdollisimman hyvää työtä. On uskallettava olettaa, että terveydenhuollon ammattihenkilöstö, joka on koulutettua, omaa korkean ammatillisen etiikan, joka ohjaa toimintaa. Terveydenhuollossa on kuitenkin ajankohtaisia tekijöitä, jotka tuovat haasteita sen johtamisen kaikilla tasoilla. Näin on etenkin työn kehittämisen ja laadun hallinnan kohdalla. Jos työn olosuhteet ja määrä käyvät ylivoimaisiksi, vaatimukset sitoutumisesta laadunhallintaan saattavat kääntyä tarkoitustaan vastaan. Väsyneessä ja turhautuneessa sekä kyyniseksi käyvässä henkilöstössä jopa puhe laadusta aiheuttaa ärtymystä. Tässä kulminoituu yksi julkisen puolen terveydenhuollon johtamisen dilemma: miten saada vaikea yhtälö toimimaan, miten hoidetaan hyvin, jos hyvin hoitamaan kykeneviä ihmisiä on liian vähän. Lääkäreistä on pulaa ja hoitohenkilöstöä on liian vähän, jolloin hoitoa ei jakseta ja ehditä tehdä niin kuin haluttaisiin ja osattaisiin. (Kujala 2003, 164.)

Positiivinen asiakaskokemus syntyy siitä, kun asiakas huomioidaan, asiakasta kuunnellaan ja pyritään ymmärtämään hänen tilanteensa. Lisäksi positiivinen asiakaskokemus tarkoittaa sitä, että lupaukset pidetään ja palvelun laatu on korkeaa. Jotta jokainen yksikkö ja yksilö pystyvät ymmärtämään, miten jokaisen oma toiminta vaikuttaa asiakaskokemuksen syntymiseen, tarvitaan läpinäkyvyyttä ja prosessien pitää olla riittävän yksinkertaisia sekä organisaatiota pitää kouluttaa ymmärtämään, kuinka oma työtehtävä vaikuttaa palveluketjun onnistumiseen. (Fischer & Vainio 2014, 9.)

Laadunkehittäminen tapahtuu prosesseja kehittämällä. Laadun parantaminen saadaan aikaan muutoksilla, ja sen kehittäminen onnistuu parhaiten, kun organisaatio on omaksunut yhteisen toimintatavan, laatukulttuurin. Laatutasoa organisaatiossa saadaan nousemaan, jos henkilöstö on mukana. Jokainen vastaa omasta laadustaan ja osallistuu prosessien ja työn kehittämiseen. Tulokset voidaan saavuttaa, mikäli toiminnalle on asetettu tavoitteet ja niille seurattavat mittarit. Laatua parannettaessa tarvitaan johdon ja organisaation tukea. (Lecklin & Laine 2009, 110.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaalla on laissa taatut oikeudet tarvittaviin ja auttaviin palveluihin sen tasoihin kuin hänen kotikunnallaan on mahdollista järjestää. Palveluja tuottavalla organisaatiolla on velvollisuus huolehtia hoidon toimivuudesta ja laadusta. Laadunhallintaan sisältyy toiminnan johtamista, suunnittelua, arviointia ja mittaamista. Laadunhallinnan taustalla on ajattelu tapa, joka on nostanut keskeisimmiksi kehittämistavoitteiksi asiakaslähtöisyyden parantamisen, prosessiajattelun omak-

sumisen, johtamisen ja henkilöstön kehittämisen sekä toiminnan tuloksellisuuden ja tehokkuuden. Laadunhallinnassa motiivi ovat työyhteisössä ensisijaisesti se, että halutaan parantaa omaa toimintaa. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 3–11.)



### 3 YHTEENVETO TIETOPERUSTAN KESKEISISTÄ KÄSITTEISTÄ

Kuntoutus on usein pitkä prosessi jonka sujuminen edellyttää suunnitelmallisuutta, ja tämä puolestaan lisää kuntoutuksen tuloksellisuutta. Suunnitelmallisuus mahdollistaa yksilöllisten ja yhteisten voimavarojen keskittämisen vaikeuksien voittamiseksi. Kuntoutussuunnitelmassa sisältää kuntoutustarpeen perustan, kuntoutujan nykytilan, kuntoutuksen tavoitteet, keinot sekä toimenpiteet, vastuunjaon, aika-  
taulun sekä suunnitelman kuntoutuksen seurannasta. Kuntoutussuunnitelma laaditaan aina yhdessä kuntoutujan kanssa. Suunnitelma tulee tehdä mahdollisimman varhain, jotta kuntoutujan tilannetta voidaan parantaa kuntoutuksella. Yhdessä kuntoutujan kanssa laadittu kuntoutussuunnitelma luo hyvän perustan kuntoutujan kehittymiselle sekä turvallisuuden tunteelle. Viranomaiset sekä kuntoutuja sitoutuvat toimintaan kuntoutussuunnitelman avulla. Se luo myös hyvän perustan tarkennuksille, jatko-  
suunnitelmille ja eri kuntoutustahojen yhteistyölle. (Kuntoutusportti 2015.)

Laadunkehittäminen tapahtuu prosesseja kehittämällä. Laadun parantaminen saadaan aikaan muutoksilla ja sen kehittäminen onnistuu parhaiten, kun organisaatio on omaksunut yhteisen toimintatavan, laatukulttuurin. Laatutaso organisaatiossa saadaan nousemaan, jos henkilöstö on mukana. Jokainen vastaa omasta laadustaan ja osallistuu prosessien ja työn kehittämiseen. Tulokset voidaan saavuttaa mikäli toiminnalle on asetettu tavoitteet ja niille seurattavat mittarit. Laatua parannettaessa tarvitaan johdon ja organisaation tukea. (Lecklin & Laine 2009, 110.)

Keskeinen asiakaslähtöisyyden ominaisuus on, ettei palveluita järjestetä pelkästään organisaation vaan myös mahdollisimman toimiviksi asiakkaan tarpeista lähtien. Asiakaslähtöisen palvelutoiminnan tulisi alkaa myös asiakkaan esittämistä asioista sekä kysymyksistä. Palveluntarjoajalta ja asiakkaalta tämä edellyttää vuoropuhelua ja yhteistä ymmärrystä siitä, kuinka asiakkaan tarpeet voidaan olemassa olevien palvelumahdollisuuksien kannalta toteuttaa parhaalla mahdollisella tavalla kustannustehokkaasti. Asiakaslähtöiseen toimintaan sisältyy ajatus, jossa asiakas suhteiden jatkuvuus, on palveluiden tarjoajan sekä asiakkaan välisen yhteisymmärryksen edellytyksenä. (Virtanen, Suoheimo, Lumminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 22.)

Päihdehuoltolaki velvoittaa viranomaisia yhteistoimintaan. Päihdehuollon alalla toimivien viranomaisten ja yhteisöjen on oltava keskenään yhteistyössä. Erytystä huomiota on kiinnitettävä päihdehuollon ja muun sosiaali- ja terveydenhuollon, raittiustoimen, asuntoviranomaisten, työvoimaviranomaisten, koulutoimen, nuorisotoimen sekä poliisin keskinäiseen yhteistyöhön. (Päihdehuoltolaki 1986/41.)

#### **4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE**

Opinnäytetyöni tarkoituksena on mallintaa Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi ja kehittää hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomake. Tavoitteena on yhtenäistää hoito ja kuntoutussuunnitelmaprosessi ja lomake Päihdekeskus Portin avokuntoutuksessa ja sitä kautta lisätä asiakkaan omaa osallisuutta kuntoutusprosessissa.

Opinnäytetyön tutkimustehtävänä on selvittää asiakkaan näkökulmasta mitkä ovat arjessa selviytymisen kannalta keskeisimmät asiat, jotka tulee huomioida hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa, kun ongelmana ovat päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet.

Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on mallintaa kehittämistyöryhmässä hoito- ja kuntoutussuunnitelman prosessi ja kehitetään hoito- ja kuntoutussuunnitelmalomake.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa käsitellään opinnäytetyön aiheen valintaa ja rajausta sekä opinnäytetyön prosessissa tehtyjä menetelmällisiä ratkaisuja. Luvussa kuvataan myös toimintaympäristö, jossa opinnäytetyö toteutettiin.

### 5.1 Aiheen valinta ja rajaus

Hyvä tutkimusaihe on hyvän tutkimuksen alku. Tutkimuksen tulisikin lähteä liikkeelle jostakin kiinnostusta herättävästä ilmiöstä tai tehdyistä havainnoista. Lopullinen aihe tutkimukseen syntyy monien neuvottelujen sekä harkintavaiheiden jälkeen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 66–71.)

Laadullisessa tutkimuksessa aiheen rajaamiseen liittyy useita laaja-alaisia kysymyksiä. Tutkimuksen aihealue on saattanut syntyä käytännön kokemuksesta, asiantuntijoilta saatujen vihjeiden perusteella, kirjallisuuden tai opiskelun pohjalta, mutta vasta syvällisempi kirjallisuuteen perehtyminen auttaa rajaamaan ja näin täsmentämään ongelmaa. Tutkimukselle luo perustan kirjallisuuskatsaus joka osoittaa, mihin kysymyksiin uusi tutkimus olisi mielekästä suunnata. (Hirsjärvi ym. 2009, 85–88.) Opinnäytetyöni aihevalinta perustuu tehtyihin havaintoihin ja organisaation strategisiin tavoitteisiin. Tullessani töihin Päihdekeskus Portin avokuntoutukseen havaitsin, että avokuntoutuksesta puuttui yhtenäinen hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli. Keskustellessani avokuntoutuksen työntekijöiden kanssa kokivat myös he tämän tilanteen ongelmallisena. Lakiin perustuvaa hoito- ja kuntoutussuunnitelma laaditaan ja toteutetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa, mutta selkeää toimintaohjetta tästä ei löydy. Selkeän toimintaohjeen puuttuessa jokainen työntekijä on toteuttanut mallia oman näkemyksensä mukaan. Keskustelin myös Ventuskartano ry:n toiminnanjohtajan sekä Kimpale-hanketta koordinoineen Kokkolan kaupungin kehittämissuunnittelijan kanssa, ja heidän selkeä näkemyksensä oli, että yhtenäinen hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli tarvitaan avokuntoutukseen. Aihe on rajattu niin, että se palvelee Ventuskartano Ry:n, Päihdekeskus Portin avokuntoutusta.

Opinnäytetyön ohjausryhmän kokoaminen alkoi maaliskuussa 2016. Ohjausryhmän kokous pidettiin 8.3.2016. Kokouksessa olivat läsnä Ventuskartano ry:n toiminnanjohtajan sijainen, Asumiskoti Hermannin vastaava ohjaaja, avokuntoutuksen vastaava ohjaaja, Opinnäytetyön ohjaaja sekä opinnäytetyön tekijä.

Ensimmäisessä kokouksessa sovittiin ohjaustyöryhmän tehtävät, aikataulu sekä esiteltiin opinnäytetyön aikataulu ja idea. Koska opinnäytetyötä varten perustettiin myös moniammatillinen kehittäjäryhmä, päätettiin, että ohjaustyöryhmä kokoontuu vain tämän yhden kerran ja jatkossa yhteydenpito tapahtuu sähköpostin välityksellä. Kokouksen aikana ohjausryhmä keskusteli aiheesta aktiivisesti ja ohjaustyöryhmän toiminta käynnisti ja tuki opinnäytetyön edistymistä merkittävästi.

## 5.2 Toimintaympäristön kuvaus

Opinnäytetyön tilaajana oli Ventuskartano ry. Yhdistys on perustettu vuonna 1967, jolloin nimi oli Sosiaalitoiminnan Tuki ry. Yhdistyksen tavoitteena oli paikata julkisen sosiaalitoimen palvelujen riittämättömyys päihdeongelmallisille. Yhdistys järjesti asumispalveluja, edullisia ruokailu- ja pyykinpesumahdollisuuksia vankilasta vapautuville ja päihdeidenkäytön vuoksi syrjäytyneille. Haluttiin auttaa niitä, jotka tarvitsivat apua kipeimmin. Käänteentekevä Ventuskartano ry:n historiassa on vuosi 2013, jolloin yhdistys kasvoi pienestä palveluntuottajasta keskisuureksi toimijaksi. Palveluntuotanto monipuolistui ja henkilöstömäärä yli kaksinkertaistui Päihdekeskus Portin toiminnan myötä. Ventuskartano Ry:n palveluja ovat Päihdekeskus Portissa olevat Päivystävät sairaanhoitajat, Avokuntoutus, Selviämisen- ja vieroitushoitoyksiköt, Laitoskuntoutus sekä asuntokoti Hermannin. (Ventuskartano ry 2013, 3–18.) SOTE uudistuksen myötä, Ventuskartano Ry:n tuottamat palvelut, avokuntoutus, selviämisen- ja vieroitushoitoyksikkö sekä päivystävät sairaanhoitajat tulevat liittymään SOITE:n alaisuuteen 1.1.2018.

Nuorten tuki- ja neuvontapiste Nuotta ja A-klinikka tarjoavat moniammatillista asiantuntija apua päihde- ja riippuvuusongelmista kärsiville sekä heidän läheisilleen. Ongelmat liittyvät pääasiallisesti alkoholiin, huumeisiin, lääkkeisiin, peliriippuvuuteen tai näiden yhdistelmiin. Nuotassa käsitellään myös päihdeongelmaisten nuorten mielenterveyden pulmatilanteita. Molempien perustehtävänä on pyrkiä auttamaan asiakkaita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä vähentämään päihde- ja riippuvuusongelmia ja lisäämään heidän toimintakykyään ja parantamaan elämänlaatua. (Ventuskartano ry 2013, 15.)

Nuotta palvelee alle 25-vuotiaita nuoria. Nuoret voivat tulla asiakkaaksi perheineen, kun heillä on huoli päihde- ja riippuvuusasioista. Alaikäisen nuoren perheen kanssa sovitaan heidän tarpeisiinsa soveltuva kokonaisuus, joka voi käsittää yksilökäyntejä, vanhempien omia käyntejä, perhetapaamisia, ssa-

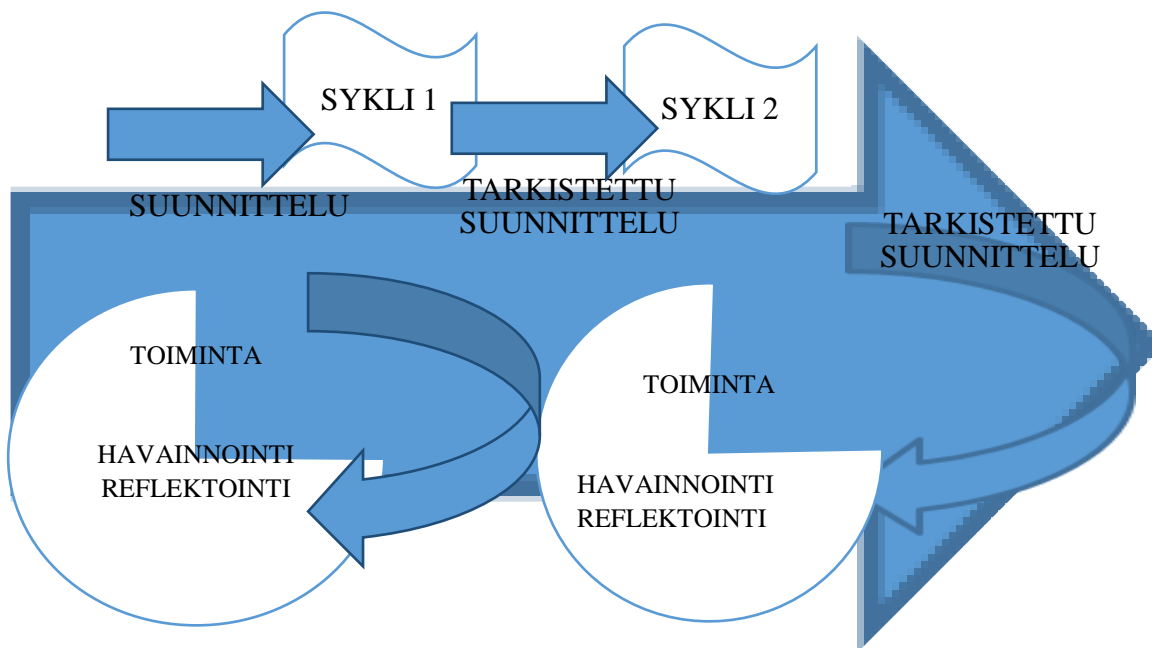
rusten tapaamisia sekä nuoren elämään liittyvien viranomaisten kanssa tehtävää yhteistyötä. A-klinikka tarjoaa palveluja yli 25-vuotiaille riippuvuusongelmaisille sekä heidän läheisilleen. Yksilö-, pari- ja perhekäyntien lisäksi tehdään myös verkostotyötä. Työmuotoina käytetään keskustelua-, hoitoa, ohjausta ja neuvontaa sekä erilaisten sosiaalisten- ja ihmissuhdeongelmien selvittelyä. Myös A-klinikka toimii tiiviissä yhteistyössä useiden eri tahojen kanssa. A-klinikalla toimivat sosiaaliterapeutti, ohjaaja, sairaanhoitaja sekä vastaava työntekijä. Nuotassa toimivat sosiaaliterapeutti, ohjaaja sekä sairaanhoitaja. (Ventuskartano ry 2013, 15.)

### **5.3 Toimintatutkimus lähestymistapana**

Opinäytetyössäni tulen käyttämään toimintatutkimuksellista lähestymistapaa. Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa soveltuu opinnäytetyöhöni parhaiten, koska tarkoituksena on yhdessä eri toimijoiden kanssa kehittää Ventuskartano ry:n avokuntoutuksen toimintaa ja laadukkaampaa hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa niin, että asiakkaan näkökulma saadaan entistä paremmin esille. Päihde- ja toiminnallisissa riippuvuuksissa asiakkaan oma motivaatio ja sitoutuminen kuntoutuksellisiin tavoitteisiin ovat avainkysymyksiä hänen toipumisessaan. Kehittämistoiminta Ventuskartano ry:n avokuntoutuksessa tulee etenemään eri sykleissä, suunnittelun, toteutuksen sekä arvioinnin avulla.

Toimintatutkimus on osallistava tutkimus, jolla pyritään yhdessä ratkaisemaan käytännön ongelmia ja näin ollen saamaan aikaan muutos. Toimintatutkimus sopii hyvin kehittämistyön lähestymistavaksi. Tutkimuksella etsitään ratkaisuja käytännön ongelmiin, jotka voivat olla esimerkiksi ammatillisia, eettisiä, sosiaalisia tai teknisiä. Tavoitteena toimintatutkimuksessa on ratkaista käytännön ongelmia organisaatiossa sekä samanaikaisesti luoda uutta ymmärrystä ja tietoa ilmiöstä. Olennaista toimintatutkimuksessa on ottaa käytännöissä toimivat ihmiset mukaan aktiivisiksi osallisiksi tutkimukseen ja kehittämiseen. Yhteisössä toimintaa analysoidaan ja kehitetään erilaisia vaihtoehtoja toiminnassa havaittujen ongelmien ratkaisemiseksi sekä asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi ja tuotetaan uutta teoriaa sekä tietoa toiminnasta. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 58–59.)

Kehittämisen kohteena on sosiaalinen käytäntö, joka on altis muutokselle. Toimintatutkimuksessa toiminta etenee suunnittelun, havainnoinnin sekä arvioinnin kehänä (KUVIO 1). Tutkimuksen jokaista vaihetta toteutetaan sekä suhteutetaan toisiinsa järjestelmällisesti ja kriittisesti. Tutkimus- ja kehittämisprosessi on syklinen prosessi, eli eri vaiheet toistuvat aina uudelleen, jolloin prosessia voidaan kuvata spiraalina. (Ojasalo ym. 2009, 59–61.)



KUVIO 1. Toimintatutkimuksen syklit (Mukaiillen Linturi 2003)

Artikkelissaan Linturi (2003) kuvaa toimintatutkimusta käytännön ja teorian systemaattiseksi vuoropuheluksi tosielämän tilanteissa. Tutkimusprosessissa toisiaan seuraavat syklisesti suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin sekä reflektoinnin vaiheet, joiden pyrkimyksenä on kehittää toimintaa joka kierroksella. Toimintatutkimuksen perussykliin (KUVIO 1) kuuluvat aina toiminnan suunnittelu (S), toiminta (T), toiminnan havainnointi (H) sekä reflektointi (R). Toinen sykli käynnistyy aina reflektoinnin jälkeen tarkistetulla suunnitelmallä ja sen toteutuksella ja havainnoinnilla ja toisen syklin lopuksi näitä reflektoidaan. (Linturi 2003.)

Toimintatutkimus on yleensä kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa. Mutta siinä voidaan myös hyödyntää kvantitatiivisiä eli määrällisiä menetelmiä. Koska kyse on osallistavasta tutkimuksesta ja kehittämisestä on menetelmien myös oltava osallistavia. Tutkimusaineistoa voidaan kerätä esimerkiksi kyselyillä, havainnoimalla, haastatteluilla sekä ryhmäkeskusteluilla. Kehittämistyössä käytettävillä menetelmillä pyritään keskustelujen kautta luomaan yhteistä ymmärrystä ja kieltä tavoitteista ja toimintatavoista sekä suunnittelemaan yhdessä tarvittavia muutoksia ja näin sitoutumaan yhdessä toteuttamaan niitä. (Ojasalo ym. 2009, 61–63.)

Tutkitun tiedon tuottaminen ja käytännön muutoksen aikaansaaminen painottuvat toimintatutkimuksessa. Yleensä kohteena on ihmisten tai organisaation toiminnan muuttaminen. Keskeistä toimintatut-

kimuksessa on viedä muutos käytäntöön sekä arvioida sitä, joten kehittämisprosessi saattaa kestää melko pitkään. Keskeinen piirre toimintatutkimuksessa on organisaatiossa toimivien ihmisten aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön. (Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 38.) Opinnäytetyössäni haluan koko organisaation ja asiakkaiden sekä lähempien yhteistyöverkostojen olevan mukana kehittämistyössä. Tällöin luonnollinen menetelmä-valinta oli toimintatutkimus menetelmäksi

#### **5.4 Aineiston keruu ja analyysi**

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin 11.3.2016. Tutkimuslupa anottiin Ventuskartano Ry:n toiminnanjohtajalta. Tutkimuslupapyyntöön liitteinä oli hyväksytty tutkimussuunnitelma. Tutkimuslupa myönnettiin 13.4.2016 (LIITE 1) ja opinnäytetyösopimus allekirjoitettiin 29.3.2016 (LIITE 2).

Kehittämissä käytetään monenlaisia menetelmiä hyväksi. Tutkimuskirjallisuudessa jaetaan menetelmät yleensä kvantitatiivisiin eli määrällisiin sekä kvalitatiivisiin eli laadullisiin. Keskeisintä kehittämistyössä on menetelmien moninaisuus. Erilaisilla menetelmillä saadaan kehittämistyön tueksi monenlaisia näkökulmia, ideoita sekä erilaista tietoa. Käytettäessä useita eri menetelmiä, kuten haastatteluja, kyselyjä, havainnointeja, dokumenttianalyysejä, benchmarkingia, kysymys kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimuksen eroista ei nouse enää tärkeäksi. Valittaessa menetelmää on keskeisintä pohtia, millaista tietoa tarvitaan ja mihin tarkoitukseen tietoa käytetään. Suositeltavaa on käyttää rinnakkain useampia menetelmiä. (Ojasalo ym. 2009, 85–90.)

Tämän opinnäytetyön tutkimuksen aineisto kerättiin teemahaastatteluilla, jotka olivat yksilöhaastatteluja. Haastattelu on käytetyin tiedonkeruumenetelmä tutkimus- ja kehittämistyössä. Aineistonkeruumenetelmänä haastattelu on hyvä valinta, jos halutaan korostaa yksilöä tutkimustilanteen subjektina. Yksilön on mahdollista tuoda haastattelussa esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Valitsin teemahaastattelun aineistonkeruumenetelmäksi. Teemahaastattelu on keskustelua, jossa tarkoitus on päätetty etukäteen. Se ei ole arkikeskustelua. Erittäin tärkeää teemahaastattelussa on, että kerättävä aineisto rakentuu aidosti haastateltavan kokemuksista käsin. Tutkijan etukäteen suunnitellut vastausvaihtoehdot eivät rajaa aineiston kertymistä. Tutkijan etukäteen valitsemat teemat sitovat aineiston käsillä olevaan tutkimusongelmaan. Haastattelutilanteessa esille nostettavat teemat tulee tarkoin pohtia ja määrittellä etukäteen. Haastateltavien valintaan tulee kiinnittää erityistä huomiota. (Ojasalo ym. 2009, 95; Tilastokeskus, 2015.) Tässä opinnäytetyössä haastateltavat valikoituivat Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen asiakkaista. Asiakkaat olivat A-klinikan sekä Nuotan asiakkaita.

Teemahaastattelua käytettäessä on syytä tehdä joitakin koehaastatteluita ennen varsinaisia haastatteluita. Samalla voidaan kontrolloida haastatteluteemojen toimivuutta. Haastattelun käytännölliseen toteuttamiseen liittyy monia huomioon otettavia seikkoja, esimerkiksi haastattelusta sopiminen, keskustelun avaukset, kysyminen ja dialoginen ohjaaminen. Haastateltavat saivat suullisen etukäteisinformaation tulevasta haastattelusta ja haastattelun aiheesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 211.) Ennen varsinaista haastattelua teemahaastattelurunko esitettiin yhdellä koehenkilöllä. Teemahaastattelurunkoon ei tarvinnut tehdä muutoksia esitestauksen perusteella. Haastatteluun osallistuvat tiedonantajat saivat ennen haastatteluja saatekirjeen (LIITE 3), jossa kerrottiin haastattelun tarkoitus ja tavoite. Haastateltavilla oli mahdollisuus tehdä kysymyksiä haastattelijalle. Haastateltavien kanssa allekirjoitettiin suostumuslomake (LIITE 4) haastatteluun sekä yhdeltä alaikäiseltä tiedonantajalta otettiin vanhemmilta suostumus (LIITE 5) haastatteluun. Haastattelut tapahtuivat Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen työhuoneessa. Tämä paikka turvasi rauhallisen ja häiriöttömän tilan haastatteluille. Asiakkaiden haastattelut tehtiin touko-kesäkuun 2016 aikana. Haastatteluja oli yhteensä kahdeksan. Haastattelujen kesto oli 30 minuutista tuntiin. Haastatteluista syntyi pistekoolla 12 rivivälillä 1,5 yhteensä 15 sivua litteroitua tekstiä.

Haastattelujen aluksi keskustelin tiedonantajan kanssa tulevasta haastattelusta ja näin johdattelin tiedonantajaa tulevaan haastatteluun. Tämän jälkeen haastattelut tapahtuivat ennalta laaditun teemahaastattelurungon (LIITE 6) mukaisesti. Teemahaastattelurunko oli jaettu tiedonantajalle etukäteen yhdessä saatekirjeen kanssa. Suunnitelman mukaiset teemat läpikäytiin jokaisessa haastattelussa järjestyksessä haastattelurungon mukaan. Haastatteluiden tunnelma oli vapautunut ja tiedonantajat kertoivat avoimesti kokemuksistaan ja näkemyksistään. Ajoittain keskustelu oli vilkasta. Haastattelut nauhoitettiin ja myöhemmin litteroitiin eli purettiin auki sanasta sanaan kirjalliseen muotoon.

Kvalitatiivisen aineiston keruussa aineiston saturaatio eli kylläntyminen tarkoittaa sitä, että tutkija alkaa kerätä aineistoa päättämättä kuitenkaan etukäteen, miten monta tapausta hän tutkii. Tutkija voi aloittaa haastattelut ja jatkaa niitä niin kauan kuin haastattelut tuovat tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Kun samat asiat alkavat kertaantua haastatteluissa, on aineistoa riittävästi. Tällöin on tapahtunut saturaatio. On siis olemassa tietty määrä aineistoa, joka tuo esiin teoreettisesti merkittävän tuloksen. (Hirsjärvi ym. 2009, 182.) Haastatteluista saatu materiaali oli kattava ja samat teemat nousivat esiin. Aineiston saturoituminen oli nähtävissä aineistossa.

Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä aineistoissa, ja tästä ideaa käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen



menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen, ja sen tuloksina syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä ja malleja taikka käsitekarttoja. Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä analyysiä tai deduktiivista eli teorialähtöistä analyysiä. Haastattelun aineisto analysoitiin induktiivisella analyysillä. Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan sanoja teoreettisen merkityksen perusteella. Kategoriat johdetaan tutkimusongelmien ja aineiston ohjaamana. Induktiivisessa analyysissä pyritään tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus, niin, etteivät aikaisemmat tiedot, havainnot tai teoriat ohjaa analyysiä. Tutkija lukee aineiston läpi useaan kertaan. Analyysiyksikkönä toimii sana, lause taikka lauseen osa tai ajatuskokonaisuus. Lausumat pelkistetään aineiston käsittein, minkä jälkeen aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Samaa merkitsevät lausumat yhdistetään kategoriaan, joka nimetään mahdollisimman hyvin kuvaamaan sisältöä. Aineiston ryhmittelyn jälkeen alakategoriat yhdistetään ja niistä muodostetaan yläkategorioita ja näitä kokoavia käsitteitä. Lopputuloksena syntyy pääkategoria. (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2013, 165–172.) Tässä opinnäytetyössä aineisto salli luokittelun pääluokkaan asti. Kehittämistyön pohjana kehittämissryhmissä on kuitenkin käytetty alaluokkia sekä osittain hyödynnetty pelkistettyjä ilmauksia.

Haastatteluaineiston kuuntelin ja luin moneen kertaan. Aineistojen kuuntelu muodostui tärkeäksi, koska aineiston keruun ja analysoinnin välissä kului aikaa kaksi kuukautta. Ensimmäiseksi etsin merkitsevät ilmaisut alkuperäisaineistosta. Analyysiyksiköksi valitsin sanan tai lauseen. Merkitsevät ilmaisut keräsin haastatteluoteemoittain omaksi tiedostoksi, minkä jälkeen pelkistin ne. Tämän jälkeen muodostin alaluokkia yhdistämällä samaa tarkoittavat ilmaisut alaluokiksi. Analyysia jatkoin yhdistämällä samansisällöllisiä alaluokkia yläluokiksi, jotka nimesin sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Aineisto salli vielä yläluokkien yhdistämisen pääluokiksi. (LIITE 7). Analysoin tiedonantajaryhmän haastattelut edellä kuvatulla tavalla. Taulukossa 1 (TAULUKKO 1) kuvataan esimerkki sisällönanalyysin etenemistä merkitsevistä ilmauksista pääluokkaan saakka.

TAULUKKO 1. Esimerkki aineistolähtöisen sisällönanalyysi etenemisestä asiakkaiden haastatteluai-  
neistossa pääluokan ”hyvän hoidon suunnittelu” osalta.

Merkitsevä lause	Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
”No se on varmaan semmonen niin, että kartoitetaan elämän tilanne ja sitte niinku suunnitellaan niinku se, että miten jatkossa ettei tulisi tilanteita ettei retkahtaisi juomaan ja, että ne muut psyykkiset vaivat saataisiin kuntoon”	Kokonaiskuva tilanteesta  Huomioidaan ongelman laajuus  Avun kartoitus	Ongelmat	Hyvä hoidon suunnittelu
”No justiin se, että se että se puoliso olisi mukana koska hän niin läheltä näkee tätä ja on vieressä kulkemassa, että sais sen parhaan mahdollisen tuen siellä kotona”  ”Kysyttäis semmosia asioita missä tarvii apua”	Läheisten tuki  Asiakkaan ja hoitajan kemiat pelaavat  Selkeä suunnitelma	Tuki	
No se, että otetaan huomioon kaikki se arki ja se lääkitys ja lääkärin kanssa saisi puhua , siinäpä se”	Lääkityksen huomioiminen	Lääkitys	
”Ja niin , että sen pitää olla selkee, jos siellä on kysymysmerkkejä, että mitäs nyt niin silloinkaan jos siellä on niitä kysymysmerkkejä se vika ei ole suunnitelmassa se voi olla asiakkaassa tai työntekijässä”  ”Hyvän hoidon suunnittelu on realistinen lähtökohta siihen ongelman laajuuteen ja kuinka syvältä se ongelma on, tavallaan nähdään mikkä ne on ne oikeat palikat millä ne lähetään availemaan jos vaikka puhutaan lukoista millä avaimella me saadaan lukot auki, että ne taas auttaa meitä menemään eteenpäin ongelmassa, että niitä tavoitteita pitää olla, että jos mulle ei lyötäis mitään tavoitteita niin mä en taisteliskaan välttämättä koska mä en välttämättä hahmota mikä se mun oikea tavote on jos mulle ei tavallaan sitä vasta-kaikua”	Realistisuus  Huomioidaan arjen sujuminen  Asiakkaan voimavarat	Voimavarat	
”No, että pystyis tekeen niinkö yhteistyötä asiakkaan kanssa tietenkin. Kuunnella asiakkaan mielipiteitä ja jos asiakas vielä suostuu niihin mitä sille ehdotetaan niin se pois hyvä”	Yhteistyö asiakkaan kanssa  Asiakkaan mielipiteiden kuuleminen	Itsemääräämisoikeus	

Asiakkaiden haastatteluaineistosta pääluokkia muodostui kahdeksan. Näitä ovat, *asiakkaan verkosto, hoito- ja kuntoutussuunnitelman sisällölliset asiat, hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittämisen ajankohta, yksilöllisyys, arjen sujuminen, kotikäynnit, hyvä hoidon suunnittelu, hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi.*

Kehittämistehtävän aineistonkeruu tehtiin kehittämistyöryhmässä. Kehittämistyöryhmä koostui selviämis- ja vieroitushoitoyksikön, laituskuntoutuksen, avokuntoutuksen sekä asuntokoti Hermannin henkilökunnasta. Jokaisesta yksiköstä osallistui yksi työntekijä. Avokuntoutuksesta osallistui koko henkilökunta. Avokuntoutuksen henkilökunta sai itse nimetä kaksi organisaatiota joiden kanssa sekä Nuotta että A-klinikka tekevät tiivistä yhteistyötä. Kehittämistyöryhmään kutsutiin Kiurun psykiatrian tulosityksiköstä yksi työntekijä sekä Kokkolan kaupungin perhetukipalvelusta yksi työntekijä. Mukana olivat myös Kokkolan terveyskeskuksen avohoidon ylilääkäri sekä sosiaalipalveluneuvoja.

Kehittämistyöryhmässä käytettiin aivoriihimenetelmää, havainnointia sekä tutkimuspäiväkirjaa. Aivoriihi on yksi luovan ongelmanratkaisun standardimenetelmistä, jossa tuotetaan ideoita ryhmässä. Aivoriihikokouksella on vetäjä sekä noin 5–12 hengen ryhmä, joka ideoi ratkaisua ongelmaan tai tilanteeseen, jonka toivotaan muuttuvan. Suuren ryhmän etuna on, että kaikki mukana olevat sitoutuvat ratkaisuun, kun he itse ovat mukana ideoimassa. Suuressa ryhmässä on toisaalta helpompaa vetäytyä. Ryhmän vetäjän on oltava herkkä vaistoamaan ideoinnin ongelmat ja pyrittävä ohjaamaan ryhmän työskentelyä. Havainnoinnin suuri etu on, että sen avulla saadaan välitöntä tietoa yksilöiden, ryhmien tai organisaatioiden toiminnasta sekä käyttäytymisestä. Havainnoinnin avulla voidaan kerätä mielenkiintoista ja monipuolista aineistoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 213–214; Lavonen & Meisalo 2015.)

Tutkimuksen edistämisessä ja seuraamisessa tutkimuspäiväkirja on eriomainen apuväline. (Hirsjärvi ym. 2009, 45). Opinnäytetyön aikana pidin omaa tutkimuspäiväkirjaa. Kirjasin kehittämistyöryhmien kokouksien sekä opinnäytetyön tekemisen aikana syntyneitä ajatuksia sekä havainnoiteja. Kirjasin huomioita muistiin kehittämistyöryhmien jäsenten keskusteluista ja ajatuksista. Päiväkirjan avulla oli helppo palauttaa mieleen kehittämistyöryhmissä puhuttuja asioita sekä havaintoja eri työntekijäryhmien välillä tapahtuneista asioista kirjoittaessani opinnäytetyötä.

## 6 KEHITTÄMISPROSESSIN KUVAUS

Tämä opinnäytetyö oli työelämälähtöinen ja osallistava tutkimuksellinen kehittämistyö, jossa keskeistä oli asiakkaan näkökulmasta, moniammatillisessa kehittämistyöryhmässä hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessin mallintaminen sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelma lomakkeen kehittäminen. Tässä luvussa kuvataan kehittämisprosessin eri vaiheita sekä ajallista etenemistä.

Maaliskuussa 2016 Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen työryhmällä oli kehittämispäivä. Vastaavalta ohjaajalta sain luvan esitellä avokuntoutuksen työryhmälle opinnäytetyöni aihetta ja motivoida heidät osallistumaan kehittämistyöryhmään ja suunnittelemaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman mallinnusta sekä prosessia. Asiaan suhtauduttiin myönteisesti. Työryhmä sai nimetä kaksi ulkopuolista organisaatiota kehittämistyöryhmään, joiden kanssa sekä Nuotalla että A-klinikalla oli verkostoyhteistyötä. Perustelu sille, miksi ulkopuolisia organisaatioita valittiin kaksi, oli se, että mikäli yhteistyökumppanitahoja olisi ollut enemmän olisi kehittämistyöryhmä paisunut liian isoksi ja näin ollen ryhmätyöskentely olisi ollut haastavaa. Avokuntoutuksen työryhmä nimesi Kiurun psykiatrian poliklinikan sekä Kokkolan kaupungin perhepalvelut kehittämistyöryhmään.

Tämän jälkeen olin yhteydessä Kiurun psykiatrian poliklinikan osastonhoitajaan sekä Kokkolan kaupungin perhepalveluiden esimieheen, Päihdekeskus Portin yksiköiden esimiehiin, asuntokoti Hermanin vastaavaan ohjaajaan, Kokkolan terveystieteiden avohuollon ylilääkäriin sekä sosiaalipalveluneuvojaan. Pyysin heitä nimeämään omista yksiköistään kehittämistyöryhmään jäsenen sekä jakamaan kehittämistyöryhmän jäsenelle tiedotteen ja kutsun ensimmäiseen kehittämistyöryhmän kokoukseen (LIITE 3/2).

**Ensimmäinen kehittämistyöryhmän** kokous oli 30.8.2016 Päihdekeskus Portin tiloissa. Ensimmäiseen tilaisuuteen osallistui 12 henkilöä. Tilaisuudessa esittelin opinnäytetyön lähtökohdat, tavoitteet sekä tarkoituksen. Viikko ennen tilaisuutta olin koonnut ja lähettänyt sähköpostilla kehittämistyöryhmän jäsenille kutsukirjeen sekä avokuntoutuksen asiakkaiden teemahaastattelujen tulokset. Näin jokainen pystyi perehtymään materiaaliin etukäteen. Tilaisuudessa materiaali käytiin yhdessä vielä läpi

Ennakoivaltuina olin ollut yhteydessä Salon päihdepalveluiden, Vaasan päihde- ja mielenterveyspalveluiden, Kokkolan Kokkotyö-säätiön, Kiurun psykiatrian poliklinikan sekä A-klinikkasäätiön vastaaviin työntekijöihin. Heiltä sain erilaisia hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalleja kehittämistyöryhmän käyttöön. Myös Kelan sekä Kokkolan kaupungin ohjeita hoito- ja kuntoutussuunnitelmamal-

lien laatimiseen hyödynnettiin kehittämistyöryhmässä. Tämä materiaali käytiin myös läpi tilaisuudessa.

Kehittämistyöryhmälle annettiin tarkat ohjeistukset sekä jaettiin kirjallisena asiakkaiden teemahaastattelun tulokset ja eri organisaatioista kerättyjä malleja hoito- ja kuntoutussuunnitelmista sekä ohjeistuksia niiden laatimiseen. Kehittämistyöryhmälle korostettiin, että tärkeintä on ottaa mahdollisimman paljon asiakkaiden toiveita huomioon kehittämistehtävässä.

Kehittämistyöryhmä jaettiin kahteen pienryhmään. Pienryhmiin jaettaessa katsottiin, että jokaisessa ryhmässä on eri ammattikunnan edustajia. Kehittämistyöryhmä koostui sosionomeista, sairaanhoitajista, sosiaalityöntekijöistä, lääkäreistä, sosiaaliterapeuteista, lähihoitajista. Organisaatioista olivat edustettuna Ventuskartano ry, Kokkolan terveyskeskus sekä Kiuru. Kehittämistyöryhmien tehtävänä oli mallintaa hoito- ja kuntoutussuunnitelman prosessi ja kehittää hoito- ja kuntoutussuunnitelma lomake.

Kehittämistyöryhmän toiminta oli erittäin aktiivista. Molemmissa pienryhmissä oli valittu puheenjohtaja ja sihteeri, jotka vastasivat siitä, että työskentely pienryhmissä oli eteenpäin menevää. Työryhmän jäsenet keskustelivat keskenään pohtivasti ja rakentavasti. Työryhmissä moniammatillinen yhteistyö yli organisaatorajojen oli erittäin laadukasta ja monipuolista. Moni työntekijä kehittämistyöryhmässä koki, että sai myös omaan organisaatioon eväitä tästä tapaamisesta. Opinnäytetyön tekijä havainnoi molempien pienryhmien toimintaa ja teki päiväkirjamerkintöjä, joita analyysivaiheessa on hyödynnetty. Kahden tunnin keskustelun ja kehittämisen jälkeen sovimme vielä yhden kehittämistyöryhmän kokouksen.

**Toinen kehittämistyöryhmän kokous** oli 12.9.2016. Tähän kehittämistyöryhmään osallistui 10 henkilöä. Kokouksen alussa esiteltiin molempien pienryhmien tuotokset edellisestä tapaamisesta. Kehittämistyöryhmän jäsenille jaettiin puhtaaksi kirjoitettuna edellisen kerran materiaali. Ryhmä jaettiin kahteen pienryhmään ja valittiin puheenjohtaja ja sihteeri molempiin ryhmiin. Toisen kehittämistyöryhmän tapaamisen tarkoituksena oli saattaa loppuun annettu kehittämistehtävä. Molemmat ryhmät saivat suunniteltua hoito- ja kuntoutussuunnitelmamallit.

**Kolmas kehittämistyöryhmän kokous** pidettiin 25.10.2016. Kehittämistyöryhmän jäsenten kanssa oli päätetty, että tämä kolmas tapaaminen oli ainoastaan avokuntoutuksen työryhmän kanssa. Opinnäytetyön tekijä esitteli avokuntoutuksen työryhmälle kehittämistyöryhmän materiaalin. Tätä ennen opinnäytetyön tekijä oli tarkistanut, että valmiissa malleissa on asiakkaiden mielipiteet otettu huomioon.

Avokuntoutuksen työryhmä koosti tuotoksista valmiin hoito- ja kuntoutusuunnitelmalomakkeen (LIITE 7), kuntoutusuunnitelmaprosessissa huomioon otettavat asiat (LIITE 8), ja kuntoutusuunnitelmaprosessin eteneminen (KUVIO 5). Tämän kokouksen lopuksi kävimme yhdessä keskustellen läpi mallin ja prosessin, jotta kaikille syntyisi asiasta yhteinen ymmärrys.

Opinnäytetyön tekijä laati materiaalista kirjallisen mallin ja ohjeistuksen. Kaikille kehittämistyöryhmän jäsenille lähetettiin materiaali sähköpostilla. Jokaisella oli aikaa kaksi viikkoa antaa materiaalista kommentteja sekä parannusehdotuksia. Kahdelta kehittämistyöryhmän jäseneltä tuli pieniä muutoksia, jotka on otettu huomioon lopullisessa versiossa. Viidelle avokuntoutuksen asiakkaalle on esitelty valmiit mallit ja pyydetty heiltä kommentteja sekä parannusehdotuksia. Yhdeltä asiakkaalta tuli muutosehdotus, joka on otettu lopullisessa versiossa huomioon. Opinnäytetyöhön sisältyvä kehittämisprosessi kesti ajallisesti vajaan vuoden helmikuusta 2016 tammikuuhun 2017. Kuviossa (KUVIO 2) kuvataan opinnäytetyön prosessin eteneminen.



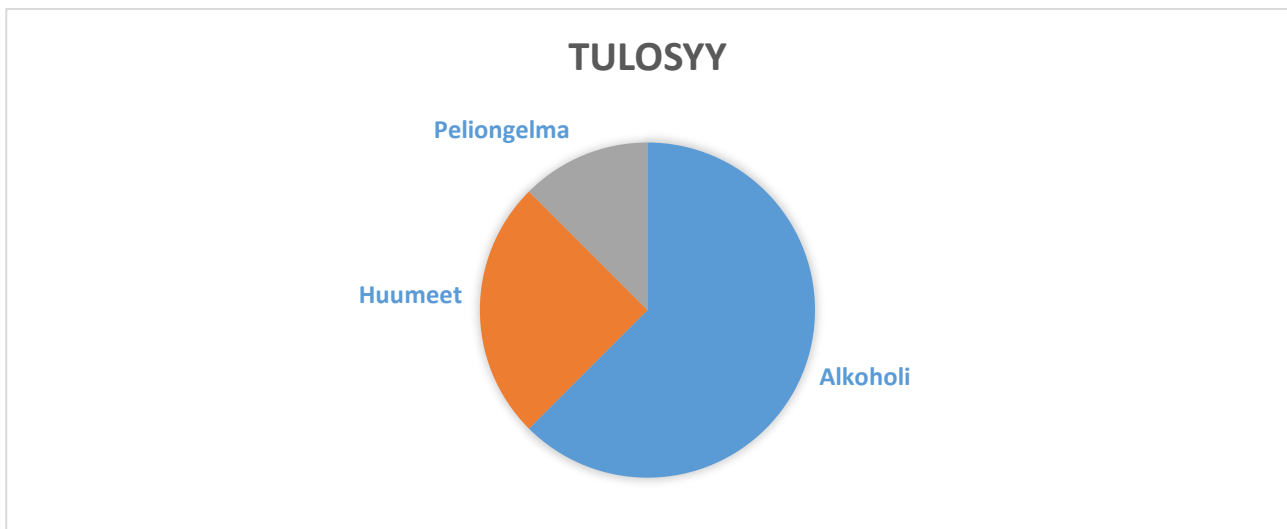
KUVIO 2. Opinnäytetyöprosessin eteneminen

## 7 TUTKIMUSHAASTATTELUIJEN TULOKSET

Asiakkaiden haastattelujen tulokset esitetään haastatteluteemojen mukaisesti, kunkin haastatteluteeman tulokset omassa alaluvussa. Alkuperäisilmauksista on valittu neljä tyypillisintä ilmausta kuvaamaan luokittelun perusteita.

### 7.1 Haastateltavien avokuntoutuksen asiakkaiden ikä, sukupuoli ja hoitoon hakeutumisen syy

Haastatteluun osallistui kahdeksan asiakasta. Näistä viisi oli naista ja kolme miestä. Vastaajista nuorin oli 16-vuotias ja vanhin vastaaja 65-vuotias. Tulosityy haastateltavilla viidellä oli alkoholi, kahdella haastateltavista oli huumeet ja yhdellä haastateltavista rahapeliongelma. (KUVIO 3). Viidellä haastateltavista oli hoitokontakti A-klinikalle ja kolmella haastateltavista hoitokontakti oli Nuottaan (KUVIO 4). Haastateltavista viidellä henkilöllä oli yhteys myös toisen organisaation viranomaiseen.



KUVIO 3. Haastateltavien tulosyy





KUVIO 4. Haastateltavien hoitokontaktipaikka

## 7.2 Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa huomioon otettavat tekijät avokuntoutuksen asiakkaiden näkökulmasta

Avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluista nousi esille suunnitelman laadinta, arjessa selviytymisen tukeminen, voimavarojen kirjaaminen sekä suunnitelman päivittäminen. Suunnitelman laadinnassa pidettiin tärkeänä, että suunnitelma laaditaan siinä vaiheessa, kun tilanne asiakkaan kohdalla on vakaa. Mielipiteet ajankohdasta vaihtelivat viikosta puoleen vuoteen.

No varmaan aika heti ku se alotetaan, ei ehkä heti pikkuhiljaa ensin asiakkaaseen tutustua, on aikaa miettiä.

No se ois hyvä laatia siinä ku ois ollu pitempään, riippuu mitä käyttää, käyttämättä vaikka alkoholia niin saa paremman tulkinnan ihtestään mitä jaksaa ja pystyy tehdä niin silloin saa ja pystyy kunnolliseen suunnitelmaan.

Ei ainakaan heti kyllä siinä tulis kulua vähä aikaa.

Minä ainaki näkisin pari kolmekki käyntiä vähä tutkastella ja kun olo rupiaa oleen aika tasanen tavallaan tasanen näkökulma siihen miten se asiakas vaikka mää ite käyttäydyn. Siinä vaiheessa kun ruvetaan oleen jossain määrin tasasella vaikka se olis hyvin pieni hetki.

Haastateltavista kaikki kokivat, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa mukana olisi hyvä olla moniammatillinen tiimi: asiakas, omahoitaja ja sairaanhoitaja. Suurin osa haastateltavista toivoi sekä avokuntoutuksen lääkärin osallistuvan suunnitelman tekemiseen, että muiden viranomaistahojen, jotka ovat asiakkaan verkostossa mukana. Kaikki haastateltavat kokivat, että läheisen mukana oleminen suunnitelmaa tehdessä on tärkeä. Haastatellut kokivat, että suunnitelmaan tulisi olla kirjallinen, asiakkaan mukana pidettävä, mutta myös sähköistä suunnitelmaa pidettiin tärkeänä.

No tietysti omahoitaja, lääkäri tottakai, vanhemmat jos asiakas ite toivoo jos ite aattelee, että siitä on jotaki hyötyä. Tuota sitte ehkä jos on aikaisemmin jonku kanssa tehny pitkään työtä, niin ehkä joku semmonen voi olla mukana esim. psyk.poli.

Se riippuu vähä ihmisestä ketä se haluaa siihen mukahan, olishan siinä hyvä olla monta, ois hyvä että saa itse päättää ketä siinä olis mukana.

Ainakin se omahoitaja, tota, varmaan niinku lähimmäiset siitä jotka niinku kokis auttaa tavallaan siinä kuntoutus- ja hoitosuunnitelman laatimisessa koska se kuitenkin vaikuttaa niin paljon kotioloihin ja kaikista suurin työ näitten ongelmien kanssa tehdään siellä koton.

No ehkä justiin äiti ja isä on hyvä olla, no sitte työvalmentaja tietenkin vois olla.

### **7.3 Hoito- ja kuntoutussuunnitelman sisällölliset asiat avokuntoutuksen asiakkaiden näkökulmasta**

Haastatellut kokivat, että tärkeää hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa on huomioida käyntitiheys avokuntoutuksessa, lääkitykset sekä lääkehoidon seuranta, somaattiset sekä psyykkiset sairaudet, hoidon selkeät tavoitteet sekä keinot. Haastateltavat kokivat myös, että on tärkeä keskustella ja kirjata ylös, mitkä asiat tukevat ja edistävät pähteettömyyttä tai muuta toiminnallisiin riippuvuuksiin liittyviä ongelmatilanteiden välttämistä, riskitekijät, voimavarat ja asiakkaan oma lähtötilanne. Tärkeänä koettiin myös asiakkaan oman motivaation kartoitus. Muita tärkeitä huomioitavia asioita olivat tarvittaessa useammat käynnit viikossa omahoitajan luona, asiakkaan toiveiden ja persoonan huomioiminen.

No ainakin se kuinka usein käy keskustelemassa, jos on lääkitykset neki laittaa. No jos on jotaki sairauksia niitä kirjata ja ottaa huomioon ja sitte ehkä kattoo jos ois jotakin päämääriä, realistisia. Kuulla asiakasta. Ehkä ottaa enemmän asiakkaan mielipiteitä huomioon ja kuulla, riippuen tietenki asiakkaasta.

No justiin se lähtötilanne ja tavoitteet. No myös ei pelkästään tavoitteita vaan myös toiveita ja sitte justiin se mikkä on ne keinot tavoitteisiin päästä.

No vähä ehkä semmosta millanen se persoona ihminen on. Sitte se on, no tää ei varmaan siihen liity, niinkö sekin ois iso huomionosoitus tai mikä se nyt onkaan, että luotettais enemmän seki on jo toi iso juttu.

Kyllä mää varmaan ottaisin sen tavoite asian siihen tavallaan sen pohjalta kun se laaditaan siihen se myös voi mua auttaa, että mulla olis selevä tieto mihin , niinkö mikä on tavoitteena. Mikä niinku se on laadittu sen jälkehen mä pystyn lukeen sen siitä mitä mää oon mun hoitajan kanssa miettiny ja mitä se näkee siinä mikä on se vaikka kolomen kuukauden tavoite.

#### **7.4 Arjessa selviytymisen huomioiminen hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa avokuntoutuksen asiakkaiden näkökulmasta**

Avokuntoutuksen asiakkaiden näkökulmasta arjessa jaksamisen kysymistä ja siinä tukemista pidettiin merkittävänä. Tärkeää on kartoittaa tavoitteita arkeen sekä niiden arviointia, omahoitajan toivottiin enemmän olevan yhteyksissä asiakkaaseen, tarvittaessa toivottiin enemmän kotiin apua, tarvittaessa lääkityksen hakeminen avokuntoutuksesta, tukiverkoston luominen arkeen sekä harrastusten miettiminen yhdessä.

Just jos on vaikka yksinäinen, niin harrastukset.

Jos taustalla esimerkiksi masennus, lääkeseuranta pitäis olla tiivimpää.

Ehkä vois olla enempi niinkö yhteyksissä esimerkiksi vaikka tai en tiä, siis onhan se tärkeää tietää miten siellä arjessa selviytyy, että työntekijä tietää miten siellä pärjää koska kaikkihan lähtee sieltä. Niinkö asiakkaan tulis itse miettiä miten selviytyy arjesta yhdessä työntekijän kanssa. Mää nyt olin ehkä ite semmonen, että en ottanu minkäänlaista vaaria siitä kuinka siellä arjessa selviytyy kotona. Mutt sitte on niitä jotka on vähä viisaampia ja ottaa.

Mutt sitte ku lähetään laittaa se tavote, että nyt tämän kahen viikon aikana pyrit pariin otteeseen tekemään jotain mutta jätät päihteet siitä pois, sitte seuraavalla käynnillä keskustellaan onnistuuko ja jos ei niin miksi ei.

#### **7.5 Hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittämisen tarve avokuntoutuksen asiakkaiden näkökulmasta**

Suunnitelman päivittämisen tarve haastateltavien mielestä on keskimäärin 2–6 kuukauden välein. Päivittämisessä päivitetään tarvittavat tiedot sekä nykytilanne. Suunnitelman päivittämisessä säännöllisyys on tärkeää.

No kyllä sitä säännöllisesti ehkä kolmen kuukauden välein.

Jos on suuri ongelma niin silloin se voi olla se kolmen kuukauden välein koska siinä tarvitaan pienillä muutoksilla eteenpäin. Että jos taas se ei oo niin suuri ongelma ja jos on saanu jo jollakin tavalla elämästä kiinni, niin onko siihen välttämättä kolmen kuukauden välein tehtävä muutoksia.

No mä sanoisin puolen vuoden välein, se olis mulle hyvä.

Oiskohan joku 4–5kk välein.

## 7.6 Avokuntoutuksen asiakkaiden näkemyksiä siitä mitä on hyvän hoidon suunnittelu

Haastateltavien mielestä hyvän hoidon suunnittelussa huomioidaan, että suunnitelma on realistinen, suunnitelma laaditaan ongelman laajuuden pohjalta. Hoitajan ja asiakkaan kemiaat pelaavat, päämäärien huomioon ottaminen. Huomioidaan mihin ihminen on kykenevä, huomioidaan arki, kartoitetaan elämäntilanne, yhteistyö asiakkaan kanssa, sekä asiakkaan mielipiteiden kuunteleminen.

No, että pystyis tekeen niinkö yhteistyötä asiakkaan kanssa tietenkin. Kuunnella asiakkaan mielipiteitä ja jos asiakas vielä suostuu niihin mitä sille ehdotetaan niin se ois hyvä.

No se on varmaan semmonen niin, että kartoitetaan elämän tilanne ja sitte niinku suunnitellan niinku se, että miten jatkossa ettei tulisi tilanteita ettei retkahtaisi juomaaan ja, että ne muut psyykkiset vaivat saataisiin kuntoon.

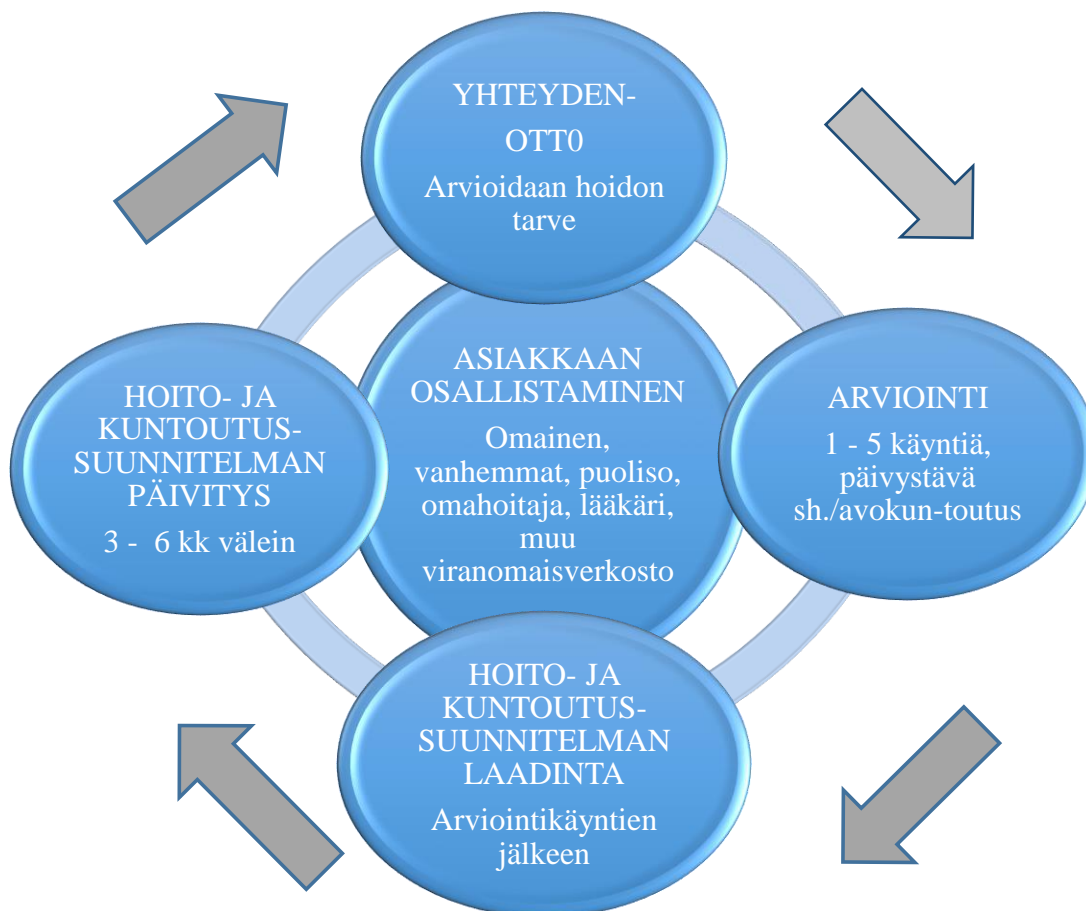
Ja niin, että sen pitää olla selkee, jos siellä on kysymysmerkkejä, että mitäs nyt niin silloinkaan jos siellä on niitä kysymysmerkkejä se vika ei ole suunnitelmassa se voi olla asiakkaassa tai työntekijässä.

Hyvän hoidon suunnittelu on realistinen lähtökohta siihen ongelman laajuuteen ja kuinka syvällä se ongelma on, tavaallaan nähdään mikkä ne on ne oikeat palikat millä ne lähetään avaimaan jos vaikka puhutaan lukoista millä avaimella me saadaan lukot auki, että ne taas auttaa meitä menemään eteenpäin ongelmassa, että niitä tavoitteita pitää olla, että jos mulle ei lyötäis mitään tavoitteita niin mää en taisteliskaan välttämättä koska mää en välttämättä ite hahmota mikä se mun oikea tavote on jos mulle ei tuu tavaallan sitä vastakaikua.

Haastateltavat olivat haastattelutilanteessa erittäin aktiivisia ja antoivat hyviä mietinnän aiheita kehittämistyöryhmälle. Ilahduttavaa oli, että asiakkaat uskalsivat antaa myös kritiikkiä ja ilmaisivat ajatuksia ja kokemuksia, mitä toivoivat kehittämistyöryhmän ottavan huomioon kehittämistyössä.

## 8 HOITO JA KUNTOUTUSSUUNNITELMAN LAADINTAKÄYTÄNNÖN KUVAUS

Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen asiakkaiden haastattelujen sekä kahden kehittämistyöryhmän eri tapaamisen sekä yhden avokuntoutuksen työryhmän tapaamisen tuotoksena syntyi hoito- ja kuntoutussuunnitelman prosessi eli laadintakäytäntö (KUVIO 5).



KUVIO 5. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessi ja laadintakäytäntö.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa ja toteutuksessa painottuivat asiakkaan osallisuuden ja hänen läheisensä osallisuuden lisääminen, moniammatillinen yhteistyö, hoidon tarpeen arviointi, arvi-

oointikäynnit, joihin sisältyy laaja psykososiaalinen kartoitus sekä suunnitelman moninaisuus (KUVIO 5).

Asiakkuus Pähdekeskus Portin avokuntoutuksessa alkaa asiakkaan, hänen läheisensä tai viranomaisen yhteydenotosta. Tällöin arvioidaan hoidon tarve. Asiakas tulee arvioon avokuntoutuksen työntekijän tai päivystävän sairaanhoitajan luo. Arviointikäyntejä on 1–5 käyntiä. Käyntien aikana toteutetaan laaja psykososiaalinen kartoitus (LIITE 10). Tämän jälkeen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadinta ja toteutus aloitetaan avokuntoutuksessa asiakkaan oman työntekijän vastaanotolla. Suunnitelmaan osallistuvat asiakas, hänen läheisensä, vanhemmat, puoliso, omahoitaja, lääkäri sekä muu viranomaistaho. Asiakas itse määrittelee, ketkä hän haluaa suunnitelman tekoon mukaan. Suunnitelma löytyy paperisena versiona asiakkaalta ja sähköisenä potilastietojärjestelmästä. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma päivitetään keskimäärin kolmen kuukauden välein.

Kehittämistyöryhmässä korostettiin, että suunnitelman lähtökohtana ovat asiakkaan voimavarat, asiakkaan nykytilanne ja elinolosuhteet. Suunnitelmaan kirjataan asiakkaan yksilölliset tavoitteet, lyhyen aikavälin sekä pitkän aikavälin tavoitteet. Suunnitelmaan kirjataan myös hoidon ja kuntoutuksen keinot sekä toimenpiteet kuntoutumisen tukemiseen. Siinä huomioidaan myös arjen sujuminen.

## 9 POHDINTA

Opinnäytetyön pohdinnassa tarkastellaan tuloksia, opinnäytetyön prosessia, luotettavuutta sekä opinnäytetyön eettisiä näkökohtia. Lisäksi kuvataan avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutusuunnitelmamallin kehittämiskohteet ja mallin kehittämisen tulevaisuuden suunnitelmat sekä esitetään jatkotutkimushaasteita.

### 9.1 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Haastateltavat asiakkaat kokivat aiheenopinnäytetyön aiheen tärkeäksi. Lähes jokaisella haastateltavalla oli aikaisempi kokemus hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisesta yhdessä hoitavan tahon kanssa. Jokainen haastateltava oli innostunut ja kiinnostunut aiheesta. Osa haastateltavista oli otettu siitä, että juuri heidän mielipiteensä on tärkeä. Haastattelun yhteydessä opinnäytetyön tekijä korosti sitä, että haastateltavien mielipiteet tulevat näkyviin ja kuulluksi lopullisessa hoito- ja kuntoutusuunnitelmallissa.

Haastateltavien mielestä on tärkeää, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa mukana on moniammatillinen tiimi, asiakas, omahoitaja ja sairaanhoitaja. Suurin osa haastateltavista toivoivat avokuntoutuksen lääkärin osallistuvan suunnitelman tekemiseen sekä muun viranomaistahon, joka on asiakkaan verkostossa mukana. Haastateltavat kokivat, että läheisen mukana oleminen suunnitelmaa tehdessä on erityisen tärkeää.

Haastateltavien näkökulmasta arjessa jaksamisen kysymistä ja siinä tukemista pidettiin merkittävänä hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa laadittaessa. Tukiverkoston luominen arkeen, harrastusten miettiminen yhdessä moniammatillisen tiimin ja läheisten kanssa koettiin hyväksi. Omahoitajan toivottiin olevan enemmän yhteyksissä asiakkaaseen. Mahdollisuus siihen, että asiakas saa tarvittaessa kotiin apua, koettiin tärkeäksi. Osalla haastateltavista, oli toiveina, että tarvittaessa lääkityksen hakeminen avokuntoutuksesta olisi mahdollista, esimerkkinä antabuksen hakeminen.

Haastateltavien mielestä hyvän hoidon suunnittelussa huomioidaan se, että suunnitelma on realistinen, suunnitelma laaditaan ongelman laajuuden pohjalta, hoitajan ja asiakkaan kemiat pelaavat, siinä otetaan päämäärät huomioon, huomioidaan mihin ihminen on kykenevä, huomioidaan arki ja kartoitetaan

elämäntilanne. Yhteistyö asiakkaan kanssa sekä asiakkaan mielipiteiden kuunteleminen nousivat tärkeimmiksi huomioitaviksi asioiksi laadittaessa hoito- ja kuntoutusuunnitelmaa.

Kehittämisyryhmä hyödynsi haastateltavien kehittämisehdotuksia ja mielipiteitä. Kehittämisyöryhmän näkökulmasta tärkeimmiksi asioiksi nousivat moniammatillinen yhteistyö ja asiakkaan osallisuus ja heidän läheisverkostonsa. Yhteistyö Päihdekeskus Portin sekä asuntokoti Hermannin kanssa, mutta myös yhteistyö yli organisaatorajojen, koettiin tärkeäksi.

Kehittämisyöryhmässä nousi esille se, että on tärkeää ennen hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimista tavata asiakasta useamman kerran. On tärkeää kartoittaa psykososiaalinen elämäntilanne, sekä huolehtia siitä, että asiakkaan tilanne on vakaa.

Hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi ja malli ovat tällä hetkellä käytössä Päihdekeskus Portin avokuntoutuksessa. Kokemuksia kerätään ja prosessia ja -mallia kehitetään. Prosessia on pyydetty myös toiseen organisaatioon ehdotuksena hyödyntää heidän vastuualuettaan prosessien toimintasuunnitelmassa. Päihdekeskus Portin päivystävä sairaanhoitaja oli myös halukas saamaan prosessin omaan yksikköön. Mallia ja prosessia on luvattu jakaa myös valtakunnallisesti Salon sekä Vaasan päihde- ja mielenterveystyö yksiköihin.

## **9.2 Tulosten ja opinnäytetyön prosessin pohdinta**

Tämän opinnäytetyöprosessin vahvuutena voidaan pitää kokemusasiantuntijoiden haastatteluita ja niistä syntyviä tuloksia hyödynnettiin kehittämisyöryhmässä. Kehittämisyöryhmä kokoontui kaksi kertaa sekä kolmannella kerralla avokuntoutuksen työryhmä, eli asiantuntijaryhmä. Kokemusasiantuntijoiden tulokset ohjasivat koko prosessin ajan heidän kehittämisyöskentelyään. Tuloksena syntyi avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutusprosessi sekä -malli. Tämän jälkeen malli oli kahden viikon kommenttikierroksella kehittämisyöryhmällä sekä kokemusasiantuntijoiden kanssa. Korjauksien jälkeen malli ja prosessi on ollut avokuntoutuksen työntekijöillä käytössä.

Sekä haastateltavien että kehittämisyöryhmän jäsenten kokemukset uudesta hoito- ja kuntoutussuunnitelma mallista ovat samansuuntaiset. Prosessiin osallistujat olivat innokkaita ja motivoituneita kehittämään ja antamaan oman panoksensa yhteiseen prosessiin. Oli ilo olla mukana johtamassa tällaista prosessia, jossa kaikki työskentelivät kohti yhteistä päämäärää.



Opinnäytetyöprosessi oli vaativa ja antoisa matka. Tämän prosessin aikana olen saanut soveltaa sekä käyttää monipuolisesti koulutukseni aikana opittujani oppeja johtamisosaamisesta sekä tutkimus- ja kehittämisosaamisen alalta. Tämä opinnäytetyöprosessin johtaminen on kehittänyt itsensä johtamista, johtamisosaamista, yhteistyötaitoja, verkostoitumista, tiedonhankintataitoja ja mikä tärkeintä kuulemisen ja kuulluksi tulemisen taitoja.

Tämä opinnäytetyön aihe oli minulle itsestäänselvyys, kun minulle tätä aihetta tarjottiin. Olinhan omassa työssäni havainnut, että toimivaa yhtenäistä hoito- ja kuntoutusuunnitelmaa avokuntoutuksessa ei ollut, minkä olivat kollegani havainneet. Minulle oli tärkeää, että saan asiakkaiden äänen kuuluville, ja näin asiakkaiden osallisuus tulee näkyväksi tässä prosessissa. Sain samalla loistavan tilaisuuden perehtyä eri yksiköiden asiakkaiden kokemusmaailmaan. Haastattelujen yhteydessä kuulin kahdeksan erilaista elämäntarinaa ja koen suurta kunniaa siitä, että nämä henkilöt halusivat tarinansa minulle jakaa. Tämän opinnäytetyön prosessin myötä sain myös olla verkostoitumassa oman organisaation työntekijöiden sekä yhteistyökumppaneiden kanssa sekä sain näin koottua eri alojen ja eri organisaatioiden ammattilaisia saman pöydän ääreen. Kehittämistyöryhmän kokouksissa oli paljon ammatillisuutta eri aloilta, ja kehittämistyöryhmän jäsenet pystyivät hyvin hyödyntämään tätä tilannetta. Yhteistyö, yhteinen suunnittelu sekä kokemusten vaihto antoivat paljon eväitä omaan työhön sekä lisäsi projektiosaimista, ja toivon sen jatkuvan tämän opinnäytetyön prosessin päätyttyäkin.

Sosiaali- ja terveysala elää jatkuvassa muutoksessa, valtakunnallinen SOTE-uudistus on käynnissä. SOTE-uudistuksen myötä ja Soiteen siirtyminen vaativat myös työntekijöiltä jatkuvaa uudistumista ja toimintatapojen kehittämistä. Tulevaisuudessa asiakkaan osallisuus ja yhteistyö moniammatillisessa toimijaverkostossa tulevat lisääntymään. Tämä on suuri muutos monessa työyhteisössä, samoin erilaiset kehittämishankkeet ovat tulevaisuudessa entistä enemmän työyhteisöjen arkipäivää. Kehittämistä ei kuitenkaan kukaan voi tehdä yksin, vaan se vaatii aina koko työyhteisön sitoutumisen. Yksi esimiehen tärkeä taito on osasta motivoida ja sitouttaa työyhteisö kehittämistyöhön. Organisaatioiden sekä työyhteisöjen tulisi muistaa, että kehittämistyön lähtökohta on aina asiakas ja kaiken kehittämistyön tulisi palvella asiakasta. Kehittämistyön prosessin aikana luodut toimintatavat tulevat palvelemaan avokuntoutuksen työyhteisöä sekä asiakasta. Osa Ventuskartano ry:n toiminnoista tulee siirtymään Soiteen, voisimme viedä kokemuksemme ja osaamisemme Soiteen ja jos Soite mahdollisesti pystyisi hyödyntämään tämän opinnäytetyön tutkimuksellista osuutta sekä kehittämistyöryhmän kehittämää hoito- ja kuntoutussuunnitelma mallia sekä prosessia. Koska SOTE-uudistuksen yhtenä tavoitteena on ottaa asiakas keskiöön ja kehittää palveluita moniammatillisesti niin, että asiakas hyötyy palveluista.

Tässä opinnäytetyön prosessissa sain harjoitella johtamisen eri osa-alueita. Kehittämisprosessissa tarvitaan aina ihmisten ja asijaohjauksen taitojen lisäksi laatu- ja muutosjohtamista. Kehittämisprosessissa oli mukana monta eri toimijaa sekä yhteistyökumppaneita, jolloin prosessissa korostui yhteistyöosaaminen, viestinnän taidot, organisointikyky sekä kokonaisuuksien hahmottaminen

Omat haasteensa opinnäytetyön prosessiin toivat tulevat isot muutokset organisaatiossani. Ventuskartano ry. on yksityinen palveluntuottaja, jolta Kokkolan kaupunki ostaa päihdepalvelut. Lokakuussa 2016 tuli tieto että, SOTE-uudistus ja Ventuskartano Ry:n osa toiminnoista siirtyy Soiten alaisuuteen 1.1.2018. Ajatuksena on, että päihde- ja mielenterveystyö tulevat yhdistymään. Vuosi sitten aloitettua opinnäytetyöprosessin ajatuksena oli, että kehittämistyö palvelee Päihdekeskus Portin avokuntoutusta. Koska muutoksia tulee isossa mittakaavassa, ei tämä opinnäyteprosessi palvele enää pelkästään avokuntoutusta. Marraskuussa 2016 osallistuin Kokkolassa järjestettäviin Pienet Pohjalaiset Päihdepäivät. Tapahtuman tilaisuudessa esiteltiin Soite, sekä mm. ”Mistä on hyvät päihde- ja mielenterveyspalvelut tehty”, jonka esitteli hankekoordinaattori Sirpa Vaino, Turun kaupungista. Tilaisuuden jälkeen olin sähköpostitse yhteydessä hankekoordinaattori Hanna Aholaan, joka työskentelee samassa hankkeessa ”Yhteistyöllä laadukkaampaa perustason mielenterveys- ja päihdetyötä” - hankkeessa. Hanke oli toimiva ja käytössä Turun kaupungissa. Häneltä sain materiaalia ja tietoa hankkeesta sekä luvan siihen, että kehittämistyössä voidaan käyttää myös heidän tuottamaansa materiaalia. Päihdepäivillä sain siis uutta innostusta opinnäytetyöprosessiini, koska ymmärsin, että vaikka olin rajannut opinnäytetyöni pienelle alueelle Päihdekeskus Portin avokuntoutukseen, niin tätä opinnäyteprosessia pystyttäisiin hyödyntämään myös Soitessa. Laki velvoittaa hoito- ja kuntoutuslaitoksia laatimaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman yhdessä asiakkaan kanssa. Näin ollen velvoite on sama organisaatiosta riippumatta. Tässä opinnäytetyöprosessissa on saatu asiakkaiden äänet kuuluville ja moniammatillinen, yli organisaatorajojen ylittävä työryhmä on päässyt työskentelemään yhdessä ja kehittänyt toimivan hoito- ja kuntoutussuunnitelman sekä prosessin, jotka on otettu käyttöön.

Omat haasteensa tähän opinnäytetyöprosessiin toi myös se, että olen tehnyt tätä oman työni ohessa sekä sovittanut yhteen perhe elämän ja vapaa-ajan. Mutta kaikesta on selvitty, enkä ole kokenut missään vaiheessa, että haaste olisi ollut liian rankka. Kiitänkin tässä yhteydessä perhettäni, joka on antanut minulle luku- ja kirjoitusrauhan silloin, kun inspiraatio on syntynyt. Kiitän myös työkavereitani Ventuskartano ry:ssä, jotka ovat olleet yhdessä jakamassa ja ideoimassa tätä opinnäytetyöprosessia sekä yhteistyökumppaneita, jotka ovat olleet mukana tässä kehittämistyössä. Haluan kiittää Saara Långia, joka on ollut Kimpale -hankkeen taustalla ja tätä kautta inspiroinut ja tukenut minua opinnäytetyöprosessissa. Haluan kiittää myös ohjaavaa opettajaani Pirjo Forss-Pennasta, joka on kärsivällisesti

ohjannut prosessiani sekä kannustanut ja innostanut minua eteenpäin ja rohkaissut minua olemaan ylpeä omasta opinnäytetyönprosessistani. Erityisesti haluan kiittää kuitenkin kaikkia teitä, avokuntoutuksen asiakkaita, jotka osallistuitte haastatteluihin, ilman teidän arvokkaita kokemuksia ja mielipiteitä ei tätä opinnäytettä olisi syntynyt. Kiitos teille.

### 9.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Laadullisessa tutkimuksessa arviointi pelkistyy kysymykseksi tutkimusprosessin luotettavuudesta. Lähtökohtana laadullisessa tutkimuksessa on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksessa aina keskeinen tutkimusväline. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija, joten näin ollen luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 2008, 210–211.)

Keskeisiä tunnusmerkkejä tieteellisellä tiedolla on siis luotettavuus. Kysymys luotettavuudesta kohdistuu tutkimusprosessiin, tutkimusmenetelmiin sekä tutkimustuloksiin. Luotettavuutta määrällisissä tutkimuksissa on perinteisesti lähestytty reliabiliteetin ja validiteetin käsitteiden avulla. Laadullisessa tutkimusorientaatioissa käytetään vakuuttavuuden käsitettä. Luotettavuus kehittämistoiminnassa tarkoittaa kuitenkin ennen kaikkea käyttökelpoisuutta. Ei siis riitä, että kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto on pelkästään totuudenmukaista, vaan sen tulee olla myös hyödyllistä. Kehittämistoiminnassa voidaan kuitenkin soveltaa kaikkea näitä kolmea luotettavuuden näkökulmaa. (Toikko & Rantanen 2009, 121–123.)

Eskola ja Suoranta 2008 kuvaavat luotettavuutta niin, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuusterminologia voidaan jakaa kolmeen ryhmään. Uskottavuus luotettavuuden kriteerinä tarkoittaa, että tutkijan on tarkistettava, vastaako hänen käsitteellistyksensä sekä tulkintansa tukittavien käsityksiä. Tutkimustulosten siirrettävyys on tietyin ehdoin mahdollista. Varmuutta lisätään tutkimukseen ottamalla huomioon tutkijan ennakko-oletukset. Vahvistavuus tarkoittaa sitä, että tehdyt tulkinnat saavat tukea toisista tarkastellessa vastaavaa ilmiötä toisista tutkimuksista. (Eskola & Suoranta 2008, 211–212.)

Validiteetti eli pätevyys viittaa käsitteenä siihen, että mitataan tutkimuksessa sitä mitä on tarkoituskin mitata. Reliabiliteetti eli luotettavuus liittyy mittarien ja tutkimusasetelmien toimivuuteen. Laadullisen

tutkimuksen piirissä kysymykset reliabiliteetistä ja validiteetistä on pyritty korvaamaan vakuuttavuuden käsitteellä. Tutkijan on vakuutettava tiedeyhteisö tekemällä näkyviksi tutkimusta koskevat valinnat sekä tulkinnat. (Toikko & Rantanen 2009, 121–123.)

Lincoln ja Cuba [1985] tuovat esille, että toinen keskeinen tutkimuksen luotettavuuden osatekijä on tutkimuksen johdonmukaisuus. Tämä tarkoittaa tutkimusaineiston keräämisen ja analysoinnin huolellista kuvaamista. Esille tulee tuoda myös analyysivaiheen epävarmuustekijät sekä johtopäätöksiä heikentävät osatekijät. (Toikko & Rantanen 2009, 124.)

Tuomi ja Sarajärvi (2003) muistuttavat luotettavuuden arvioinnissa kokonaisuutta, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu. Laadullisessa tutkimuksessa perusvaatimus luotettavuuden parantamisen kannalta on se, että tutkijalla on riittävästi aikaa tehdä tutkimusta sekä tutkimusprosessin julkisuus. Jolloin tutkija raportoi tekemänsä yksityiskohtaisesti, sekä myös sitä, että tutkijakolleegat arvioivat prosessia. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 135–140.)

Opinnäytetyön tuloksia tulen esittelemään maaliskuussa 2017 Ventuskartano ry:n henkilöstölle yhteisessä tilaisuudessa. Avokuntoutuksen asiakkaat, jotka osallistuiivat haastatteluun, tulevat saamaan myös informaation tuloksista. Tulen myös laittamaan Päihdekeskus Portin odotusaulaan sekä asuntokoti Hermannin yhteisiin tiloihin tämän opinnäytetyön, jotta asiakkaat voivat tutustua tämän opinnäytetyön tuloksiin sekä kehitettyyn hoito- ja kuntoutusprosessiin sekä malliin. Opinnäytetyössä on kuvattu aineiston keruu ja analyysi niin, että lukija voi seurata analyysin etenemistä ja näistä tehtyjä päätelmiä. Merkitseviä ilmaisuja, aineistolainauksia, on käytetty runsaasti, jotta haastateltavien ajatuksia on päästy kuvaamaan. Analyysin läpinäkyvyyttä on kuvattu (TAULUKKO 1) esimerkissä analyysin etenemisestä merkitsevistä ilmauksista pääluokkaan asti. Kehittämisprosessin eteneminen on myös kuvattu niin, että lukijan olisi helppo seurata sen etenemistä.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös aineiston kylläntyminen. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa kerätään niin kauan kuin se tuottaa aineistosta lisätietoa. Tällöin aineisto kylläntyy eli saavuttaa tietyn saturaatiopisteen. Keskeisenä luotettavuuden osatekijänä voidaan nähdä saturaatio. Aineiston lisääminen ei tuota varsinaista uutta tietoa saturaatiopisteen jälkeen. (Toikko & Rantanen 2009, 124 [Eskola & Suoranta 1998].)

Haastatteluaineisto oli riittävä. Haastateltavia oli kahdeksan. Avokuntoutuksesta sekä Nuotan että A-klinikan asiakkaat osallistuivat haastatteluihin. Asiakkaat oli valikoitu niin, että haastatteluissa tuli

peliongelmaisen, huumeiden käyttäjien sekä alkoholiriippuvaisten ääni kuuluville. Aineisto alkoi toistaa itseään, joten saturaatiopiste saavutettiin. Oma sijoittumistani kehittämisprosessissani olen pohtinut pitkään. Haastatteluissa korostin haastateltaville, että haastattelutilanteessa roolini on tutkija ja kaikki haastateltavien tuottama tieto ja kokemus on arvokasta, oikeaa ja hyväksyttävää ja heidän kokemuksensa tulee näkyviin kehittämistehtävässä.

Kehittämistoiminnan luotettavuuden osatekijöihin voidaan vielä liittää kysymys toimijoiden sitoutumisesta. Usein kehittämistoiminta on luonteeltaan sosiaalinen prosessi, jossa kehittäjät osallistuvat toimintaan ja toimijat kehittämiseen. Aineistojen ja metodien sekä tuotosten luotettavuuteen vaikuttaa toimijoiden ja kehittäjien sitoutuminen prosessiin. Luotettavuuden kannalta olennaista on tietää, missä prosessin vaiheissa toimijat eivät ole osallistuneet aktiivisesti kehittämiseen. Kehittämistoiminnan aineistojen, menetelmien sekä tulosten luotettavuutta heikentää sitoutumattomuus. Jos toimijat eivät osallistu kaikkiin kehittämisprosessin vaiheisiin, virhemahdollisuus kasvaa. Lincolnin ja Cupan [1985] termein kysymys on osallistavan kehittämisen johdonmukaisuudesta. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Tässä opinnäytetyöprosessissa Ventukartanon ry:n henkilökunta ja yhteistyökumppanit ovat olleet aktiivisia ja innokkaita kehittäjiä. Heillä on ollut aktiivinen ote oman toimintansa kehittämiseen sekä kykyä kriittiseen reflektointiin, mikä osaltaan on vahvistanut sitoutumista tähän prosessiin.

Kehittämistoiminnassa voidaan korostaa pragmaattista käsitystä totuudesta, jolloin se kohdentuu kysymykseen tiedon käyttökelpoisuudesta. Tiedon käyttökelpoisuutta voidaan tarkastella joko kehittämistulosten näkökulmasta tai prosessinäkökulmasta. Prosessiarvioinnissa keskeisintä on, miten hyvin arviointia ja sen aineistoja pystytään hyödyntämään projektin ohjaamisessa sekä tavoitteiden täsmenämässä. Kehittämistulosten kannalta käyttökelpoisuus tarkoittaa kuinka kehittämisprosessin seurauksena syntyneitä tuloksia hyödynnetään. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Tässä opinnäytetyössä haastatteluista saadut tulokset olivat kehittämistyön pohjana. Tulokset ohjasivat merkittävästi kehittämistyöryhmän toimintaa. saatujen tulosten siirrettävyys Päihdekeskus Portin avokuntoutukseen on helppoa. Mikäli kehittämistyön tuloksia halutaan käyttää toisessa toimintaympäristössä, täytyy ottaa huomioon, että jokainen toimintaympäristö on erilainen ja vaatii oman kehittämistyönsä. Mallin idea on kuitenkin helppo siirtää ja muokata toiseen toimintaympäristöön.

## 9.4 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat

Tutkimuksen uskottavuus ja tutkijan eettiset ratkaisut kulkevat täysin yhdessä. Uskottavuus siis perustuu siihen, että tutkija noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Vastuu hyvän tieteellisen käytännön noudattamisesta sekä tutkimuksen rehellisyydestä ja vilpittömyydestä on tutkimuksen tekijällä itsellään sekä tutkimusryhmän ja tutkimusyksikön johtajalla. (Tuomi & Sarajarvi 2003, 122–130.)

Tieteellinen tutkimus voi olla eettisesti hyväksyttävää sekä luotettavaa ja sen tulokset uskottavia vain, jos tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvän tieteellisen käytännön keskeisiä lähtökohtia ovat, että tutkimuksessa noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, toisin sanoen rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta sekä tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa sekä esittämisessä sekä tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tutkimukseen tulee soveltaa tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- sekä arviointimenetelmiä. Tutkimuksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta sekä vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017.)

Tutkijan tulee ottaa muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla huomioon niin, että he kunnioittavat muiden tutkijoiden tekemää työtä ja viittaavat heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla. Tutkimus suunnitellaan sekä toteutetaan ja siitä raportoidaan sekä siinä syntyneet tietoaineistot tallennetaan tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkimusluvut on hankittu. Tutkimukseen osallistuville ja raportoidaan tutkimuksen tuloksia julkaistaessa ja otetaan huomioon tietosuojaa koskevat kysymykset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2017.)

Opinnäytetyön aihevalintaan vaikutti käytännön työstä lähtevä tarve, eli aihe on työelämälähtöinen. Kehittämisprosessissa oli mahdollisuus ottaa palveluita käyttävät asiakkaat, palveluita tuottavat henkilöstö sekä moniammatillinen yhteistyöverkosto mukaan kehittämiseen. Kehittämistyön tulokset hyödyttävät omaa työyhteisöäni, sekä mahdollisesti muita toimijoita, jotka haluavat kehittää ja soveltaa mallia itselleen toimivaksi.

Tieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet koskevat myös työelämälähtöistä kehittämistoimintaa. Tieteellisessä tutkimuksessa osallistujilta vaaditaan suostumus osallistumiseen ja kehittämistyöryhmään osallistuneita kutsuttiin mukaan kehittämään. Kun esitin avokuntoutuksen henkilökunnalle sekä Ventuskartano ry:n muille yksiköille, yhteistyökumppaneille lähtemisestä kehittämistyöhön mukaan, suhtau-

tuminen oli myönteistä. Kaikille osallistujille annettiin tarkka informaatio sekä suullisesti että kirjallisesti tulevasta kehittämistyöprosessista. Kaikki osallistujat ovat lähteneet vapaaehtoisesti prosessiin mukaan.

Aineiston olen kuunnellut ja litteroinut itse. Aineisto on säilytetty koko prosessin ajan huolellisesti niin, että ulkopuoliset eivät ole siihen päässeet käsiksi. Tutkimuksen valmistumisen jälkeen kaikki materiaali on hävitetty asianmukaisesti. Tiedonhankinnassa olen pyrkinyt huolellisuuteen ja rehellisyyteen. Olen pyrkinyt käyttämään alkuperäislähteitä, jotka eivät ole yli 10 vuotta vanhoja. Tiedonhankinnassa olen käyttänyt Colibri-kirjastotietokantaa, e-aineistoa, mahdollisimman monipuolista kirjallisuutta sekä väitöskirjoja, projektien yhteenvetoja sekä Ventuskartano ry:n toimintakertomusta. Lähdeviittaukset on tehty alkuperäistekijöitä kunnioittaen.

### **9.5 Hoito- ja kuntoutussuunnitelma mallin kehittämishaasteet, tulevaisuuden suunnitelmat ja jatkotutkimushaasteet**

Opinnäytetyön aihe valittiin Pähdekeskus Portin avokuntoutuksen toiminnan kehittämisen tarpeista. Lopullista hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessia ja mallia voidaan hyödyntää Ventuskartano ry:n muissa yksiköissä sekä mahdollisesti Soiten alaisuudessa toimivissa yksiköissä. Tässä opinnäytetyöprosessissa oli mukana kehittämässä toimijoita yli organisaation rajojejn. Tämä opinnäytetyöprosessi voisi tuoda uusia näkökulmia kehittämisen lähtökohdaksi ja lisäksi voisi tuoda erilaista näkökulmaa asiakkaita mukaan ottamisella ja riippuvuusongelmista kärsivien asiakkaiden äänen kuuluviin saattamisella.

Mallia tullaan käyttämään avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelma palavereissa helmikuusta 2017 alkaen. Käytännössä saadut kokemukset tullaan hyödyntämään ja mallia ja prosessia tullaan kehittämään jatkossa yhdessä avokuntoutuksen työryhmän kanssa.

Opinnäytetyön prosessin aikana ajatuksiini tulivat seuraavat jatkotutkimushaasteet:

1. Jatkotutkimuksen aiheena voisi tarkemmin selvittää, kuinka jäsenelty ja yhtenäinen hoito- ja kuntoutussuunnitelmamalli ja -prosessi vaikuttavat asiakkaan kuntoutumiseen pitkillä aikavälillä.

2. Kuinka asiakkaan osallisuutta voidaan enemmän korostaa suunnitelman tekemisessä sekä vastuunottajana suunnitelman toteutuksessa?

3. Kuinka Soite voisi hyödyntää tämän opinnäytetyön tuloksia ja kehittämistehtävää?



## LÄHTEET

- Eskola, J & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2008. Tampere: Gummerus.
- Eu Science hub. The European Commission's science and knowledge service. Saatavissa: <http://ec.europa.eu/jrc/en>. Viitattu 5.11.2016.
- Fischer, M. & Vainio, S. 2014. Potkua palvelubisnekseen. Asiakaskokemus luodaan yhdessä. Helsinki: Talentum.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Ihalainen, J. & Kettunen, T. 2013. Turvaverkko vai trampoliini sosiaaliturvan mahdollisuudet. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Isoherranen, K. 2012. Uhka vai mahdollisuus- moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kaste. 2016. Asiakaslähtöistä ja vaikuttavaa palvelua mielenterveys- ja päihdeasiakkaille- moniammatilliset tiimit perustason sosiaali- ja terveystalveissa. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/documents/1022127/e3504f8e-3fe3-4e15-a6d5-301b9d05407e>. Viitattu 18.11.2016.
- Keronen, M. 2013. Asiakaslähtöisyys- olennainen tekijä sosiaalihuollossa. Saatavissa: <http://tesso.fi/artikkeli/asiakaslahtoisuus-olennainen-tekija-sosiaalihuollossa>. Viitattu 23.2.2015.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Oy Juvenes Print.
- Kuntoutusportti. 2015. Kuntoutussuunnitelma. Saatavissa: <http://www.kuntoutusportti.fi/portal/fi/kuntoutus/kuntoutussuunnitelma/>. Viitattu 11.1.2016.
- Kurkela, R. 2015. Tilastokeskus. Teemahaastattelu. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>. Viitattu 25.9.2015.
- Lecklin, O. & Laine, R. 2009. Laadunkehittäjän työkalupakki. innovatiivisen johtamisjärjestelmän rakentaminen. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812, §7. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö. Lakikokoelmat 2016. Helsinki: Edita.
- Lavonen, J. & Meisalo, V. 2015. Helsingin yliopisto. Luovan ongelmaratkaisun työtavat. Saatavissa: <http://www.edu.helsinki.fi/malu/kirjasto/lor/main.htm>. Viitattu 20.9.2015.
- Lincoln, Y. & Cupa, E. 1985. Naturalistic inquiry. Beverly Hills: Sage.

- Linturi, H. 2003. Toimintatutkimus. Saatavissa: [http://nexusdelfix.internetix.fi/sv/sisalto/materiaalit/2\\_metodit/5\\_actix?C:D=61566&C:selres=61566](http://nexusdelfix.internetix.fi/sv/sisalto/materiaalit/2_metodit/5_actix?C:D=61566&C:selres=61566). Viitattu 5.12.2016.
- Lång, S. 2013. Keskitetyt ja innovatiiviset päihde- ja niihin liittyvät mielenterveyspalvelut ehjässä palvelukokonaisuudessa asiakkaan eduksi. Kimpale 2011–2012.
- Lång, S. 2015. Pohjanmaan maakuntien päihdetyön kehittämiskeskuksen, kehittämissuunnittelijan henkilökohtainen tiedonanto, keskustelu 20.10.2015.
- Metteri, A., Valokivi, H. & Ylinen, S. 2014. Terveys ja sosiaalityö. Juva: Bookwell Oy.
- Ojasalo, K., Moilanen T & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: Sanoma Pro oy.
- Outinen, M., Lempinen, K., Holma, T. & Haverinen, R. 1999. Seitsämän laatupolkua. vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto
- Pesonen, H. 2007. Laatu. Asiantuntijaorganisaation laatuopas. Juva: Bookwell oy.
- Poikela, R. 2010. Asiakassuunnitelma asiakaslähtöistä auttamista tavoitteellistamassa. Kohteen rakentamisen moniääninen menetelmä. Helsinki. Helsingin yliopisto sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.
- Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041#a41-1986>. Viitattu 13.1.2016.
- Päihdehuoltoasetus 29.8.1986/653, § 2. Sosiaali- ja terveydenhuoltoalan lainsäädäntö. Lakikokoelma 2016. Helsinki: Edita.
- Rabert, A. 2012. Making the transformation to a customer-service orientation. American Nurse Today. Saatavissa: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.centria.fi/ehost/external?sid=334d3fef-bbfb-46cf-91f4-f2621c0f8efe%40sessionmgr4002&vid=6&hid=4207>. Viitattu 3.3.2015.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste. 2012–2015. Saatavissa: <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1833881#fi>. Viitattu 15.5.2015.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2000. Potilaan ja sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet. Saatavissa: [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet). Viitattu 24.2.2015.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=sosiaalihuoltolaki%202015>. Viitattu 13.1.2016.
- Soite. Keski-Pohjanmaan alueellinen Sote organisaatiohanke. 2016. Saatavissa: <http://www.kpsote.fi/fi/>. Viitattu 4.12.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Sote-palveluiden intergraatio. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-tuottaminen/sote-palveluiden-integraatio>. Viitattu 4.12.2016.

Tilastokeskus. 2015. Teemahaastettelu. Saatavissa: <https://www.stat.fi/virsta/tkeruu/04/03/>. Viitattu 5.12.2016.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Juvenens Print.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2017. Hyvä tieteellinen käytäntö. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>. Viitattu 21.1.2017.

Valtioneuvoston kanslia. 2016. Toimintasuunnitelma strategisen hallitusohjelman kärkihankkeiden ja reformien toimeenpanemiseksi 2015–2019 Päivitys 2016. Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/321857/Toimintasuunnitelma+strategisen+hallitusohjelman+k%C3%A4rkihankkeiden+ja+reformien+toimeenpanemiseksi+2015%E2%80%932019%2C+p%C3%A4ivitys+2016/305>. Viitattu 4.12.2016.

Ventuskartano Ry. 2013. Toimintakertomus. Kokkola.

Ventuskartano Ry. 2015. Laatu. Kokkola.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lumminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakasläh-  
töisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Saatavissa: <http://www.tekes.fi/Julkaisut/matkaopas.pdf>. Viitattu 6.3.2015.



## TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Organisaatio, jolle anomus osoitetaan Ventuskartano ry

Vastuuhenkilö organisaatiossa Ventuskartano ry:n toiminnanjohtaja.

Tutkimusluvan anoja(t) Tiina Ruppala  
Päihdekeskus Portti

Osoite Terveystie 4, 67200 KOKKOLA

Puhelin 044-7307639

Sähköpostiosoite tiina.ruppala@ventuskartano.fi

Tutkimuksen nimi Asiakaskähtöinen hoito- ja kuntoutu-  
ssuunnitelma prosessi päihde- ja

Tutkimuksen tarkoitus toiminnallisessa rippuruudessa  
laatujohtamisen näkökulmasta.  
Tarkoituksena mallintaa arkkunbutuk-  
sen hoito- ja kuntoutuksuunnitelma

Tutkimuksen kohderyhmä Prosessi- ja lomake. Kohderyhminä  
Arkkunbutuksen asiakkaat.

Aineiston keruun arvioitu ajankohta 15.4 - 15.5. 2016

Tutkimusmenetelmä Teehaastattelu

Tutkimussuunnitelma hyväksytty 11 / 3 2016

Tutkimuksen ohjaaja Piirjo Fors-Pennanen (yliopettaja, KT)

Lupa myönnetään  
paikka Kokkolassa aika 13 / 04 2016

anomuksen mukaisesti  muutosehdotuksin  hylätty

Luvanmyöntäjän allekirjoitus Piirjo Fors-Pennanen  
toiminnanjohtaja

LIITTEET  Tutkimussuunnitelma  
 Kysely/haastattelulomake  
 Muut liitteet, mitkä \_\_\_\_\_


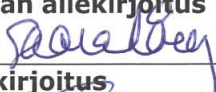




## OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

<b>Opinnäytetyön tekijä</b> Tiina Ruppä	<b>Aloituspäivämäärä</b> 29.3.2016
<b>Koulutusohjelma</b> Centria ammattikorkeakoulu. Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen.	
<b>Koulutusohjelman yliopettaja</b> TtT Annukka Kukkola	<b>Opinnäytetyön ohjaaja</b> Yliopettaja, KT Pirjo Forss-Pennanen
<b>Opinnäytetyön työnimi (aihe)</b> Asiakaslähtöinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessi päihde- ja toiminnallisessa riippuvuudessa laatujohtamisen näkökulmasta.	
<b>Tutkimusongelma/kehittämistehtävä</b> Tutkimustehtävänä on selvittää asiakkaan näkökulmasta mitkä ovat arjessa selviytymisen kannalta keskeisimmät asiat, jotka tulee huomioida hoito- ja kuntoutussuunnitelman laadinnassa kun ongelmana ovat päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet.  Kehittämistehtävät ovat kehittämistyöryhmässä mallinettava hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessi sekä hoito- ja kuntoutussuunnitelma lomakkeen kehittäminen.	
<b>Opinnäytetyön tavoite ja rajaus/tutkimustulokset</b> Tavoitteena on yhtenäistää hoito- ja kuntoutussuunnitelmaprosessi ja lomake Päihdekeskus Portin avokuntoutuksessa ja sitä kautta lisätä asiakkaan omaa osallistumista kuntoutusprosessissa.	



## OPINNÄYTETYÖSOPIMUS

<p><b>Opinnäytetyön alustava aikataulu</b> (pvm:t kuukauden tarkkuudella)</p> <p>Aloituspalaveri (ohjaaja, työn tekijä, työelämäohjaaja) [4.3.2016 Toteutussuunnitelman esittäminen [29.3.2016] Väliraportointi [20.5.2016] Ohjaajan tarkastus ja/tai loppupalaveri [09/2016 ] Opinnäytetyön hyväksyttäväksi jättäminen [10/2016 ] Opinnäytetyön seminaariesitys [12/2016] Kypsyyskoe [12/2016]</p>
<p><b>Toimeksiantajan yhteystiedot</b> (yritys, yhteys henkilön nimi, osoite, puhelin, sähköposti) Ventuskartano ry. Saara Lång. Päihdekeskus Portti. Terveystie 4 &amp; 7200 Kokkola. 040-8068101. saara.lang@ventuskartano.fi</p>
<p>Tämä sopimus on laadittu kolmena kappaleena. Sopimuskappaleet toimitetaan opinnäytetyön tekijälle, toimeksiantajalle sekä työn ohjaajalle. Centria-ammattikorkeakoulun opiskelija sitoutuu tekemään toimeksiantajan toimeksiannosta edellä mainitusta aiheesta opinnäytetyön <u>31.12.2017</u> mennessä.</p> <p>Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön työssä tarvittavaa tietoa sekä arvioimaan opinnäytetyön valmistuttua sen hyödynnettävyyttä toiminnassaan.</p> <p>Toimeksiantaja maksaa materiaali-, postitus-, maka- ym. mahdolliset kulut laskun mukaan. Toimeksiantaja voi maksaa opinnäytetyön tekijälle palkan.</p> <p>Tämän sopimuksen osapuolet ovat velvolliset pitämään salassa kaiken, mitä he toimeksiannon yhteydessä ovat saaneet tietoonsa asioista, joita voidaan pitää toisen sopijapuolen liikesalaisuutena. Opinnäytetyö käydään läpi ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaarissa ja se on julkinen asiakirja. Toimeksiantajan tulee erikseen pyytää työn salausta.</p> <p>Ammattikorkeakoulu ei vastaa opinnäytetyön tekijän mahdollisesti aiheuttamasta haitasta tai vahingosta.</p>
<p><b>Päiväys</b> Kokkolassa 29.3.2016 </p>
<p><b>Työelämäohjaajan allekirjoitus</b> Saara Lång </p>
<p><b>Opiskelijan allekirjoitus</b> Tiina Ruppala </p>
<p><b>Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus</b> Pirjo Forss-Pennanen </p>

## TUTKIMUSHENKILÖTIEDOTE ASIAAKKAALLE

Tervetuloa mukaan kehittämään Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa. Hoito- ja kuntoutussuunnitelma on asiakirja, johon yhteistyössä asiakkaan sekä hänen hoitokontaktien ja läheisten kanssa yhteistyössä kirjataan asiakkaan tarvitsema hoito ja palvelut sekä suunnitelman tarkistamisen ja arvioinnin ajankohdat.

Haluamme kuulla sinun mielipiteesi sekä kokemuksiasi hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta ja erityisesti sen toteutumisesta. Mielipiteesi tulee olemaan erityisen tärkeä, jotta pystyisimme kehittämään avokuntoutukseen toimivan hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessin ja mallin.

Haastattelussa kysyn erilaisia kysymyksiä, hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta, saamastanne palvelusta ja tuesta sekä arjen selviytymiskeinoja. Haastattelu tapahtuu Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen tiloissa. Haastattelutilanteessa ovat mukana haastateltava sekä minä haastattelijana. Haastattelu tulee kestämään 1-1,5 tuntia ja se nauhoitetaan ja tämän jälkeen vastaukset kirjoitetaan kirjalliseen muotoon. Haastattelusta syntyvä aineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä materiaalia tai nimiä luovuteta ulkopuoliselle. Haastattelumateriaali hävitetään opinnäytetyön valmistuttua. Lopullisesta opinnäytetyöstä ei voida tunnistaa ketään yksittäistä henkilöä. Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja jokaisella osallistujalla on oikeus keskeyttää osallistumisensa milloin tahansa syytä ilmoittamatta.

Opinnäytetyöni nimi on asiakaslähtöinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessi päihde- ja toiminnallisessa riippuvuudessa laatujohtamisen näkökulmasta. Opinnäytetyöni on osa Centria ammattikorkeakoulun sosiaali - ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK opintoja. Valmis työ julkaistaan Centria kirjaston Theseus- tietokannassa. ( [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Vastaa mielelläni kysymyksiin haastattelua ja opinnäytetyötäni koskien sähköpostilla tai puhelimitse.

Yhteistyöterveisin

Tiina Rupp

YAMK opiskelija

[tiina.ruppa@centria.fi](mailto:tiina.ruppa@centria.fi)

p.044-7307639

## TIEDOTE KEHITTÄMISTYÖRYHMÄN JÄSENELLE

Tervetuloa mukaan kehittämään Päihdekeskus Portin avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessia ja mallia. Asiantuntijuutesi ja mielipiteesi ovat tärkeitä tämän kehittämistyön onnistumiselle.

Kehittämistyön toteuttamiseksi kootaan kehittämistyöryhmä, joka kokoontuu Päihdekeskus Portin tiloissa. Tapaamiskerrat kestävät kerrallaan 1,5 tuntia ja niitä on yhteensä kaksi kertaa touko-kesäkuun 2016 aikana. Tapaamiskerroilla keskustelemme ja kehitämme avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessia sekä mallia. Kehittämistyön pohja perustuu asiakkaiden tuomiin kehittämisehdotuksiin. Haastattelen avokuntoutuksen asiakkaita ja kartoitan heidän toiveitaan ja mielipiteitään, heiltä saatua palautetta hyödynnämme kehittämistyöryhmän tapaamisissa.

Kehittämistyöhön osallistuminen perustuu vapaaehtoisuuteen ja sinulla oikeus keskeyttää osallistumisesi milloin tahansa. Kaikki kehittämistyössä kerättävä aineisto käsitellään luottamuksellisesti eikä ketään yksittäistä henkilöä voi tunnistaa lopullisesta opinnäytetyöstä.

Opinnäytetyöni nimi on asiakaslähtöinen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessi päihde- ja toiminnallisessa riippuvuudessa laatujohtamisen näkökulmasta. Opinnäytetyöni on osa Centria ammattikorkeakoulun sosiaali - ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK opintoja. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii yliopettaja, KT Pirjo Forss-Pennanen. ja työelämänohjaajina ovat Ventuskartano ry:n asuntokoti Hermannin vastaava ohjaaja Taina Lieksa ja Ventuskartano ry:n avokuntoutuksen vastaava ohjaaja Petri Nikula sekä Ventuskartano Ry:n toiminnanjohtajan vuorotteluvapaa sijainen Saara Lång. Valmis työ julkaistaan Centria kirjaston Theseus- tietokannassa. ( [www.theseus.fi](http://www.theseus.fi)).

Yhteistyöterveisin

Tiina Rupp

YAMK opiskelija

[tiina.ruppa@centria.fi](mailto:tiina.ruppa@centria.fi)

p.044-7307639



## SUOSTUMUSASIAKAIKKA

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt Päihdekeksus Portin avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessin ja mallin kehittämistä koskevan tiedotteen. Olen saanut riittävän informaation kehittämistyön tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä sekä hävittämisestä. Minulla on ollut mahdollista saada lisätietoja myös suullisesti.

Ymmärrän että osallistumiseni kehittämistyöhön on täysin vapaaehtoista ja voin ilman perusteluita keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Keskeytyksestä ilmoitan suullisesti tai kirjallisesti opinnäytetyön tekijä Tiina Rupalle.

Suostun osallistumaan kehittämistyöhön vapaaehtoisesti

-----  
Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

-----  
Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Tiina Rupp

YAMK opiskelija

[tiina.ruppa@centria.fi](mailto:tiina.ruppa@centria.fi)

p.044-7307639

## ALAIKÄISEN SUOSTUMUSASIAKIRJA

Olen saanut, lukenut ja ymmärtänyt Päihdekeksus Portin avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessin ja mallin kehittämistä koskevan tiedotteen. Olen saanut riittävän informaation kehittämistyön tarkoituksesta, tietojen keräämisestä ja säilytyksestä sekä hävittämisestä. Minulla on ollut mahdollista saada lisätietoja myös suullisesti.

Ymmärrän että osallistumiseni kehittämistyöhön on täysin vapaaehtoista ja voin ilman perusteluita keskeyttää osallistumiseni milloin tahansa. Keskeytyksestä ilmoitan suullisesti tai kirjallisesti opinnäytetyön tekijä Tiina Rupalle.

Suostun osallistumaan kehittämistyöhön vapaaehtoisesti

-----  
Paikka ja aika

Suostumuksen antajan allekirjoitus

-----  
Paikka ja aika

Suostumuksen vastaanottajan allekirjoitus

Alaikäisen nuoren huoltajan suostumus. Annan luvan, että lapseni saa osallistua yllämainittuun tutkimukseen.

-----  
Paikka ja aika

Huoltajan allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän yhteystiedot:

Tiina Rupp

YAMK opiskelija

[tiina.ruppa@centria.fi](mailto:tiina.ruppa@centria.fi)

p.044-7307639

## TEEMAHAASTATTELURUNKO ASIAKKAILLE

### TAUSTAKYSYMYKSET

Ikä, sukupuoli, hoitoon hakeutumisen syy

1. KEITÄ SINUN MIELESTÄSI OLISI HYVÄ OLLA MUKANA HOITO- JA KUNTOUTUS-  
SUUNNITELMAN LAATIMISESSA?

2. MITEN MIELESTÄSI HOITO- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA TULISI TEHDÄ?

- Milloin mielestäsi hoito- ja kuntoutussuunnitelma tulisi laatia?
- Mitä mielestäsi hoito- ja kuntoutussuunnitelmaan tulisi kirjata?
- Milloin ja kuinka usein hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa tulisi mielestäsi tarkistaa?

3. MITKÄ OLISIVAT MIELESTÄSI SISÄLLÖLLISET ASIAT HOITO- JA KUNTOUTUSSUUN-  
NITELMASSA?

- Mitä asioita toivot, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa otetaan huomioon?
- Miten toivoisit, että hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa huomioidaan arjessa selviytyminen?

4. MITÄ SINUN MIELESTÄSI ON HYVÄ HOIDON SUUNNITTELU?

Onko mielessäsi vielä jotakin asiaa joka kehittäisi avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessia ja mallia?

TAULUKKO 1. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastateluaineistossa teemassa ”hoito- ja kuntoutumissuunnitelman laadinnassa mukana olevat”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Omahoitaja (7)	Moniammatillinen tiimi	Asiakkaan verkosto
Sairaanhoitaja (1)		
Avokuntoutuksen lääkäri (5)		
Muu hoitava ta- ho/viranomainen (4)	Viranomaisverkosto	
Muu hoitava lääkäri (1)		
Lähiomainen (3)	Lähiverkosto	
Puoliso (3)		
Vanhemmat (4)		

TAULUKKO 2. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluaineistosta teemassa milloin ”hoito- ja kuntoutusuunnitelma tulisi laatia”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Pääluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
Viikon päästä hoitosuhteen alkamisesta	Suunnitelman laadintaviikon sisällä hoitosuhteen aloituksesta	Suunnitelman laadinnan aloitus ensikäynnillä ja valmiiksi saattaminen viimeistään puolen vuoden päästä asiakkaan näkemyksen mukaan
Muutama kuukausi	Suunnitelman laadinta kahden kuukauden sisällä	
Miten asiakas haluaa	Suunnitelman laadinta asiakkaan toiveiden mukaan	
Kun asiakkaalla tasainen vaihe		
Puoli vuotta	Suunnitelman laadinta kuuden kuukauden sisällä	
Kolmen-neljän kuukauden päästä hoitosuhteen alkamisesta	Suunnitelman laadinta kolmen-neljän kuukauden sisällä hoitosuhteen alkamisesta	
Välittömästi (2)	Suunnitelman laadinta heti hoitosuhteen alkaessa	

TAULUKKO 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluaineistossa teemassa ”hoito- ja kuntoutumissuunnitelman sisältö”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Ongelman laatu	Ongelman tunnistaminen	Hoito- ja kuntoutussuunnitelman sisällölliset asiat asiakkaan näkemyksenä
Haasteet/riskitekijät (2)	Asiakkaan voimavarat, toiveet ja elämän historia suunnitelman lähtökohtana	
Elämäntilanne (2)		
Lähtötilanne (2)		
Asiakkaan mielipiteet		
Asiakkaan motivaatio		
Voimavarat (2)		
Mielentila		
Käyntitiheys		
Lääkitys (3)	Lääkityksen toteutus ja seuranta	
Sairaudet	Sairauden toteaminen ja seuranta	
Tavoitteet	Suunnitelma ja toteutus	
Keinot		

TAULUKKO 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluaineistossa teemassa ”hoito- ja kuntoutumissuunnitelman tarkistaminen”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Kolme kertaa hoitosuhteen aikana	Säännöllinen päivitys	Hoito- ja kuntoutussuunnitelman päivittämisen ajankohta asiakkaan näkemyksenä
Kuukauden välein		
Kahden kuukauden välein (2)		
Kolmen kuukauden välein (2)		
Kuuden kuukauden välein (2)		

TAULUKKO 5. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluaineistossa teemassa ”hoito- ja kuntoutumissuunnitelmassa huomioiminen”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Keinot	Yksilöllisyys	Yksilöllisyyden huomioiminen hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa
Ohjaus		
Ihmisen persoona		
Luottamus		
Arki (2)		
Asiakkaan toiveet	Asiakkaan voimavarat	
Tavoite (2)	Tavoitteen määrittelyminen	
Syyt juomiseen		
Lähtötilanne		
Lääkitys	Lääkityksen seuranta	

TAULUKKO 6. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluaineistossa teemassa ”hoito- ja kuntoutumissuunnitelmassa arjen huomioiminen”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Harrastukset	Vapaa-ajan harrastuksissa tukeminen	Arjen sujumisen huomioiminen hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa asiakkaan näkemyksen mukaan
Riskitekijät	Arjen sujumisen kartoitus	
Arjen sujuminen		
Tukiverkosto		
Antabuksen hakeminen avokuntoutuksesta	Asiakkaan kotiin päin tehtävää työtä	Kotikäyntien merkitys hoito- ja kuntoutussuunnitelmassa asiakkaan näkemyksen mukaan
Tarvitseeko kotiin apua		
Työntekijä enemmän yhteyksissä kotiin		



TAULUKKO 7. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluaineistossa teemassa ”mitä on hyvän hoidon suunnittelu”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Kokonaiskuva tilanteesta	Ongelmat	Hyvä hoidon suunnittelu asiakkaan näkemyksen mukaan
Huomioidaan ongelman laajuus (3)		
Avun kartoitus		
Läheisten tuki (2)	Tuki	
Asiakkaan ja hoitajan kemiat pelaavat		
Selkeä suunnitelma (2)		
Lääkityksen huomioiminen	Lääkitys	
Realistisuus	Voimavarat	
Huomioidaan arjen sujuminen		
Asiakkaan voimavarat		
Yhteistyö asiakkaan kanssa	Itsemääräämisoikeus	
Asiakkaan mielipiteiden kuuleminen		

TAULUKKO 8. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen avokuntoutuksen asiakkaiden haastatteluaineistossa teemassa ”muut asiat jotka kehittäisivät avokuntoutuksen hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessia ja mallia”. Sulkeissa ovat alkuperäisilmauksien määrä alaluokassa.

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>	<b>Päälouokka</b>
Vaatii aikaa	Kiireettömyys	Hoito- ja kuntoutussuunnitelma prosessi ja malli asiakkaan näkemyksen mukaan
Lääkärin kanssa pitäisi olla tiiviimpää yhteistyötä, enemmän tapaamisia (2)	Yhteistyö	
Asiakkaalla tulee olla oma motivaatio	Motivaatio	
Selkeä suunnitelma	Selkeys	

**HOITO- JA KUNTOUTUSSUUNNITELMA**

Päihdekeskus Portti/ Avokuntoutus

Asiakkaan nimi:

Laatijat:

Päivämäärä:

**LÄHTÖTILANNE** (Yhteenveto arviointi käynneistä ja hoidon tarve, sekä asiakkaan voimavarat)

**HOIDON/KUNTOUTUKSEN TARVE**

- Kuvataan asiakkaan nykytilanne ja elinolosuhteet
- Hoidon/Kuntoutuksen tarpeen kuvaus
- Asiakkaan voimavarat

**HOIDON/KUNTOUTUKSEN TAVOITTEET**

Lyhyen aikavälin tavoitteet:

Pitkän aikavälin tavoitteet:

**HOIDON/KUNTOUTUKSEN KEINOT**

**SUUNNITELMAN TARKISTUS PÄIVÄMÄÄRÄ**

Kokkolassa 00.00.2017

Asiakkaan allekirjoitus      Oma ohjaajan/terapeutin allekirjoitus

## **ARVIOINTIKÄYNNEILLÄ HUOMIOITAVAT ASIAT**

### **Asiakkaan omat huolenaiheet, voimavarat ja tavoitteet**

Koko tuki- ja hoitoprosessin lähtökohtana on asiakkaan oma näkemys tilanteestaan, haasteistaan, voimavaroistaan ja muutostarpeistaan. Kartoitetaan asiat, joihin asiakas toivoo muutosta ja asiakkaan ajankohtaiset voimavaratekijät.

### **Fyysinen terveydentila**

Kartoitetaan asiakkaan kokemus omasta terveydentilastaan, sairaushistoria, pitkäaikaissairaudet, omahoidon toteutuminen, lääkitykset, seksuaaliterveys ja ehkäisyn käyttö. Tarpeen mukaan lääkärin tutkimukset, diagnostinen arvio ja mahdolliset laboratoriolähetteet sekä muutokset lääkityksiin

### **Psyykinen terveydentila ja psykososiaaliset vaikeudet**

Keskustelemalla kartoitetaan psyykkisten oireiden nykytilanne ja historiaa tarpeen mukaisessa laajuudessa sekä asiakkaan kokemia psykososiaalisia vaikeuksia. Kartoituksessa huomioitavia osa-alueita ovat: mieliala, uni ja kipu, keskittyminen ja tiedon käsittely, arjen hallinta ja arjen toiminnot, sosiaalinen elämä, seksuaalisuus, hoitohistoria, lääkehoito sekä oireiden vaikutus toimintakykyyn.

### **Päihteet/riippuvuudet**

Keskustelemalla kartoitetaan päihteiden käytön nykytilanne, muutosmotivaatio ja päihdehistoria tarpeen mukaan. Huomioidaan myös toiminnalliset riippuvuudet.

### **Arkipärjääminen, sosiaalinen tilanne ja toimintakyky**

Keskustelemalla kartoitetaan tarpeen mukaisella laajuudella asiakkaan sosiaalista verkostoa, perhetilanne, alaikäiset lapset, arjessa pärjäämistä, osallisuutta, taloudellista tilannetta, asumistilannetta, toimintakykyä ja asiakkaan palvelukontakteja.

### **Menetelmät apuna hoidon- ja palvelutarpeen kartoituksessa:**

Mittarit: mm. BDI, nuorten BDI, AUDIT, nuorten päihdemittari, DUDIT E-DUDIT, SADD, DAST 20, MDQ, MINIMENTAL, SOGS-12, PGSI, IAT, seksiriippuvuustesti.

Visuaaliset: mm. Aikajana, sukupuu, elämänjana, verkostokartta.

Haastattelun tueksi: motivoiva haastattelu, juomispäiväkirja, pelipäiväkirja.

Testit: Alkometri, huumeseuat, laboratorionkokeet