



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Asiakaslähtöinen mielenterveys- ja päihdetyö Rantakylän hyvinvointiasemalla

Puhakka, Päivi

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Asiakaslähtöinen mielenterveys- ja päihdetyö  
Rantakylän hyvinvointiasemalla

Päivi Puhakka  
Sosiaalisen kuntoutuksen ja  
terveyden edistämisen johtaminen  
ja kehittäminen  
Opinnäytetyö, YAMK  
Joulukuu, 2017

Päivi Puhakka

**Asiakaslähtöinen mielenterveys- ja päihdetyö Rantakylän hyvinvointiasemalla**

Vuosi 2017

Sivumäärä 53

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää moniammatillisen yhteistyön toimivuutta Rantakylän hyvinvointiasemalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla. Tavoitteena oli selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asiakaslähtöisen työskentelyn toteutumista ja jatkokehittämiskohteita. Opinnäytetyön yhteistyökumppanina toimi Siun soten Rantakylän hyvinvointiasema, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on yhdistetty.

Teorian perustana olivat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden moniammatillinen työskentely, asiakaslähtöisyys, mielenterveystyö, päihdetyö ja palvelu. Asiakaslähtöisyyttä ja palvelua lähestyttiin sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmista, koska molemmat käsitteet ovat laajoja ja konteksti vaikuttaa niihin.

Opinnäytetyö suoritettiin arviointitutkimuksena ja laadullisina aineiston hankintamenetelminä käytettiin teemahaastattelua ja blueprint-menetelmää. Haastateltavia oli kymmenen ja he olivat mielenterveys- ja päihdeasiakkaita sekä heidän kanssaan työskenteleviä työntekijöitä. Blueprint palveluprosessikaaviot täytettiin haastatteluun osallistuneiden kanssa ja yhdistelmällä kaaviot, saatiin lopputulokseksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palveluprosessi.

Johtopäätöksenä voidaan todeta Rantakylän hyvinvointiasemalla moniammatillisen työskentelyn olevan asiakkaiden tarpeista lähtevää ja asiakkaita osallistavaa. Asiakkaat kohdataan ihmisyyttä kunnioittaen ja ystävällisesti. Asiakaslähtöisyys ohjaa työskentelyä ja se mahdollistaa asiakkaiden erilaiset tavat hakeutua palveluihin. Asiakkailta on mahdollisuus tulla palveluihin ilman ajanvarausta, silloin kun heillä on motivaatio hoitoon.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää moniammatillisen ja asiakaslähtöisen työskentelyn kehittämisessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiossa opinnäytetyön tulokset tarjoavat näkökulmia moniammatillisen toiminnan organisointiin ja palveluiden yhteiskehittämiseen. Asiakaslähtöisen ja moniammatillisen työskentelyn vahvuuksia, joita opinnäytetyön tuloksissa nousi, voidaan hyödyntää Rantakylän hyvinvointiaseman toiminnassa lisäämällä niitä.

Asiasanat: asiakaslähtöisyys, mielenterveystyö, päihdetyö, moniammatillinen yhteistyö, palvelu

Päivi Puhakka

**Customer-oriented mental health and substance abuse work at the Rantakylä welfare center**

Year	2017	Pages	53
------	------	-------	----

---

The purpose of the thesis was to find out the functionality of multi-professional co-operation at the Rantakylä welfare center for mental health and substance abuse customers. The aim was to find out how customer-oriented work is organized and how to further develop the customer-oriented working culture. The partner of the thesis was the Siun sote Rantakylä welfare center, where social and health care services are integrated.

The theory was based on the multi-professional co-operation of social and health care services, customer orientation, mental health work, substance abuse work and service. Customer orientation and service were approached from the point of view of social and health care, as both concepts are extensive and the context influences them.

The thesis was conducted as an evaluation study and the data were gathered using two qualitative data acquisition methods, thematic interview and the blueprint method. The ten interviewees were selected among customers and the employees working with them. The blueprint service process charts were filled in with the interviewees and by combining the diagram flow schemes, the service process of the customer was visualized.

As a conclusion, it can be stated that the multi-professional work of the Rantakylä welfare center is in line with a customer's needs and inclusive. Customer service is respectful and friendly, customers are met with honor and dignity. Customer orientation acts as the guideline for work and offers customers different ways to apply for services. Customers have the opportunity to receive service without an appointment when they are motivated for treatment.

The result of the thesis can be used to develop multi-professional customer-oriented work. In the integration of social and health care services, the thesis results offer perspectives on how to organize the multi-professional activities and the joint development of work. The benefits of customer-oriented and multi-professional working can be utilized in the Rantakylä welfare center by incorporating the findings of this thesis.

Keywords: Customer-oriented, mental health work, substance abuse work, multi-professional cooperation, service

## Sisällys

1	Johdanto .....	6
2	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset .....	7
3	Lähtökohdat, taustat ja tutkimusympäristö .....	7
3.1	Lainsäädäntö .....	8
3.2	Kansainväliset ja kansalliset hankkeet ja strategiat .....	9
3.3	Tutkimusympäristö .....	10
4	Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet .....	12
4.1	Asiakaslähtöisyys.....	12
4.2	Mielenterveys- ja päihdetyö .....	14
4.3	Moniammatillinen yhteistyö.....	16
4.4	Palvelu .....	17
5	Tutkimusmenetelmät ja aineiston analysointi .....	18
5.1	Arviointitutkimus .....	19
5.2	Laadullinen tutkimus.....	20
5.3	Teemahaastattelu .....	20
5.4	Blueprint-menetelmä .....	21
6	Aineistonhankinta ja aineiston analyysi .....	22
6.1	Aineistonhankinta .....	22
6.2	Haastateltavien kuvaus .....	23
6.3	Sisällönanalyysi .....	23
7	Tulokset .....	26
7.1	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen.....	26
7.2	Asiakaslähtöistä työskentelyä edistävät tekijät .....	27
7.3	Moniammatillista työskentelyä edistävät tekijät .....	28
7.4	Hyvinvointiaseman kehittämiskohteet .....	28
7.5	Blueprint palveluprosessi.....	29
7.6	Yhteenveto tuloksista .....	30
8	Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset .....	31
8.1	Tulosten tarkastelu ja kehittämisehdotukset .....	31
8.2	Opinnäytetyön eettisyys .....	33
8.3	Opinnäytetyön luotettavuus .....	35
8.4	Opinnäytetyö prosessin arviointi .....	36
8.5	Pohdinta.....	37
	Lähteet.....	40
	Kuviot .....	45
	Taulukot .....	46
	Liitteet .....	47

## 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä tuoda kustannussäästöjä 3 miljardia euroa. Sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy 18 maakunnalle 1.1.2020, jolloin sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksella on tarkoitus lisätä ihmisten valinnanvapautta ja lähipalveluiden saatavuus pyritään turvamaan. (Alueuudistus.)

Mielenterveyspalveluissa on useita asioita, jotka eivät toimi hyvin. Asiakkaat eivät saa palvelua oikea-aikaisesti, työkyvyttömyyseläkkeellä olevia mielenterveysasiakkaita on runsaasti ja vaikeimmin sairaat jäävät ilman palveluita, koska eivät jaksakaan niitä hakea. Mielenterveysasiakkaita ei kuunnella ja asiakkaiden hoitoon ei perehdytä riittävästi. Asiantuntijoiden mukaan raha ei ratkaise eli kokeilemalla erilaisia hoitomuotoja ja kuuntelemalla asiakasta voidaan saada hyviä hoitotuloksia. (Vasantola 2017.) Asiakkaiden oikea-aikaisilla palveluilla voidaan parantaa asiakkaiden elämänlaatua ja ehkäistä ennenaikaisia työkyvyttömyyseläkkeitä.

Opinnäytetyö on ajankohtainen ja yhteiskunnallisesti tärkeä aihe sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vuoksi, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut yhdistetään. Palveluiden vaikuttavuutta voidaan lisätä asiakaslähtöisellä työskentelyllä, jolla mahdollistetaan palveluiden oikea-aikaisuus. (Alueuudistus.) Asiakaskunnan valintaan vaikutti se, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asiakaslähtöisessä hoidossa tarvitaan moniammatillista työskentelyä, jossa asiakas on keskiössä.

Opinnäytetyö tehtiin Siun soten Rantakylän hyvinvointiasemalle, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja on yhdistetty asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Rantakylän hyvinvointiasema sijaitsee Joensuussa ja Rantakylä-Utran alueella asuu noin 16 000 ihmistä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön toimivuutta Rantakylän hyvinvointiasemalla mielenterveys- ja päihdeasiakkailta. Tavoitteena oli selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asiakaslähtöisen työskentelyn toteutumista ja selvittää jatkokehittämiskohteita.

Aineiston hankintamenetelmiä olivat teemahaastattelu ja blueprin-menetelmä. Haastatteluihin osallistui hyvinvointiaseman työntekijöitä sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Haastattelujen yhteydessä täytettiin blueprint-palveluprosessi kaavio, jonka avulla palveluprosessista saatiin palvelun etenemiskartta. Asiakkaiden ja työntekijöiden palveluprosessit yhdistettiin yhteen palvelukarttaan, jolloin nähtiin palvelukokonaisuus molempien osapuolten näkökulmasta ja saatiin selville palvelutapahtuman kriittiset kohdat. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74; Ojasalo, Moilanen & Ritalahti 2015, 44.)

## 2 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön toimivuutta Rantakylän hyvinvointiasemalla mielenterveys- ja päihdeasiakkailta. Tavoitteena oli selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asiakaslähtöisen työskentelyn toteutumista. Tavoitteena oli myös selvittää jatkokehittämiskohteita. Tavoitteiden toteutumista selvitettiin sekä asiakkaiden että henkilökunnan haastattelujen avulla.

Tavoitteeseen päästiin seuraavien tutkimuskysymysten avulla:

1. Kuinka päihde- ja mielenterveysasiakas kohdataan hyvinvointiasemalla?
2. Millaiset tekijät edistävät asiakaslähtöisyyden toteutumista?
3. Millaiset tekijät edistävät yhteistyön tekemistä moniammatillisesti?
4. Millaisia kehittämiskohteita hyvinvointiasemalla on?

Opinnäytetyö eteni tehdyn suunnitelman mukaisesti, aiheen valinnan jälkeen oli tutustuminen yhteistyökumppaniin ja haastattelujen sopiminen. Kuviossa 1 on kuvattu työn eteneminen.



Kuvio 1: Opinnäytetyön eteneminen

## 3 Lähtökohdat, taustat ja tutkimusympäristö

Opinnäytetyön lähtökohtana oli selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön vaikutuksia mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitoon. Lisäksi haluttiin selvittää, kuinka asiakaslähtöinen työskentely toteutuu hyvinvointiasemalla tarkasteltuna työntekijöiden ja asiakkaiden näkökulmista. Opinnäytetyön teoriapohjan taustana ovat olleet aiheeseen liittyvä lainsäädäntö, mielenterveys- ja päihdetyön kansainväliset ja kansalliset hankkeet sekä aikaisemmin tehdyt tutkimukset aiheesta. Sosiaali- ja terveydenhuollossa on monia asiakasryhmiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lisäksi, jotka hyötyvät moniammatillisesta työs-

kentelystä. Asiakaslähtöinen toiminta toteutuu silloin, kun asiakasta koskeva tieto on yhteisesti käytettävissä, asiakkaan hoitopolut on suunniteltu huolellisesti, palvelut on kuvattu ja asiakkaille tarjotaan oikeita palveluita (Rantanen, Pesonen, Kukkonen, Junnola, Niskanen & Silola 2017, 6-9.)

Negatiivisen stigman ja mielenterveyspalveluiden käytön yhteyttä masennuspotilaille on selvitetty suomalaisessa tutkimuksessa, jonka tuloksien mukaan vain pieni osa masennuksesta kärsivistä ihmisistä hakee ammattitaitoista apua ja monet lopettavat hoidon ennen aikaisesti. Samankaltaisia tuloksia on saatu muistakin Euroopan maista ja Yhdysvalloista, joten kyseessä on maailmanlaajuinen ongelma. (Aromaa, Tolvanen & Wahlbeck 2011, 1-7.)

Mielenterveys- ja päihdehäiriöistä aiheutuu vuosittain yhteiskunnalle suuret kustannukset, kuten vuonna 2016 yli kuusi miljardia euroa. Tässä luvussa ovat mukana suorat (hoito) ja epäsuorat (sairauspäivärahat ja työkyvyttömyyseläkekorvaukset) kustannukset. Taloudellisten menetysten lisäksi tulevat inhimilliset kärsimykset potilaille ja omaisille. (Kärkkäinen 2016.)

### 3.1 Lainsäädäntö

Suomessa on erikseen mielenterveyslaki ja päihdehuoltolaki, joissa säädetään näiden palveluiden tuottamisesta ja valvonnasta. Mielenterveyslain (1116/1990) 1 §:n mukaan ”mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksia ja muita mielenterveydenhäiriöitä poteville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairautensa tai häiriönsä vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (mielenterveyspalvelut). Mielenterveystyöhön kuuluu myös väestön elinolosuhteiden kehittäminen siten, että elinolosuhteet ehkäisevät ennalta mielenterveydenhäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä.”

Mielenterveyslain (1116/1990) 3 §:n mukaan “kunnan tulee järjestää mielenterveyspalvelut alueellaan osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa säädetään”. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymä huolehtii erikoissairaanhoidon annettavista mielenterveyspalveluista terveydenhuolto- ja mielenterveyslain mukaisesti. Mielenterveyslaissa on vaatimus, että mielenterveyspalvelut tulee tuottaa toiminnallisena kokonaisuutena terveyskeskusten, sosiaalihuollon ja sairaanhoidopiirin kesken.

Päihdehuoltolain (41/1986) 1 §:n mukaan päihdehuollon tavoitteena on “ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä sekä siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edis-



tää päihteiden ongelmakäyttäjien ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta.” Päihdehuollon järjestäminen kuuluu sekä sosiaali- että terveystalokunnalle. Myös päihdehuoltolaissa edellytetään eri toimijoiden tekevän yhteistyötä palvelujen järjestämisessä.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 3 §:ssä todetaan, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Tämä laki ohjaa kohti asiakaslähtöisyyttä, koska laissa todetaan, että ”potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.” Perustuslain 19 §:n (731/1999) mukaan julkisen vallan tulee edistää kansalaisten terveyttä ja turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.

Terveydenhuoltolain (1326/2010) 27 § ja 28 § käsittelevät mielenterveys- ja päihdetyötä. Tämän lain perusteella kunnan on järjestettävä alueensa asukkaille mielenterveys- ja päihdetyö, jonka tarkoituksena on mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä suojaavien ja tukevien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen. Sosiaalihuoltolain (1301/2014) 24 § ja 25 § määrittelevät mielenterveys- ja päihdetyön sosiaalihuoltolain näkökulmasta ja kunnan velvollisuudet palveluiden järjestämiseen ovat samat kuin terveydenhuoltolain vaatimukset.

Lainsäädännössä vaaditaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnittelu ja toteutus tehtäväksi siten, että ne muodostavat toimivan kokonaisuuden muun kunnassa tehtävän mielenterveys- ja päihdetyön kanssa. Lainsäädäntö tukee myös sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integroimista ja yhteistyön lisäämistä eri toimijoiden kesken.

Asiakasosallisuuden lainsäädännöllisenä perustana ovat sosiaali- ja terveydenhuollon arvot, jotka ohjaavat asiakasosallisuutta. Asiakkaiden asemasta ja oikeudesta osallisuuteen on säädetty monessa laissa, kuten kuntalaissa (365/1995) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000). Sosiaalihuoltolaki (1302/2014) korostaa palveluiden asiakaslähtöisyyttä ja asiakasosallisuutta. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta (ETENE) suosittelee asiakkaiden mukaanottoa palvelusuunnitelman tekoon. (Leemann & Hämäläinen 2016.)

### 3.2 Kansainväliset ja kansalliset hankkeet ja strategiat

WHO:n mielenterveyden toimintasuunnitelma 2013-2020, Mental health action plan 2013-2020, on asettanut tavoitteiksi, että jokaisella ihmisellä on mahdollisuus psyykkiseen hyvinvointiin, mielenterveysongelmista kärsivät ihmiset ovat tasa-arvoisia ja heitä tulee kunnioittaa. Lisäksi mielenterveyspalveluiden tulee olla helppopääsyisiä, asiakkaat osallistetaan oman hoidon suunnitteluun ja mielenterveyspalveluiden hallinto ja hoito perustuvat hyvään tieto-

pohjaan. WHO:lla on maailmanlaajuinen alkoholihaittojen vähentämisstrategia, Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Toimintaohjelmassa on annettu toimenpidevaihtoehtoja kansallisen alkoholipolitiikan suunnitteluun ja alkoholihaittojen vähentämiseen. (WHO 2010.)

EU:n mielenterveyttä ja hyvinvointia koskevassa sopimuksessa määritellään yhteiset tavoitteet kansalaisten mielenterveyden edistämiseen ja annetaan toimenpide-ehdotuksia (EU:n korkean tason konferenssi 2008).

Mielenterveys- ja päihdetyötä kehitetään osana STM:n KASTE-ohjelman kehittämishankkeita. Hankkeita ovat olleet Mielen avain, Länsi, Palvelumuotoilulla parempia palveluita riskiryhmille (PPPR), Arjen Mieli, Välittäjä, Tervein Mielin Pohjois-Suomessa ja Hyvinvointi hakusessa-riippuvuus riskinä. Yhteistä kaikissa hankkeissa on ollut osallisuuden ja asiakaslähtöisten palveluiden kehittäminen sekä ammatillisen osaamisen vahvistaminen. Hankkeissa syntyneitä tuotoksia löytyy esimerkiksi THL:n Innokylästä. Näiden hankkeiden pohjalta mielenterveys- ja päihdetyötä kehitettiin yhtenäisenä kokonaisuutena Suomessa ensimmäisen kerran vuonna 2009 mielenterveys- ja päihdetyönsuunnitelmassa. (Holmberg 2016, 45.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos on julkaissut toimeenpanosuunnitelman kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009-2015, ja siinä on neljä painopistettä. Nämä painopisteet ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, ennalta ehkäisyyn panostaminen, palveluiden toteuttaminen toimivina kokonaisuuksina ja ohjauskeinojen vahvistaminen. (THL 2010.)

### 3.3 Tutkimusympäristö

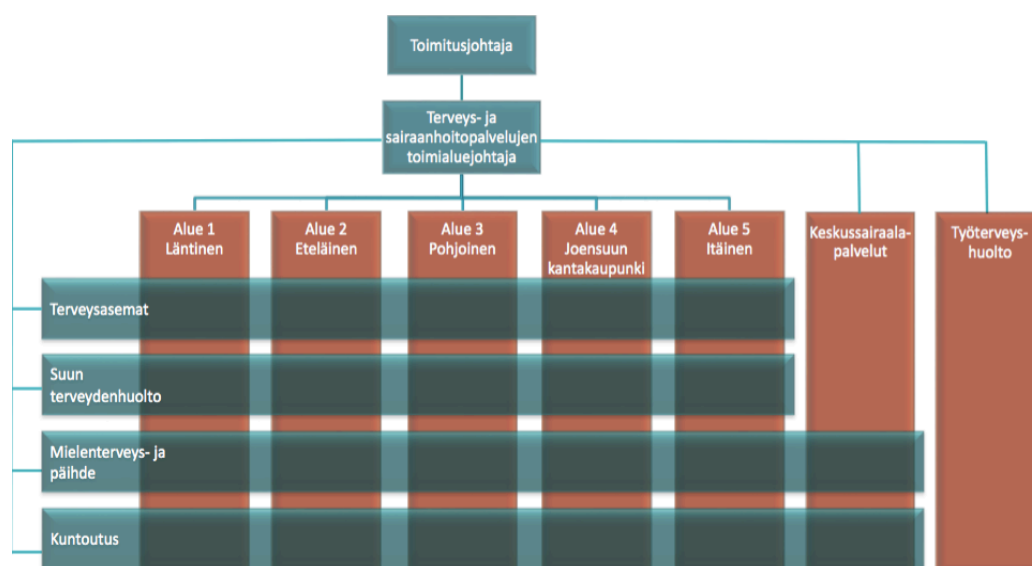
Opinnäytetyö tehtiin Pohjois-Karjalassa, jossa muodostettiin (1.1.2017) sosiaali- ja terveyspalvelujen kuntayhtymä yhdistämällä 14 kunnan sosiaali- ja terveyspalvelut sekä keskussairaalan erikoissairaanhoidon samaan organisaatioon, joka tuottaa sosiaali- ja terveyspalveluja 170 000 asukkaalle. Työntekijöiksi Siun soteen siirtyy yli 6000 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaista. Siun sotessa ovat mukana Joensuu, Kitee, Lieksa, Nurmes, Outokumpu, Kontiolahti, Ilomantsi, Juuka, Liperi, Polvijärvi, Rääkkylä, Tohmajärvi, Valtimo, Heinävesi sekä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. (siunsote.fi.)

Lähtökohtina toiminnan kehittämisessä Siun sotessa ovat olleet asukkaiden ja henkilökunnan parannusideat, joita on kerätty erilaisissa työpajoissa. Tavoitteena on ollut, että lähipalvelut ovat lähellä asukkaita ja erikoisemmat palvelut saadaan lähelle ennakkoluulottomilla ratkaisuilla. Siun soten strategiaan on nostettu keskeisten palveluketjujen uudistaminen ja yksi näistä palveluketjuista on mielenterveys- ja päihdepalvelut. Strategiassa on tavoitteena saada

asiakkaan hoito- ja kuntoutumisketju kerralla kuntoon, mikä edellyttää asiakaskeskeistä työtettä ja yhteistyötä järjestöjen kanssa. (siunsote.fi)

Siun soten Miepä-palvelupaketin (mielenterveys- ja päihdepalvelut) kehittämissuunnitelmassa todetaan psykoosisairastavuuden olevan kaksinkertaista Pohjois-Karjalassa muuhun maahan nähden. Mielenterveys- ja päihdepotilaat ovat kallein yksittäinen potilasryhmä ja heillä on paljon myös somaattista komorbiditeettia. Palveluiden resursointi on kuitenkin erityisesti psykiatrian erikoislääkäreiden ja päihdelääketieteen osalta ollut seudulla poikkeuksellisen matalaa. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoitoon liittyy negatiivista stigmaa, jota olisi mahdollista vähentää tietojen erityissuojausta muuttamalla. Mielenterveys- ja päihdepotilaat saavat edelleen huonompaa somaattista hoitoa ja nykyinen eriytynyt palvelujärjestelmä toimii erityisintegraatiopotilaiden hoidossa huonosti. (Siun sote 2016.)

Siun soten organisaatiota on kuvattu kuviossa 2, opinnäytetyön tekemisen vaiheessa keväällä 2017.



Kuvio 2: Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialue (Siun sote 2016)

Siun soten arvot ovat vastuullisuus, välittäminen, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Missiona on turvata asiakkaiden arki ja visio on olla asiakkaan arvostama. Arvopohja luo hyvät edellytykset kehittää ja toteuttaa asiakaslähtöistä ja moniammatillista työskentelyä, jossa asiakas on aidosti keskiössä. (Siun sote strategia 2017-2018.)

Opinnäytetyö toteutettiin Siun soten Rantakylän terveysasemalla, joka muuttui hyvinvointiasemaksi 1.1.2016. Tavoitteena muutoksella oli mataloittaa asiakkaiden kynnystä tulla palveluiden piiriin ja varmistaa asiakkaiden kokonaisvaltainen hoito. Rantakylän hyvinvointiasemalla toimi kolmannen sektorin matalan kynnyksen hyvinvointiasema-hanke, jonka avulla luotiin hyvinvointiaseman ja alueen järjestötoimijoiden välille uusia toimintakäytäntöjä. Ranta-

kylän hyvinvointiasemalla on lääkäreiden ja sairaanhoitajien kiireellistä hoitoa varten päiväpäivystysaikoja ja kiireetöntä hoitoa varten ajanvarausaikoja. Syyskuusta 2015 lähtien asemalla on toiminut psykiatrinen sairaanhoitaja, ilman ajanvarausta toimiva fysioterapia, lapsiperheiden perhetyö ja kotipalvelu sekä alueen kasvatus- ja perheneuvola (Joensuu.fi.) Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistyksen matalan kynnyksen hanke toimi hyvinvointiasemalla 1.5.2016-30.4.2017. Hanke oli osa Joensuun kaupungin hallinnoimaa Kake-kaupunkikeskustan kehittämishanketta ja sitä rahoitti ESR. (Pksotu 2016.)

Matalan kynnyksen hankkeessa työntekijänä toiminut Katja Hämäläinen-Puhakka kertoi matalan kynnyksen palvelun olevan laaja-alainen käsite. Hänen mukaansa se sisältää palveluohjauksen, mahdollisuuden tulla palveluihin ilman ajanvarausta sekä asiakkaan kohtaamisen hänen omassa ympäristössään ja sellaisena kuin hän on. Kolmannen sektorin toimijan ja hyvinvointiaseman yhteistyöllä on voitu auttaa ihmisiä ohjautumaan palveluiden piiriin, esimerkiksi erilaisten ryhmien kautta. Jalkauttamalla työskentely myös hyvinvointiaseman ympäristöön, on saatu lähialueen asukkaat ja yritykset mukaan huolehtimaan läheisten hyvinvoinnista. (Hämäläinen-Puhakka 2016.)

Siun soten toiminta- ja taloussuunnitelmassa vuosille 2017-2019 on määritelty, että terveysasemien toimintaprofiilien tavoitteena on hyvinvointiaseman tyyppinen toiminnallinen rakenne. Tämä muutostyö tullaan tekemään asteittain ja yhteistyössä muiden toimialueiden kanssa. (Siunsote.fi)

#### 4 Teoreettinen viitekehys ja keskeiset käsitteet

Teoreettisena viitekehysenä opinnäytetyössä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden moniammatillinen työskentely ja asiakaslähtöisyys. Keskeisiä käsitteitä opinnäytetyössä ovat asiakaslähtöisyys, moniammatillinen yhteistyö, mielenterveystyö, päihdetyö ja palvelu. Aihetta lähestytään sosiaalisen kuntoutuksen ja terveyden edistämisen näkökulmista aiheen monitieteellisyyden vuoksi.

##### 4.1 Asiakaslähtöisyys

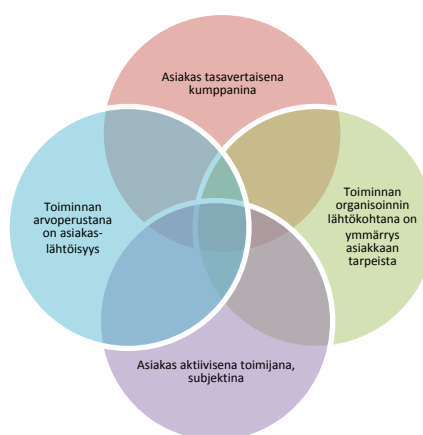
Tässä opinnäytetyössä asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotannon näkökulmasta. Asiakaslähtöisessä sosiaali- ja terveystaloudessa palvelut tuotetaan asiakkaan tarpeista lähtien, siellä missä asiakas niitä tarvitsee, oikea-aikaisesti ja asiakas otetaan mukaan omien palveluiden kehittämiseen.

Terveydenhuoltojärjestelmässä palveluja käyttäviä ihmisiä kutsutaan potilaiksi, sana juontuu potea-verbistä. Yksityisessä terveydenhuollossa potilaita voidaan kutsua myös asiakkaaksi,

joka viittaa hänen rooliinsa palvelun maksajana. Sosiaalihuollon palveluiden käyttäjiä kutsutaan asiakkaiksi ja terveydenhuollon psykologit sekä psykoterapeutit käyttävät mieluummin asiakas kuin potilas nimitystä. Asiakkuuden arvellaan korostavan palvelun käyttäjän itsemääräämisoikeutta ja valinnan mahdollisuuksia hoitosuhteessa. (Vuorilehto, Larri, Kurki & Hätönen 2014, 53-54.)

Asiakslähtöisessä toiminnassa sosiaali- ja terveydenhuollossa asiakas osallistuu itse alusta alkaen toiminnan suunnitteluun yhdessä palvelun tarjoajien kanssa. Asiakas ei siis ole pelkästään palveluiden kehittämisen kohde. Asiakas on oman hyvinvoinnin asiantuntijuuden kautta resurssi, jonka voimavaroja hyödynnetään palveluiden toteuttamisessa ja kehittämisessä. Asiakslähtöisen toiminnan elementtejä esitetään kuviossa 3. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18-19.)

Asukasosallisuutta on Siun sotessa toteutettu yhteistyössä Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistyksen, Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän, Karelia-ammattikorkeakoulun, Humanistisen ammattikorkeakoulu Humak:n ja Itä-Suomen yliopiston kanssa. Asukkaille on tehty kyselyjä palvelujen toimivuudesta ja järjestetty erilaisia kehittämistyöpajoja palveluiden kehittämiseksi. (Pyykkönen & Partanen 2016, 3-23.)



Kuvio 3: Asiakslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 19)

Asiakslähtöisen kohtaamisen perusta hoitotyössä on dialoginen vuorovaikutus, jossa potilasta koskeva tieto rakentuu vuorovaikutuksessa hänen kanssaan. Keskeisiä asioita dialogissa ovat potilaan elämänhistoria, elämäntilanne ja tavoitteiden sekä tarpeiden huomioiminen. Organisaation luomat toimintatavat ja tuki vuorovaikutukselliseen työskentelyyn ovat merkityksellisiä tekijöitä asiakslähtöisessä kohtaamisessa. Asiakslähtöisyys voidaan nähdä myös yhteiskunnallisena ilmiönä, jossa potilailla on sekä oikeuksia että velvollisuuksia palveluiden käyttäjinä. Työntekijöiltä ja organisaatioilta asiakslähtöinen vuorovaikutus edellyttää monitoimi-

juutta ja moniasiantuntijuutta. Moniammatillisen työryhmän lisäksi yhteistyökumppaneita ovat omaiset, läheiset, työyhteisöt, eri viranomaiset, kolmannen sektorin toimijat, vertaiset ja kokemusasiantuntijat. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 165-177.)

#### 4.2 Mielenterveys- ja päihdetyö

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä ja pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa. Lisäksi ihminen kykenee työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti sekä olemaan yhteisönsä jäsen. (Vuori-lehto ym. 2014, 13.)

Normaalin ja häiriintyneen raja riippuu yhteiskunnassa vallitsevasta ihmiskäsityksestä, mikä osaltaan tekee mielenterveyden määrittämisen vaikeaksi (Hietaharju & Nuutila 2016, 10). Mielenterveyshäiriöt ovat tuki- ja liikuntaelin sairauksien jälkeen toiseksi yleisin pitkäaikais-sairauksien ja sairauseläkkeiden syy. Joka toinen suomalainen on kärsinyt lievästä tai tilapäisestä mielenterveydenhäiriöstä ja noin joka neljäs sairastuu jossain vaiheessa elämänsä lääketieteellistä hoitoa vaativaan mielenterveyden häiriöön. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2014, 106.)

Mielenterveyden häiriöstä on kyse silloin, kun oireista aiheutuu henkilölle kärsimystä tai psyykkisen tasapainon heilahtelua, oireet rajoittavat henkilön toiminta- ja työkykyä tai selviytymis- ja osallistumiskykyä jokapäiväiseen elämään. Vakavimmillaan oireet voivat lamauttaa ihmisen lähes täysin ja sulkea ihmisen yhteiskunnan toimintojen ja sosiaalisten suhteiden ulkopuolelle, jolloin ihminen eristyy muusta maailmasta. (Hietaharju & Nuutila 2016, 30.)

Mielenterveystyöhön kuuluu mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Mielenterveyden edistämällä pyritään kehittämään henkilöiden hyvinvointia ja sitä toteutetaan yhteiskunnassa laajasti, esimerkiksi päiväkodeissa, kouluissa ja työpaikoilla. Ehkäisevän mielenterveystyön tavoitteena on tunnistaa riskitekijät mahdollisimman pian ja vaikuttaa niihin. Mielenterveyden hoito- ja kuntoutuspalvelujen tulisi olla helposti saavutettavissa ja avopalveluita tulisi kehittää. (Heikkinen-Peltonen ym. 2014, 79-80.)

Päihdehäiriöt ja monet mielenterveyshäiriöt liittyvät toisiinsa, ja niiden yhtäaikainen esiintyminen on yleistä. Psykkiset häiriöt voivat johtua päihteidenkäytöstä tai runsaasti päihteitä käyttävällä voi olla mielenterveyden häiriö. Päihteidenkäyttäjillä usein esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ovat persoonallisuushäiriöt, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt, psykoottiset häiriöt sekä tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriöt. Suurin osa samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivistä jää vaille tarvittavaa hoitoa, koska osa asiakkaista pelkää leimau-

tumista päihdeongelmaiseksi ja voi hakeutua hoitoon yleisemmin hyväksyttävän syyn, esimerkiksi uniongelmien vuoksi. Suurempien ongelmien syntymistä voidaan ehkäistä päihteiden käytön ja psyykkisen voinnin säännöllisellä kartoittamisella keskustelun ja mini-intervention avulla. (Partanen ym. 2015, 345- 346.)

Alkoholin ongelmakäyttö on jaettu kolmeen luokkaan eli riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Alkoholiriippuvuus voidaan yleisyytensä vuoksi määritellä kansansairauksiksi, suomalaisista aikuisista miehistä noin 7 % ja naisista noin 2 % ovat alkoholiriippuvaisia. Alkoholiriippuvuudenhoidossa psykososiaaliset hoidot ovat keskeisiä hoitomuotoja ja niitä voidaan täydentää lääkeshoidoilla. Alkoholiriippuvuuden hoidon on tutkimusten mukaan todettu olevan tehokasta, koska yli puolet potilaista hyötyy hoidoista. (Aalto, Alho, Kiiänmaa & Lindroos 2015, 7.)

Huumeiden käytön yleisyyttä suomalaisessa väestössä on tutkittu vuodesta 1992 alkaen. Ongelmakäyttäjien määrä on noussut edellisiin vuosiin verrattuna vuonna 2014 suoritetun väestötutkimuksen mukaan. Huomioitavaa tutkimuksessa oli, että ongelmakäyttäjistä nuorien määrä oli vähentynyt ja lähes puolet ongelmakäyttäjistä olivat 25-34 -vuotiaita. Laitonta huumetta ainakin kerran elämässään oli käyttänyt 20 prosenttia 15-69 -vuotiaista suomalaisista ja joka viides suomalainen ilmoitti käyttäneensä kerran elämässään kannabista, joka tekee siitä eniten käytetyn huumeen. Muiden huumausaineiden, kuten amfetamiinin, huumaavien sienien ja ekstaasin käyttö oli ollut vähäisempää. (Jääskeläinen, Virtanen & Räikkönen 2016, 27-28.)

Päihdehoitotyötä tehdään sekä sosiaali- että terveydenhuollossa, joiden palvelut ja järjestäminen poikkeavat toisistaan. Terveydenhuollossa korostetaan ihmisen terveyttä ja sosiaali- huollossa korostuvat ihmisen hyvinvointi ja elämänhallinta. Päihdehoitotyö on osa päihdetyötä, joka sisältää terveyttä edistävää, päihteidenkäyttöä ja sen haittoja ehkäisevää ja korjaa- vaa päihdetyötä. (Partanen ym. 2015, 29.)

Jukka Kärkkäisen (2016) mukaan mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat riski kansanterveydelle ja -taloudelle, koska hoitopalveluja ei riitä kaikille. Vain viidesosa asiakkaista saa riittävää ja laadultaan hyvää hoitoa ja yli puolet on vaille mitään hoitoa. Tämän lisäksi hoidon saannissa on suuria alueellisia eroja ja palveluihin pääsyä joutuu odottamaan pitkään. Mielenterveyshäiriöistä kärsii joka viides aikuinen ja suurin osa häiriöistä alkaa lapsuus- tai nuoruusiässä. Häiriöistä on Suomessa arvioitu koituvan vuonna 2016 kustannuksia yli 6 miljardia euroa, kun mukaan lasketaan suorat (hoito) ja epäsuorat (sairauspäiväraha ja työkyvyttömyyseläkekorvaukset) kustannukset. Näissä kustannuksissa ei ole mukana tuottavuuden menetyksestä aiheutuneita kustannuksia ja taloudellisten menetysten lisäksi tulevat vielä ihmisille aiheutuvat inhimilliset kärsimykset. Kärkkäinen tuo kirjoituksessaan esille sote-integraation tärkeyttä hoidon

kokonaisvaltaisuuden ja jatkuvuuden näkökulmasta. Monet mielenterveys- ja päihdepotilaat käyttävät sosiaalihuollon palveluita terveydenhuollon palvelujen lisäksi, jolloin palvelut yhdeltä luukulta-periaate parantaisi päihde- ja mielenterveysasiakkaiden mahdollisuutta kokonaisvaltaiseen hoitoon.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat uudistumassa. Kehittämistavoitteiksi kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan on kirjattu avun saaminen nykyistä nopeammin sosiaali- ja terveyskeskuksesta, samasta paikasta tulisi saada apua sekä mielenterveys- että päihdeongelmaan, palveluiden pääpaino tulisi olla avopalveluissa sairaalahoidon sijaan ja ongelmien ehkäisemiseksi sekä lieventämiseksi ennaltaehkäisevää työtä täytyy kehittää. (Vuorilehto ym. 2014, 226.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän suurimpia haasteita ovat moniongelmaiset asiakkaat ja kuinka heidän palvelutarpeisiin vastataan. Näillä asiakkailla on suurin avuntarve ja se voi vaikeuttaa heidän hakeutumista palvelujen piiriin. (Leemann & Hämäläinen 2016, 586-591.)

#### 4.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisessa yhteistyössä tarvitaan monenlaista osaamista ja jokainen työntekijä tuo yhteistyöhön oman erityisosaamisen sekä ammatillisen tietonsa. Asiakkailla ja läheisillä on vahva rooli oman elämänsä asiantuntijoina, jolloin heidän osallisuutensa hoitoon alusta alkaen on välttämätöntä. Toimiva yhteistyö syntyy yhteistyöosaamisesta, joka on työntekijän ja työympäristön ominaisuuksia. Näitä ominaisuuksia tukevia tekijöitä ovat oman tieteenalan tietoperustan hallinta, luottamus omaan osaamiseen, selkeä työnkuva ja kyky soveltaa käytettävissä olevaa tietoa sekä luoda uutta integroitua tietoa. Yhteistyössä korostuvat toisten asiantuntijoiden osaamisen arvostaminen, autonomia, tasa-arvo ja ilmaisuvapaus. Moniammatillisten organisaatioiden johtamiseen kuuluu koulutus- ja kehittämistyön organisointi, tiedonkulun organisointi, yhteisten tavoitteiden asettaminen ja niiden toteuttamiseen liittyvät järjestelyt. Moniammatillinen organisaatio perustuu asiantuntijuuteen, ei tehtävänimikkeiden luomaan valtaan. (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 16-17.)

Moniammatillista yhteistyötä asiakkaan hoitopolkuun vaikuttavien tekijöiden näkökulmasta on kuvattu kuviossa 3.





Kuvio 4: Moniammatillisen yhteistyön näkökulmia (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 35)

Moniammatillisuus on tiivistä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä, johon työntekijät tuovat oman osaamisensa asiakkaan auttamiseksi. Sen tavoitteena on saavuttaa asiakkaan auttamiseksi jotain sellaista, johon yhden ammatin osaaminen ei riitä. Moniammatillisessa toiminnassa korostuu asiakaslähtöisyys, yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot, avoimuus ja luottamus, eri näkökulmien yhteen kokoaminen ja toimenpiteistä sopiminen. (Vuorilehto ym. 2014, 83-84.)

Moniammatillisen yhteistyön haasteena voidaan nähdä se, että eri hallintoaloja (terveydenhuolto, sosiaalityö, koulutus, nuorisotyö) säätelevät erilaiset lait ja toimintakulttuurit. Moniammatillisen työyhteisön jäsenten välisistä tehtävistä tulee keskustella yhdessä riittävästi siten, että ne ovat kaikille selviä. Moniammatillista yhteistyötä tekevien tulee kokea saavansa lisävoimavaroja ja täydennystä omaan osaamiseensa, sekä voivansa antaa omaa osaamistaan toisten käyttöön. (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 149-151.)

#### 4.4 Palvelu

Tässä opinnäytetyössä palvelua käsitellään sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta ja huomio kiinnitetään koko palveluprosessiin, jolla pyritään ohjaamaan toimintaa asiakaslähtöisyyteen sekä lisäämään asiakkaan osallisuutta oman palvelun suunnitteluun ja toteutukseen. Palveluilla on kolme yleisluonteista peruspiirrettä eli ne ovat prosesseja, jotka koostuvat toiminnoista, ne tuotetaan ja kulutetaan jossain määrin samanaikaisesti, ja asiakas osallistuu palveluntuottamisprosessiin ainakin osittain. Palvelu tuotetaan asiakkaan kanssa vuorovaikutuksessa käyttäen erilaisia resursseja, kuten ihmisiä, tietoa, järjestelmiä ja infrastruktuureja. Palvelu koetaan yleensä hyvin subjektiivisesti ja asiakkaat saattavat palvelua arvioidessaan käyttää abstrakteja kuvauksia, kuten luotettava, turvallinen ja kokemus. (Grönroos 2015, 77-81.)

Asiakaslähtöisen ja moniammatillisen työskentelyn tuloksena voidaan tuottaa asiakkaalle palvelupaketti, joka koostuu asiakkaan tarvitsemista palveluista. Palvelupaketti sisältää ydinpalvelun, joka on esimerkiksi lääkärin vastaanottotilanne tai psykiatrisen sairaanhoitajan tapaminen. Ydinpalvelun käyttö mahdollistetaan asiakkaita palvelevilla liitännäispalveluilla sekä avustavilla palveluilla, joita voivat olla esimerkiksi hyvinvointiaseman ajanvaraus ja vastaanottotoiminta. Tukipalvelut lisäävät palvelun arvoa, tekevät sen käyttämisestä miellyttävämmän ja asiakaslähtöisemmän. Tukipalveluita voivat olla esimerkiksi aulaemäntä vastaanottamassa hyvinvointiaseman asiakkaan, viihtyisä odotusaula ja asiakkaan voinnin tiedustelu hoitojaksojen välillä. (Miettinen 2011, 43-44.)

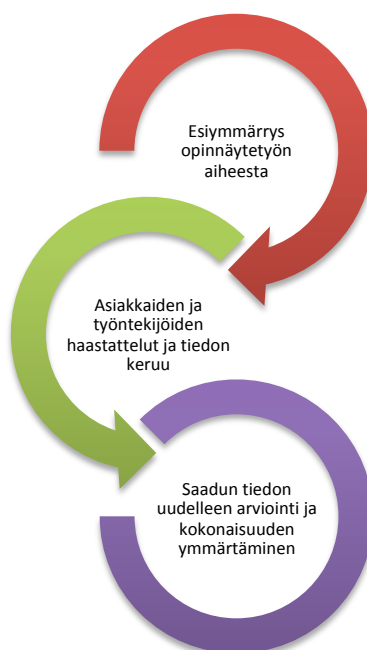
Onnistunut asiakaskokemus syntyy asiakkaan kanssa käydyn vuorovaikutuksen tuloksena eli onnistuneena palveluna. Onnistuneen asiakaskokemuksen rakentaminen aloitetaan asiakkaan osto- ja palveluprosessin ymmärtämisellä, jolloin tutkitaan ovatko asiakkaan ostopolku ja yrityksen sisäiset prosessit samanlaiset, tehdäänkö eri toimintojen välillä yhteistyötä ja perustuuko asiakaspolku sisäiseen tietoon vai onko taustalla asiakastutkimus. (Gerdt & Korhonen 2016, 46-51.)

Julkisen palvelun tulee olla laadukasta, vaikuttavaa, luotettavaa, tasapuolista ja vastuullisesti tuotettua. Julkisilla palveluilla voi olla makrotason sosiokulttuurisia vaikutuksia yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointiin, joten tasa-arvoinen palveluiden saatavuus tulee taata sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksessa. Kunnat järjestävät ja tuottavat paljon erilaisia palveluita, joiden tuottamisen lähtökohtina ovat kuntalaisten tarpeet. (Lundström 2011, 46-49.)

## 5 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analysointi

Opinnäytetyö toteutettiin arviointitutkimuksena, jossa sovellettiin hermeneuttista metodologiaa. Hermeneuttisen metodin käyttö auttoi ymmärtämään käyttäjien kokemusta tutkittavasta aiheesta ja tutkittavan aiheen merkitystä tutkittaville. Tutkittavan aiheen ymmärrys kehittyi koko opinnäytetyöprosessin ajan, koska tutkimusaineistosta tulevien havaintojen rinnalle tuli havaintoja muista aiheista tehdyistä tutkimuksista. Tutkimushavaintoja on esitetty empirian ja teorian vuoropuhelulla, jonka tarkoituksena on auttaa lukijaa saamaan käsitys siitä, kuinka opinnäytetyön tulokset ovat muodostuneet. (Vilka 2015, 179, 205-206.)

Opinnäytetyön hermeneuttinen kehä on kuvattu kuviossa 5, jonka mukaisesti opinnäytetyötä on kirjoitettu koko ajan aineiston ja ajattelun kehittyessä. Tutkimusaineiston tuloksia reflektoidessa on hyödynnetty aikaisempia tutkimuksia aiheeseen liittyen. Asiakkaan kohtaamisen ja moniammatillisen työskentelyn vaikutukset asiakkaiden saamaan palveluun ovat olleet lähtökohtia opinnäytetyössä. (Anttila 2007, 57.)



Kuvio 5: Tutkimuksen hermeneuttinen kehä (mukaillen Vilka 2015, 179-181)

### 5.1 Arviointitutkimus

Opinnäytetyön tehtiin arviointitutkimuksena, joka on yksi laadullisen tutkimuksen alalajeista. Realistinen arviointitutkimus pyrkii vastaamaan kysymykseen, miksi jokin interventio vaikutti. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuinka moniammatillinen ja asiakaslähtöinen työskentely toteutuu mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla Rantakylän hyvinvointiasemalla. Arviointitutkimuksen avulla oli mahdollista löytää myös kehittämisehdotuksia asiakaslähtöiseen ja moniammatilliseen työskentelyyn. (Anttila 2007, 22-25.)

Realistinen evaluaatio kiinnittää huomiota kontekstiin, jossa vaikutusta arvioidaan. Menetelmän taustalla oleva teoria perustuu järjen käyttöön ja mielekkyyteen (sensemaking) tutkittavan aiheen näkökulmasta. Metodologisesti realistinen evaluaatio hyödyntää empiirisen tutkimuskäytännön vahvuuksia, määrällisiä ja tulkinnallisia lähestymistapoja sekä pragmaattisia, monimuotoisia lähestymistapoja. (Ora-Hyytiäinen 2009, 48-49.) Realistisen arvioinnin kautta saadaan paremmin toistettavuutta, yleistettävyyttä ja siirrettävyyttä, koska sillä vastataan kysymykseen miksi jokin toimii, missä olosuhteissa ja kenen kohdalla (Julkunen, Lindqvist, Kainulainen 2005, 14). Muutokseen johtaneita syitä realistisessa arvioinnissa haetaan kokonaisuudesta eli asetetuista tavoitteista, prosessista ja kohderyhmästä (Kivipelto 2008, 15).

Realistinen evaluaatio lähtee strukturalistisesta mallista, jossa muutos muodostuu toimijan ja rakenteen vuorovaikutuksesta. Ajattelua ja päätöksentekoa ohjaa osittain aikaisemmin opittu toimintatapa, mutta toimija pystyy myös muokkaamaan toimintaansa. Ymmärtääksemme mi-

kä vaikutus sosiaalisella ympäristöllä tai kehittämishankkeella on, täytyy meidän ymmärtää sosiaalinen ympäristö jossa toimitaan. Keskeistä realistisessa evaluaatiossa on muutoksen selittävän mekanismin löytyminen. Muutoksissa on kyse projektin tuotoksesta tai tuloksesta, johon realistisessa arviointitutkimuksessa pyritään löytämään vaikuttava syy tai mekanismi. (Soininen 2011, 12-13.)

## 5.2 Laadullinen tutkimus

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja kohdetta pyritään tutkimaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti (Hirsijärvi, Remes, Sajavaara 2015, 161). Laadullinen tutkimus antaa mahdollisuuden ajatella toisin sekä kyseenalaistaa vanhoja ajatusmalleja. Opinnäytetyössä on yhdistetty saatuja havaintoja ja tarkasteltu tutkittavaa asiaa yksittäistapausta yleisemmällä tasolla. (Vilka 2015, 195.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen käyttökelpoisuutta tässä opinnäytetyössä lisää se, että ilmiötä tarkastellaan sisältäpäin eli sellaisena kuin asianomaiset sen itse kokevat. Teemahaastattelut suoritettiin luonnollisessa ympäristössä Rantakylän hyvinvointiasemalla, jolloin tapahtumaympäristö oli osa tutkittavaa ilmiötä. (Field, Morse 2010, 23.) Teemahaastattelulla ja blueprintmenetelmällä saatiin esille ihmisten omat näkemykset asiakaslähtöisestä ja moniammatillisesta työskentelystä. Näiden kuvausten avulla saatiin esille asiat, joita ihmiset pitävät merkityksellisinä omassa elämässään. (Vikka 2015, 118.)

Laadullisella tutkimuksella pyritään kuvaamaan tiettyä tapahtumaa, ymmärtämään toimintaa ja antamaan teoreettinen tulkinta ilmiölle. Tämän vuoksi laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tietoa antavat henkilöt tietävät tutkittavasta aiheesta mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. Opinnäytetyön aineisto on hankittu mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskenteleviltä työntekijöiltä sekä mielenterveys- ja/tai päihdeasiakkailta. Haastateltavilla on tutkittavasta aiheesta tietoa koulutuksen, työkokemuksen tai käyttäjäkokemuksen kautta. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 85.)

## 5.3 Teemahaastattelu

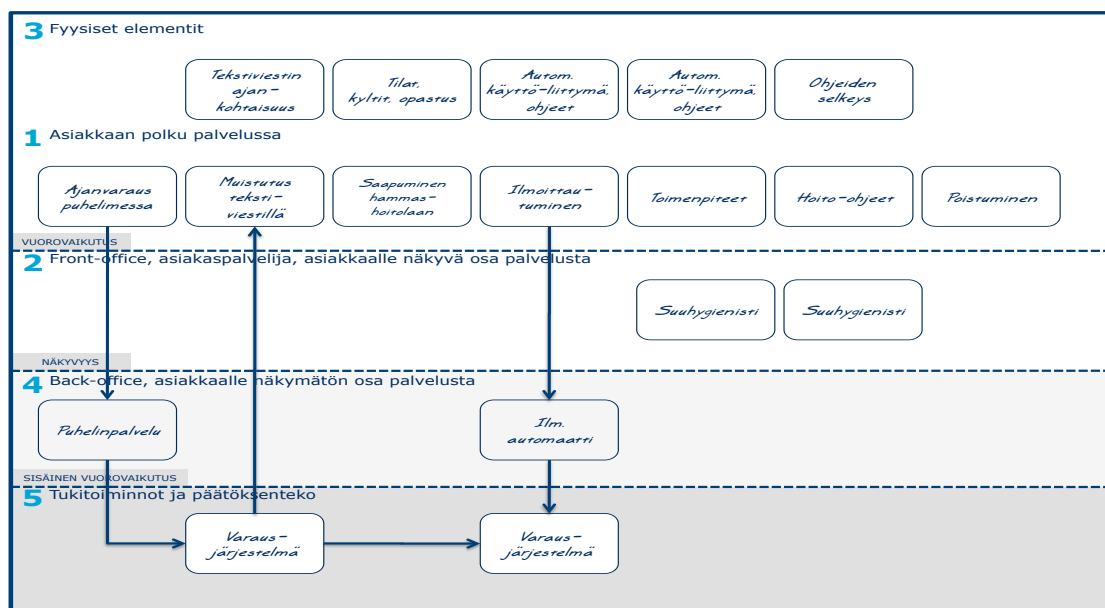
Opinnäytetyön haastattelumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, sillä se soveltuu käyttäjien toiminnan selvittämiseen. Haastattelukysymysten avoin muoto mahdollistaa uusien asioiden esiin tulemisen ja haastattelutilanne antaa mahdollisuuden asioihin syventymiseen. (Hyysalo 2006, 124.) Teemahaastattelun mukaisesti kaikille haastateltaville esitettiin samat kysymykset mutta työntekijöille ja asiakkaille oli omat haastattelulomakkeet. Kysymysten järjestys vaihteli haastattelun aikana luontevan keskustelun aikaansaamiseksi. (Kuula 2015,

129.) Teemahaastattelussa edettiin etukäteen valittujen teemojen varassa, joita tässä opinäytetyössä olivat asiakaslähtöinen työskentely, asiakkaan kohtaaminen ja moniammatillisuus. Metodologisesti teemahaastattelussa korostetaan haasteltavien tulkintoja ja merkityksiä asioista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.) Haastattelun etuna oli joustavuus, jolloin haastattelija pystyi toistamaan kysymyksen, oikaista väärinkäsityksiä ja käydä keskustelua haastateltavan kanssa. Haastatteluissa tarkoituksena oli saada mahdollisimman paljon tietoa valituista teemoista. (Tuomi, Sarajärvi 2009, 73.)

#### 5.4 Blueprint-menetelmä

Toinen tutkimusmenetelmä oli blueprint-menetelmä, joka kuvaa yksityiskohtaisesti palveluprosessien etenemistä ja osallistujien, erityisesti asiakkaan rooleja prosessissa. Palvelun blueprintin tarkoituksena on kuvata palveluprosessi siten, että henkilöstö, asiakkaat ja johtajat ymmärtävät samalla tavalla millainen palvelun kokonaisuus on. Blueprintistä nähdään palvelun tuotannon kokonaisprosessi, asiakaskontaktit, työntekijöiden ja asiakkaiden roolit sekä palveluprosessin asiakkaalle näkyvissä ja näkymättömissä olevat osatekijät. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 178.)

Kuviossa 6 on esimerkki täytettävästä blueprint-kaaviosta, jonka avulla voidaan kuvata asiakkaan palvelupolku. Blueprint-kaaviossa yhdistetään nuolilla tekijät, joilla on vaikutusta toisiinsa. Yhdistämällä työntekijöiden ja asiakkaiden tekemät blueprint-kaaviot toisiinsa, pyritään löytämään prosessin samankaltaisuudet sekä eroavuudet palvelun toteutumisen näkemyksissä.



Kuvio 6: Esimerkki service blueprint-prosessikaaviosta (Innokylä)

Blueprint-kaaviot täytettiin haastattelujen yhteydessä ja täyttämisen aloitettiin asiakkaalle näkyvistä fyysisistä elementeistä. Palveluprosessi alkaa siitä, kun asiakkaalle tulee tarve hakeutua hoitoon ja hän saapuu hyvinvointiasemalle. Tämän jälkeen blueprint-kaaviota täytettiin esimerkkikaavion mukaisessa järjestyksessä.

## 6 Aineistonhankinta ja aineiston analyysi

Aineiston hankinta voitiin aloittaa Siun sote myönnettyä tutkimusluvan helmikuussa 2017, jonka jälkeen opinnäytetyösuunnitelma esiteltiin Rantakylän hyvinvointiaseman henkilökunnalle. Työntekijähaastattelut sovittiin joustavasti työntekijöiden aikataulujen mukaisesti henkilökohtaisesti ja asiakashaastattelut työntekijöiden kautta. Asiakkaita haastatteluihin osallistui kolme, vaikka tavoitteena oli haastatella saman verran asiakkaita ja työntekijöitä. Yhteensä haastateltavia oli kymmenen henkilöä.

### 6.1 Aineistonhankinta

Opinnäytetyön aineisto kerättiin haastattelemalla Rantakylän hyvinvointiaseman mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskenteleviä työntekijöitä sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Haastattelut suoritettiin Rantakylän hyvinvointiasemalla noin kuukauden kuluessa. Opinnäytetyön aineiston hankinnassa tehtiin yhteistyötä Siun soten kehittämispalveluiden kanssa. Opinnäytetyösuunnitelma esiteltiin henkilökuntapalaverissa, jossa henkilökunnan halukkuutta osallistua haastatteluun tiedusteltiin. Tavoitteena oli saada viisi työntekijää haastatteluun, mutta heitä saatiinkin haastatteluihin seitsemän. Työntekijöiden halukkuus osallis-

tua työn kehittämiseen osoittaa heidän motivoituneisuuttaan ja sitoutumistaan työhön. Haastatteluun osallistuvien kanssa sovittiin haastatteluajat ja työntekijät etsivät omista asiakkaistaan haastatteluun osallistujat. Tavoitteena oli saada haastatteluun sama määrä asiakkaita kuin työntekijöitä, mutta asiakkaiden saaminen haastatteluun osoittautui haastavaksi. Haastatteluihin osallistui kolme asiakasta, joten aineisto jäi vähäiseksi asiakkaiden osalta. Haastattelulomakkeet olivat puolistrukturoidun teemahaastattelun mukaiset, ja työntekijöille sekä asiakkaille oli erilaiset haastattelulomakkeet (liite 2 ja liite 3). Haastattelut suoritettiin hyvinvointiasemalla, ne kestivät noin tunnin/haastattelu, ja haastattelut nauhoitettiin yhtä asiakashaastattelua lukuun ottamatta. Hänen kanssaan haastatteluun käytettiin enemmän aikaa, jotta kaikki puhuttu saatiin kirjoitettua ylös.

Haastateltavien kanssa täytettiin haastattelujen yhteydessä blueprint-kaavio, joka oli kaikille osallistujille uusi menetelmä kuvata palveluprosessia. Blueprint-kaavion täyttäminen aloitettiin kuvailemalla mitä asiakas havainnoi ja näkee kun hänelle tulee tarve hakeutua palveluun. Seuraavaksi haastateltavat kuvailivat mitä asiakas tekee hakeutuessaan palveluihin, mitä hyvinvointiaseman henkilökunta tekee ja kuka henkilökunnasta tekemisen suorittaa. Taustatoiminnot eli asiakkaalle ja henkilökunnalle näkymättömät toiminnot sekä tukitoiminnot kuvailtiin viimeiseksi.

## 6.2 Haastateltavien kuvaus

Yhteistyökumppanina opinnäytetyössä oli Siun sote ja Joensuun Rantakylän hyvinvointiasema. Haastateltavat työntekijät olivat Rantakylän hyvinvointiaseman hoitohenkilökuntaa, jotka työskentelevät mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa. Kaikilla työntekijöillä oli pitkä työkokemus ja he työskentelivät hyvinvointiasemalla eri toiminnoissa. Haastateltavat asiakkaat olivat hoitosuhteessa hyvinvointiasemaan ja heillä oli ollut useita käyntejä hyvinvointiasemalla. Kaikki asiakkaat olivat työikäisiä ja heillä oli mielenterveys- tai päihdesairaus.

## 6.3 Sisällönanalyysi

Haastatteluaineisto analysoitiin sisällönanalyysillä ja analyysi tehtiin itsenäisesti kokonaisuudessaan aineiston arkaluontoisuuden vuoksi. Haastattelut nauhoitettiin yhtä asiakashaastattelua lukuun ottamatta ja haastattelut litteroitiin sanasta sanaan. Yhteensä litteroitua tekstiä tuli 26 sivua, fonttina oli arial normaali ja fontin koko oli 10. Litteroinnissa ei käytetty lyhennejä, vaan se kirjoitettiin juuri siten kuin haastateltavat olivat asian sanoneet. Aikaa litterointiin kului noin 3,5 tuntia/haastattelu eli yhteensä noin 35 tuntia. Haastatteluaineisto litteroitiin heti haastattelujen jälkeen ja siihen palattiin pitkin tutkimusprosessia.

Seuraava haastattelu tehtiin vasta sen jälkeen kun edellinen oli litteroitu ja analysoitu alustavasti, joka tarkoitti esimerkiksi haastateltavien erilaisten äänensävyjen käyttöä lauseissa. Vil-

kan (2015, 182) mukaan tällä tavalla tutkijan ymmärrys laajenee aineistolähtöisesti ja oma lukutapa tarkentuu. Tutkimusaineiston ryhmittely ja analysointi tehtiin sen jälkeen kun koko tutkimusaineisto oli kerätty.

Aineistolähtöinen laadullinen eli induktiivinen aineiston analyysi kuvataan kolmivaiheiseksi prosessiksi, joka sisältää aineiston redusoinnin eli pelkistämisen, aineiston klusteroinnin eli ryhmittelyn ja abstrahoinnin eli teoreettisten käsitteiden luomisen. Aineiston pelkistämässä analysoitavana aineistona olivat auki kirjoitetut haastattelut, ja pelkistäminen tapahtui alle-viivaamalla erivärisillä kynillä tutkimuskysymyksiin vastaavia ilmauksia. Seuraavaksi erivärisillä kynillä koodatut alkuperäisilmaukset käytiin läpi, ja niistä etsittiin samankaltaisuuksia sekä eroavaisuuksia kuvaavia ilmauksia. Samaa tarkoittavat ilmaukset yhdistettiin alaluokiksi word-tekstin käsittelyohjelmalla tehtyyn taulukkoon. Klusteroinnin jälkeen tehtiin abstrahointi, jossa opinnäytetyön tutkimuskysymyksien kannalta oleellinen tieto yhdistettiin, ja siitä muodostettiin ylä- ja pääluokkia. Abstrahointia jatkettiin yhdistelemällä luokituksia, niin kauan kuin se aineiston sisällön näkökulmasta oli mahdollista hukkaamatta mitään oleellista tietoa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108-112.)

Aineiston analyysi aloitettiin alkuperäisilmauksien pelkistämällä, jonka tarkoituksena oli selkeyttää ja tiivistää kerättyä aineistoa. Tiivistäminen tehtiin siten, että etsittiin haastattelussa esiintyviä yhteisiä piirteitä tai nimittäjiä. (Ojasalo, Moilanen, Ritalahti 2015, 139-140.)

Suora lainaus	Pelkistetty ilmaus
aito läsnäolo, annetaan aikaa ja ei ole kiirettä eikä kiireen tuntua	Läsnä oleva ja kiireetön kohtaaminen
kohtaan asiakkaan ihmisenä eli se että hänellä on joku tausta on toissijainen asia	Asiakkaan kohtaaminen ihmisenä
me lanseerattiin uusi sana, asiakastahtisuus eli mennään asiakastahtisesti eikä mistään järjestelmästä käsin	Hoidossa edetään asiakkaan omaan tahtiin

Taulukko 1: Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä (mukaiillen Tuomi & Sarajärvi 2013)

Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin samankaltaisten ilmaisujen joukoiksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistettiin samaan alaluokkaan ja sille annettiin sitä kuvaava nimi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Läsnä oleva ja kiireetön kohtaaminen	Asiakkaan kiireetön kohtaaminen
Asiakas kohdataan ihmisenä	
Hoidossa edetään asiakkaan omaan tahtiin	



Taulukko 2: Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2013)

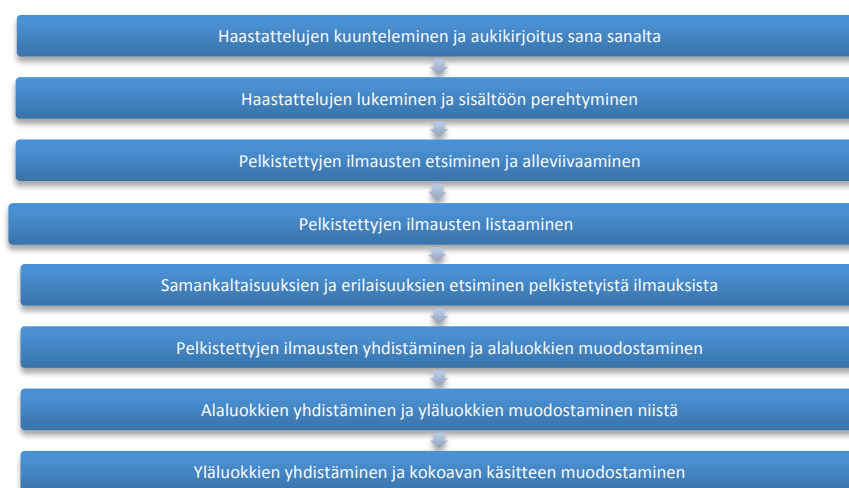
Alaluokkia yhdistettiin toisiinsa muodostaen yläluokkia, jotka nimettiin niitä kuvaavalla nimellä ja yhdistettiin pääluokaksi. Tämän prosessin avulla vastatattiin opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101.)

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
Asiakkaan kiireetön kohtaaminen Hoidontarpeen arviointi tehdään huolellisesti	Asiakkaan kohtaaminen	Ihmisten kohtaaminen kokonaisvaltaisesti
Palveluihin pääsee nopeasti ja helposti Viihtyisät odotustilat	Asiakasta huomioivat palvelut	

Taulukko 3: Esimerkki aineiston abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2013)

Teoreettisten käsitteiden muodostamisen jälkeen aineistolähtöistä analyysiä jatkettiin tarkastelemalla muodostettua tulkintaa teoreettisen viitekehyksen avulla. Tässä opinnäytetyössä saatuja tuloksia on tarkasteltu tutkimus- ja teorianäyttöön mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidosta, asiakaslähtöisestä ja moniammatillisesta työskentelystä. (Vilka 2015, 170.)

Kuviossa 7 esitetään tutkimusaineiston analyysin eteneminen kokonaisuudessaan.



Kuvio 7: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109)

Blueprint-kaaviot analysoitiin yhdistelemällä samaa tarkoittavia ilmauksia palveluprosessin eri kohdissa. Ensin yhdistettiin työntekijöiden tekemät blueprint-kaaviot yhdeksi palveluprosessiksi ja asiakkaiden tekemät kaaviot omaksi palveluprosessiksi. Tämän jälkeen työntekijöiden ja asiakkaiden kuvaamat palveluprosessit yhdistettiin yhdeksi palveluprosessi kaavioksi, jotta saatiin mahdollisimman asiakaslähtöinen palveluprosessi kuvaus (liite 5). Mielenkiintoinen huomio klusteroinnissa oli se, että työntekijöiden sekä asiakkaiden näkemykset palveluprosessin kulusta olivat yhteneväiset. Asiakkaat hahmottivat hyvin taustalla tehtävän työn ja tuki-toimintojen vaikutuksen heidän lopulliseen hoitoonsa.

## 7 Tulokset

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillisen yhteistyön toimivuutta Rantakylän hyvinvointiasemalla mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohdalla. Tavoitteena oli selvittää mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asiakaslähtöisen työskentelyn toteutumista ja mahdollisia jatkokehittämiskohteita.

### 7.1 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaaminen

Asiakkaiden haastatteluissa kohtamisessa esille nousivat ihmisyyden arvostaminen sekä kohtaminen yksilöinä. Asiakkaat korostivat sitä, että heidän sairautensa ei ohjaa kohtamista, vaan hoito suunnitellaan heidän tarpeensa mukaisesti. Asiakkaat kokivat tärkeäksi, että tapaamisen aluksi kysyttiin heidän vointinsa ja onko jotain oleellista tapahtunut edellisen tapaamisen jälkeen. Yksi asiakas kuvasi kohtamista seuraavasti:

Kun on pitkä päihdetausta, niin kohtelu on yleensä sen mukaista, pidetään vaan narkkarina joka haluaa lääkettä. Julkisella puolella saa pitkään vanhoa, että en halua lääkettä vaan tarviin apua. Täällä ei kohdeltu nistinä vaan ihmisenä. Hoidetaan kunnolla loppuun saakka, eikä haluta vaan äkkiä ulos. (A1)

Hyvinvointiaseman viihtyisät ja kodinomaiset tilat ovat tärkeitä kohtamisen kannalta, koska työntekijät on helpompi kohdata tasavertaisena silloin kun ympäristö ei ole laitospäinen. Asiakkaat pitivät tärkeänä myös sitä, että hyvinvointiasemalla kaikki työntekijät tervehtivät asiakkaita.

Työntekijöiden mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaat kohdataan Rantakylän hyvinvointiasemalla kokonaisvaltaisesti, jolloin ihmiset kohdataan ihmisinä eikä pelkkänä diagnoosina. Asiakkaan palvelut suunnitellaan asiakkaiden tarpeista lähtöisin, palveluihin pääsee tarvittaessa nopeasti ja ilman ajanvarausta. Hoidontarpeen arviointi tehdään huolellisesti ja ensimmäiseen tapaamiseen varataan riittävästi aikaa.

Asiakkaan aito kohtaaminen ja kuuntelu, aidosti kuunnellaan mikä ihmisellä on hätänä, minkä takia halus tulla tänne (T1)

Kun potilas kohdataan, niin annetaan siinä ensimmäisessä kohtaamistilanteessa potilaalle aikaa, että hoidontarve arvio tulis tehtyä mahdollisimman oikein eli potilas ohjautuisi oikean palvelun piiriin heti eikä vahingossa menisi väärää polkua, jolloin voi käydä niin, että potilas joutuu oravanpyörään, jolloin pyörii palveluiden piirissä saamatta oikeaa hoitoa (T7)

Työntekijöiden haastatteluista nousi esille, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaat käyttävät paljon palveluita, mutta käyttävätkö he oikeita palveluita? Asiakkaiden aidolla kohtaamisella ja huolellisesti tehdyllä hoidontarpeen arviolla pyritään asiakkaat saamaan oikeiden palveluiden piiriin heti hoidon alusta alkaen.

## 7.2 Asiakslähtöistä työskentelyä edistävät tekijät

Asiakslähtöisyys näkyi asiakkaan aitona kuunteluna ja asiakkaista huolehdittiin kokonaisvaltaisesti koko hoitoprosessin ajan. Asiakkaiden mielipidettä omaan hoitoon tiedusteltiin ja asiakas päättää omasta hoidostaan. Matalan kynnyksen palvelut koettiin positiivisena asiana, koska hoitoon pääsi myös ilman ajanvarausta.

Oli huippujuttu, kun psykiatrinen sairaanhoitaja oli ensimmäisellä lääkärintaustalla mukana ja kerto lääkäriille oman näkemyksensä asiasta kun lääkäri ei tiennyt niitä taustatietoja tai nykytilannetta. (A2)

Hän anto vaan oman mielipitteen mitä näkkee mutta asiakas saa päättää millon käy, miltä hänestä tuntuu (A3)

Työntekijät kertoivat asiakslähtöisyyden ohjaavan työskentelyään ja asiakkaan hoito lähtee liikkeelle asiakkaan tarpeesta. Asiakas otetaan mukaan omien asioidensa hoitoon ja päätökseen tekoon hoidon alusta alkaen. Asiakslähtöinen työskentely näkyi hyvinvointiasemalla asiakkaiden yksilöllisenä kohtaamisena, joka mahdollisti asiakkaiden eri elämäntilanteiden ja arjen huomioimisen hoidon suunnittelussa sekä toteutuksessa. Tarvittaessa asiakkaan hoitoprosessiin otettiin mukaan omaisia, opiskelu-, työpaikka tai muu tukihenkilö.

Asiakslähtöisyyden pitää olla ykkösasia, ihmisen ehdoilla on se mitä tehdään ja ollaan tekemättä (T1)

Asiakkaan tarpeista lähdetään liikkeelle ja yhteistyö rakennetaan hänen tarpeista lähtien (T3)

Asiakas on peruslähtökohta, sitä varten mie tätä työtä teen (T4)

Me lanseerattiin uusi sana, asiakastahtisuus, eli mennään asiakastahtisesti eikä mistään järjestelmästä käsin (T1)

### 7.3 Moniammatillista työskentelyä edistävät tekijät

Moniammatillista työskentelyä edistävät moniammatillinen työyhteisö ja tieto siitä, mitä palveluita hyvinvointiasemalta on mahdollista saada. Asiakkaat nostivat myös työntekijöiden tekemän yhteistyön ja ohjauksen tarvittaessa toiselle työntekijälle merkitykselliseksi oman hoidonsa kannalta.

Paljon palveluita saatavilla samasta paikasta, ei tarte etsiä miljoonasta paikasta, vaan ne on samassa paikassa (A3)

On kerrottu toisten palveluista (A1)

Työntekijöiden haastatteluissa moniammatillisen yhteistyön tekemistä edistäviksi asioiksi nousivat yhteistyön tekeminen eri asiantuntijoiden ja yhteistyökumppanien kanssa. Hyvinvointiasemalla kokoontuu säännöllisesti integraatioasiakastiimi, ja siihen osallistuu monipuolisesti eri alojen työntekijät. Tiimiin voi tuoda nimettömänä moniongelmaisten asiakkaiden asioita käsiteltäväksi, jolloin yhdessä mietitään asiakkaan haasteeseen paras ratkaisu. Vastuunotto yhteisen asiakkaan hoidosta lisäsi luottamusta toisiin työntekijöihin. Moniammatillisen yhteistyön mahdollisti toisten työntekijöiden työnkuvien tunteminen, jolloin yhteistyön aloittaminen koettiin helpommaksi. Muutamilla työntekijöillä oli runsaasti ja monialaisesti yhteistyötahoja sekä hyvinvointiaseman sisällä että ulkopuolella. Psykiatrinen sairaanhoitaja ja päihdehoitaja koettiin tärkeiksi yhteistyökumppaneiksi mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa.

Hyvin matalalla kynnyksellä pääsee mejän palveluihin (T3)

Jos tutustuisi kaikkien toimijoiden kanssa, niin olisi helpompi tehdä yhteistyötä (T1)

Yhteistyötä teen todella laajasti esimerkiksi sosiaalitoimiston, opiskelijaterveydenhuollon, TE-toimiston, tehoavon, työterveyshuollon, sairaalan, aikuispsykiatrian poliklinikan, päihdepolin, päihdesairaanhoitajan, nuorten palvelukeskuksen, varuskunnan, muiden terveysasemien, ammattiopiston, kuraattorien, kouluterveydenhoitajien, lastensuojelun ja poliisin kanssa (T4)

Terveysasemalla toimiva psykiatrinen sairaanhoitaja on hyvä asia ja on laskenut asiakkaiden kynnystä hakeutua palveluihin (T2)

### 7.4 Hyvinvointiaseman kehittämiskohteet

Asiakkaat nostivat kehittämiskohteiksi sähköisten asiointikanavien kehittämisen ja erilaiset tavat ohjautua palveluiden piiriin. Asiakkaat pitivät tärkeänä, että palveluihin pääsee nopeasti, tarvittaessa ilman ajanvarausta ja silloin kun itsellä on motivaatio hoitoon.

Matalan kynnyksen palvelut täytyy säilyttää. Jos ois pitänyt tilata aika ja saanut sen muutaman viikon päähän, en olisi tullut lainkaan (A1)

Matalaakin matalampi kynnys, nettiin linkki: hakeudu palveluihin, jonne vois laittaa sähköpostia anonymisti (A3)

Työntekijöiden mukaan kehittämiskohteita ovat sosiaali- ja terveystalouden yhteiskehittäminen työntekijöiden ja johdon kanssa. Asiakaslähtöisten ja matalan kynnyksen palveluiden

koettiin mahdollistuvan paremmin, jos asiakastyötä tekevät henkilöt olisivat mukana kehittämässä palveluita. Asiakastietojärjestelmien toivottiin olevan yhteneväiset sosiaali- ja terveydenhuollolla, jolloin asiakkaan hoitohistoria olisi nähtävissä yhdestä paikasta. Tietojärjestelmiä ja teknologiaa voisi hyödyntää paremmin ja enemmän hyvinvointiaseman toiminnassa. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden toivottiin olevan näkyvämmiin esillä, jolloin palveluihin kohdistuvaa negatiivista stigmaa voidaan vähentää. Työntekijät toivoivat koko hyvinvointiaseman yhteisiä koulutus- ja kehittämispäiviä, joissa palveluja voidaan kehittää yhdessä sekä oppia tuntemaan muita hyvinvointiaseman työntekijöitä. Haastatteluissa nousi esille myös tarve selkeyttää johtamisrakennetta.

Enemmän kaipaisi, että meitä jotka tehdään työ kuunneltaisiin (T4)

Yhteisiä ohjelmia sosiaali- ja terveystieteille, että voisi laittaa toiselle viestiä, niin saataisi se asiakkaan hoitopolku paremmin selville. Potilaan taustojen selvittämiseen voi mennä puoli tuntiakin (T2)

Olisi hyvä olla osastokartta, jossa on pohjapiirustus osastosta. Siinä näkyisi värikoodeina missä on sosiaali-, fysioterapia- ja päivystyspuoli ja missä tilassa kukakin työntekijä milläkin hetkellä on. Yhteydenpito onnistuisi helpommin kun tietäisi missä kukakin on. Tämä on sähköinen ja päivittyvä ja mediatrissa tämä on mahdollista (T7)

## 7.5 Blueprint palveluprosessi

Asiakkaiden ja työntekijöiden täyttämät blueprint-kaaviot yhdistettiin klusteroimalla yhdeksi palveluprosessiksi. Rantakylän hyvinvointiasemalla asiakkaalle näkyviä palvelun fyysisiä osia olivat hyvinvointiaseman aula, internetsivut, ilmoitustaulu, hyvinvointiaseman opasteet sekä työntekijöiden tervehtiminen. Hyvinvointiaseman aulalta toivottiin viihtyisyyttä ja kodikkautta, esimerkiksi taulujen ja kukkien avulla. Selkeys ja helppolukuisuus olivat tekijöitä, joita esitettiin ilmoitustaululle ja opasteille. Internetsivujen tulisi olla helppokäyttöiset ja löydettävissä olevat. Työntekijöiden tervehtiminen ja ystävällinen kohtaaminen olivat tekijöitä, jotka sekä työntekijät että asiakkaat toivat esille palveluprosessissa.

Palveluprosessi alkaa asiakkaan tilaamalla ajan tai saapumalla hyvinvointiasemalle ilman ajanvarausta. Mahdollisuutta tulla palveluihin ilman ajanvarausta pidettiin tärkeänä, koska sen toi esille suurin osa haastateltavista. Asiakkaan saavuttua palvelujen piiriin, työntekijä tekee hoidontarpeen arvioinnin, ja suunnittelee hoitoa yhdessä asiakkaan kanssa. Työntekijä konsultoi tarvittaessa muita työntekijöitä ja tutustuu asiakkaan aikaisempaan hoitohistoriaan. Taustatyönä työntekijät tekevät hoitotyön kirjauksia sekä verkostoyhteistyötä muiden toimijoiden kanssa ja asiakkaat voivat tehdä kotona itsenäisesti saamiaan harjoitteita.

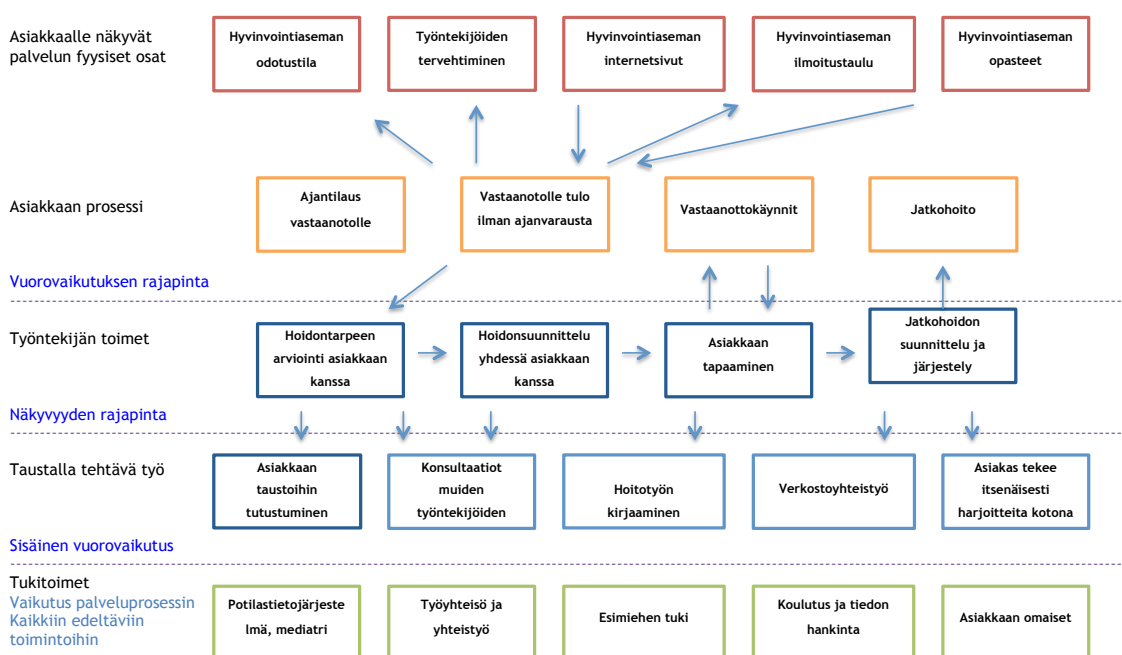
Tukitoimia, jotka auttavat palveluprosessin onnistumisessa ovat potilastietojärjestelmä, joka mahdollistaa asiakkaiden tiedon kirjaamisen ja hoidon seurannan. Omaiset, työyhteisö, esi-

miehen tuki ja koulutus olivat myös tukitoimia, joiden avulla työskentely ja asiakkaan hoito mahdollistuvat.

Mielenkiintoinen huomio blueprintin klusteroinnissa oli se, että työntekijöiden sekä asiakkaiden näkemykset palveluprosessin kulusta olivat yhteneväiset. Asiakkaat hahmottivat hyvin taustalla tehtävän työn ja tukitoimintojen vaikutuksen heidän lopulliseen hoitoonsa. Kuviossa 8 (liite 5) on kuvattu esimerkki palvelupolku asiakkaalle, joka saapuu hyvinvointiasemalle ilman ajanvarausta.

#### Liite 5

Rantakylän hyvinvointiaseman palveluprosessi kaavio, esimerkki asiakkaan palvelupolku on kuvattu nuolilla



Kuvio 8: Rantakylän hyvinvointiaseman palveluprosessi (mukaillen innokylä)

## 7.6 Yhteenvedo tuloksista

Haastatteluista ja blueprin kaavioista voidaan nostaa tekijöitä, jotka haastateltavat toivat esille molemmissa tutkimusmenetelmissä. Asiakaslähtöisyyden ja moniammatillisen työskentelyn toteutumista Rantakylän hyvinvointiasemalla edistävät viihtyisät ja kodikkaat odotustilat, jotka vähentävät hyvinvointiaseman laitospaisuutta. Matalan kynnyksen palvelut auttavat asiakkaita tulemaan palveluihin oman hoitomotivaation ohjaamana. Kokonaisvaltaisesti tehty hoidontarpeen arviointi on pohja onnistuneelle asiakkaan palvelupolulle. Huolellisella hoidontarpeen arvioinnilla varmistetaan asiakkaan ohjautuminen juuri hänelle oikeisiin palveluihin.

Asiakas otetaan mukaan oman hoitonsa suunnitteluun ja toteutukseen alusta alkaen, jolloin palvelu lähtee liikkeelle asiakkaan tarpeista, ja hänen arkensa sekä ympäristönsä huomioidaan palveluiden suunnittelussa. Omaiset ja läheiset ovat mukana hoidossa asiakkaan toiveiden mukaisesti. Verkostoyhteistyö, työyhteisö ja muiden työntekijöiden konsultaatiot ovat tärkeä osa hyvinvointiaseman palveluprosessia. Esimiehen ja johdon tuki moniammatilliseen ja asiakaslähtöiseen työskentelyyn on toiminnan lähtökohta ja mahdollistaja.

## 8 Tulosten tarkastelua ja johtopäätökset

Tässä luvussa tarkastellaan tutkimustuloksia teoriaan ja aiempiin tutkimustuloksiin viitaten. Lisäksi käsitellään opinnäytetyön tuloksista nousseita kehittämissuhteita, luotettavuutta ja eettisyyttä sekä arvioidaan opinnäytetyöprosessin onnistumista.

### 8.1 Tulosten tarkastelu ja kehittämissuhteet

Mielenterveys- ja päihdetyöstä yleisenä aiheena löytyy paljon aikaisempia tutkimuksia ja erilaisia hankkeita. Tähän opinnäytetyöhön on haettu tutkimuksia, joissa on mielenterveys- ja päihdetyön lisäksi mukana asiakaslähtöisyyden ja palveluprosessien kehittämisen näkökulma sekä moniammatillisuus.

Rantakylän hyvinvointiaseman integroidut sosiaali- ja terveyspalvelut vahvistavat asiakaslähtöistä työskentelyä. Moniammatillinen työskentely näyttää lisäävän asiakkaiden osallisuutta, koska työntekijät voivat kertoa asiakkaalle paremmin erilaisista hoitovaihtoehdoista. Asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä tehdyn väitöskirjan tuloksien mukaan asiakkaiden osallisuutta pystytään lisäämään asiakaslähtöisillä rakenteilla ja toiminnalla. Asiakkaiden osallisuus toteutui esimerkiksi osallistumalla hoitoon ja kuntoutukseen, palveluiden kehittämiseen ja järjestämiseen. (Laitila 2010.) Onnistuneella palveluohjauksella voidaan tukea asiakkaan osallisuutta ja asiantuntijuutta, edistää asiakkaiden hyvinvointia, synnyttää yhteistyöverkostoja, lisätä työn suunnitelmallisuutta sekä poistaa työn päällekkäisyyttä (Näkki & Sayed 2015, 43-57).

Opinnäytetyössä kehittämiskohteeksi nousi tietojärjestelmien yhdistäminen, jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietoja voisivat käyttää kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat työntekijät. Kaarina Tanttu nostaa väitöskirjassaan terveydenhuollon toiminnan kehittämisen haasteiksi mm. tiedonkulun hallinnan. Tantun mukaan aito asiakaslähtöisyys on sitä, että asiakas saa tarkoituksenmukaisen palvelukokonaisuuden, joka on suunniteltu moniammatillisesti. Tiedonkulun tulisi olla ajantasaista organisaatiosta tai yksiköstä riippumatta ja tiedon tulisi olla kaikkien palveluketjuun osallistuvien käytettävissä. (Tanttu 2007, 192-199.)

Opinnäytetyössä tärkeinä tekijöinä nousivat esiin vastuunkanto yhteisen asiakkaan kokonaisuudesta, toisten työntekijöiden työnkuvien tunteminen ja asiakkaan hoidon kokonaistavoitteen yhteinen tietämys. Yhteistyötä hyvinvointiasemalla oli eniten perusterveydenhuollon puolella eri toimijoiden kanssa, ja yhteistyön tekeminen erikoissairaanhoidon kanssa oli vähäisempää. Mikäli yhteistyötä erikoissairaanhoidon kanssa on mahdollisuus kehittää ja lisätä, sillä voi olla kustannustehokkuuden näkökulmasta positiivisia vaikutuksia. Toimiva palveluintegraatio edellyttää valmiutta yhteistyöhön yli toimialarajojen ja yhteiseen tavoitteeseen sitoutumista. Haasteita yhteistyön tekemisessä ja monitoimijuudessa ovat yhteistyön koordinoiminen, toimintakulttuurien muuttaminen tai yhteensovittaminen. Rajanylityksiä löytyy runsaasti saman tasoista palveluista (horisontaalisesti) mutta vähemmän eri tason palveluiden kesken (vertikaalisesti). (Koivisto, Pohjola, Lyytikäinen, Liukko & Luoto 2016, 21.) Päihde- ja mielenterveyspalveluiden integraatioon tarvitaan eri ammattikuntien välistä kommunikatiota, palveluiden joustavuutta ja arviointia sekä seurantaa, koska ei ole olemassa mallia, joka sopisi joka paikkaan (Darren ym. 2012, 292-298).

Työntekijät toivoivat moniammatillisen yhteistyön kehittämiseksi johtamisen selkeyttämistä sekä työnkuvien, vastuualueiden ja riittävien valtuuksien määrittelyä. Moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollossa hyödynnetään asiakkaan palvelutarpeenarvioinnissa, palveluohjauksessa, hoito- ja palvelusuunnitelman laadinnassa, seurannassa ja arvioinnissa. Moniammatillinen yhteistyö on palvelujen integraation kannalta oleellista ja edellyttää, että yhteistyöllä on toimintaa koordinoiva henkilö. (Koivisto ym. 2016, 14.)

Toimivalla ajanvarausjärjestelmällä ja hoitajien hyvällä työn organisoinnilla on suuri merkitys sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön onnistumiselle sekä kustannuksille. Työntekijöiden välisellä toimivalla tiedonkululla ja hoitajien päätöksenteko mahdollisuuksien laajentamisella on voitu vaikuttaa sekä työhyvinvointiin että potilaiden hoitoon pääsyyn. (Sinervo, Tynkkynen & Vehko 2016, 83-87.) Kokonaisvaltaisella hoidontarpeen arvioinnilla mielenterveys- ja päihdeasiakkaat pystytään ohjaamaan oikeaan hoitoon, jolla saavutetaan kustannustehokkuutta. Oikeaan hoitoon ohjautuminen voidaan varmistaa työntekijöiden työn organisoinnilla ja toisten työnkuvien tuntemisella.

Mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön tarvitaan laaja-alaista osaamista ja hoitotyön tulee olla kokonaisvaltaista. Työntekijän ihmiskäsitys, arvot, toimintaperiaatteet ja kohtaamisen taidot vaikuttavat siihen, kuinka asiakas tulee kohdatuksi. Hoitotyössä tehdään asiakkaan tilanteeseen liittyviä päätöksiä, jotka perustuvat hoitajan maailmankatsomukseen ja ihmisarvoon. (Holmberg 2016, 55.) Rantakylän hyvinvointiasemalla pidettiin tärkeänä psykiatrisen sairaanhoidon ja päihdetyöntekijän kanssa tehtävää yhteistyötä sekä mahdollisuutta konsultoida heitä tarvittaessa. Yhteistyö kaikkien ammattikuntien kanssa koettiin toimivaksi ja toisten



ammattitaitoa arvostettiin. Yhteistyötä voitaisiin lisätä toisten työntekijöiden paremmalla tuntemisella, yhteisillä koulutuksilla ja työn kehittämällä yhdessä.

Rantakylän hyvinvointiaseman asiakaslähtöisyyttä voidaan lisätä kehittämällä palveluja yhdessä, jolloin palveluprosessia ja sen osatekijöitä kehitetään yhdessä palvelujen käyttäjien ja tuottajien kanssa. Yhteiskehittäminen, co-creation ei toimi vain asiakkaan puolesta vaan yhdessä asiakkaan kanssa. Onnistuessaan yhteiskehittäminen stimuloi palveluntarjoajien oppimista, suuntaa kiinnostuksen kohti palvelunkäyttäjää ja vahvistaa palvelunkäyttäjien asemaa. (Støtad 2016, 185-186.) Jatkuvasti oppivalla ja kehittyvällä työyhteisöllä on mahdollisuus kasvattaa toiminnan tuottavuutta ja laadukkuutta.

Rantakylän hyvinvointiasemalla asiakaslähtöistä toimintaa voisi arvioida tasapainotetulla mittaristolla. Tavoitteet mitattaville näkökulmille valitaan yhdessä henkilöstön ja asiakkaiden kanssa, jolloin edistetään yhteiskehittämisen antamia mahdollisuuksia palveluiden laatuun ja asiakaslähtöisyyteen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden laatua ja niiden vaikuttavuutta asiakkaiden terveydentilaan, hyvinvointiin ja elämänlaatuun tulisi mitata säännöllisesti ja analyttisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa voidaan mitata Kaplanin ja Nortonin tasapainotetulla mittaristolla (BSC, Balanced Scorecard), jonka ideana on ollut laajentaa mittaamista taloudellisuuden mittaamisesta myös näkymättömien omaisuuseriin mittaamiseen. Näitä ovat yritystoiminnan kuvaaminen asiakkaiden, sisäisten prosessien sekä oppimisen ja kasvun näkökulmasta. Nämä täydentävät taloudellisia mittareita yrityksen strategiaa laadittaessa. (Kuusela 2004, 117.)

## 8.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön tutkimusaiheen valinta on eettinen kysymys, koska valinnalla osoitetaan mitä pidetään tärkeänä tutkia. Sosiaali- ja terveydenhuollon moniammatillinen työskentely ja asiakaslähtöisyys palveluiden tuottamisessa ovat tämän opinnäytetyön tekijälle tärkeitä asioita. Lisäksi aiheen tutkiminen on yhteiskunnallisesta näkökulmasta ajankohtainen ja tärkeä, koska yhteiskuntamme ei kestä nykyistä sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusrakennetta. Palveluiden tuottamisen menetelmien ja kokonaisprosessin kehittämällä voidaan saada kustannustehokkuutta sekä parantaa asiakkaiden elämänlaatua. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtaamisen tutkiminen on tärkeää, koska tähän asiakaskuntaan kohdistuu yhteiskunnassa negatiivinen stigma, ja asiakkaat saattavat kokea huonommuuden tunnetta sairautensa vuoksi. Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidosta aiheutuu yhteiskunnallisesti suuret välittömät ja välilliset kustannukset, esimerkiksi hoito kustannuksina ja menetettyinä työvuosina.

Mielenterveystyö on alue, jossa esiintyy runsaasti eettisiä ongelmia, johtuen mielenterveyden häiriöiden luonteesta ja vaikutuksista ihmisiin. Mielenterveyden häiriöt vaikuttavat usein ajat-

teluun ja kykyyn tehdä omaa terveyttä koskevia päätöksiä. Eettisten kysymysten pohdinta mielenterveytyössä on tärkeää, koska mielenterveyden häiriöt ovat yksi yleisimmistä kärsimystä ja toimintakyvyn alennusta aiheuttavista terveysongelmista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 264.) Eettisesti hyvää ja laadukasta työtä kehitetään asiakaslähtöisesti ja tarkastellaan eettisesti (Holmberg 2016, 62). Opinnäytetyön asiakashaastattelut on sovittu työntekijöiden kautta, joilla on ollut paras tietämys asiakkaiden elämäntilanteesta. Opinnäytetyön tekijällä ei ole missään vaiheessa ollut tietoa asiakkaiden sairaushistoriasta, vaan asiakkaat ovat itse kertoneet sen minkä ovat halunneet kertoa.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE on määritellyt eettisesti hyvän mielenterveytyksen periaatteet. Näissä periaatteissa mainitaan muun muassa, että ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen on kaiken hoidon perusta, tarvittavat mielenterveyspalvelut tulee saada nopeasti ja joustavasti, ja mielenterveytyö auttaa ihmisiä selviytymään arjessaan mahdollisimman itsenäisesti.

Haastatteluun osallistuvilta henkilöiltä pyydettiin suostumus haastatteluun osallistumiseen, ja heitä informoitiin haastattelusta etukäteen sekä kirjallisesti että vielä haastattelutilanteessa. Haastateltaville annettiin mahdollisuus kieltäytyä haastattelusta ja keskeyttää se halutessaan. Haastateltavat pystyivät kieltäytymään haastattelujen nauhoittamisesta ja yksi haastateltava kielsi nauhoittamisen. Haastateltavien anonymiteetti taataan siten, että heidän henkilötietojaan ei missään vaiheessa paljasteta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 367.)

Opinnäytetyön aineiston keräämisessä on noudatettu hoitotyön eettisissä ohjeissa korostettuja yksilöön, yhteiskuntaan ja toiminnan eettiseen kestävyYTEEN kohdistuvia periaatteita. Näitä periaatteita ovat asiakaslähtöisyys, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden, avoimen keskustelun ja asiakkaan tietoisuuden lisääminen. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2011, 54-55). Haastattelujen ja blueprint-kaavion täyttämisen avulla on pyritty lisäämään asiakkaiden ja henkilökunnan vaikutusmahdollisuuksia asiakaslähtöisen ja moniammatillisen työskentelyn kehittämiseen.

Henkilötietolaissa on määritelty vaitiolovelvollisuus, joka koskee kaikkia henkilöitä, jotka keräävät tutkimusaineistoonsa henkilötietoja. Erytistä huolellisuutta täytyy noudattaa arkaluonteisen tiedon käsittelyssä. Henkilötietolain mukaan arkaluonteista tietoa on tieto, joka kuvaa rotua tai etnistä alkuperää, henkilön yhteiskunnallista, uskonnollista tai poliittista vakaumusta, rikollista tekoa, rangaistusta, henkilön terveydentilaan ja hoitotoimenpiteitä, seksuaalista suuntautumista sekä sosiaalipalvelujen käyttöä. Haastattelujen avulla kerätyn aineiston osalta vaitiolovelvollisuus tarkoittaa sitä, että tutkittavista kerrota ulkopuolisille mitään tietoja. Vaitiolovelvollisuus sitoo tutkijaa myös tutkimuksen päättymisen jälkeen. (Kuula 2015, 91-93.)

Opinnäytetyössä noudatetaan vaitiolovelvollisuutta ja haastattelumateriaali tullaan hävittämään opinnäytetyön tarkastamisen ja hyväksymisen jälkeen. Haastateltavien henkilötietoja ei ole kerätty haastattelulomakkeisiin, vaan kvalitatiivinen aineisto anonymisoitiin muutamalla erisnimet peitenimiksi eli pseudonyymeiksi. Aineistosta poistettiin litterointi vaiheessa kaikki yksilöivä arkaluontoinen tieto, josta haastateltavat henkilöt olisi mahdollista tunnistaa. (Kuula 2015, 216-217.)

Opinnäytetyön aineiston keräämisessä on ollut hyötyä opinnäytetyön tekijän työkokemuksesta sosiaali- ja terveydenhuollossa sekä terveydenhuoltoalan koulutuksesta. Sairaanhoidajilla on oma sairaanhoidajien eettinen ohjeistus, jota on noudatettu opinnäytetyön teossa. Erilaisten ihmisten tasa-arvoinen, luonnollinen ja kunnioittava kohtaaminen sekä erilaisten mielipiteiden hyväksyminen ovat osa opinnäytetyön tekijän ammatillisuutta.

### 8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Aristoteles kehotti selvittämään mikä on toiminnan varsinainen tehtävä tai tarkoitus. Tämän jälkeen tulee arvioida millaisia kykyjä ja taitoja tarvitaan, että toiminta suoritetaan hyvin. Aristotele kutsui näitä toimintoja hyveiksi ja hän jakoi ne älyllisiin ja luonteen hyveisiin. (Karjalainen, Launis, Pelkonen & Pietarinen 2002, 59.) Opinnäytetyö tekemistä ovat ohjanneet opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Näiden saavuttamiseksi on perehdytty mielensterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitoon, asiakaslähtöisyyteen ja moniammatilliseen työskentelyyn liittyvään kirjallisuuteen sekä tutkimuksiin. Haastattelujen tekemisessä ja analysoinnissa on käytetty sekä älyllisiä että luonteen hyveitä. Haastattelulomakkeet ja analysointi on suoritettu valittujen menetelmien mukaisesti, ja haastattelutilanteessa on hyödynnetty ihmisläheistä ja hyväksyvää lähestymistapaa.

Opinnäytetyön luotettavuutta on lisätty käyttämällä menetelmätriangulaatiota, jonka avulla on pystytty välttämään henkilökohtaiset ennakkoluulot tutkittavasta aiheesta. Triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisten metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden ja teorioiden yhdistämistä. Triangulaatiossa tietoa kerätään usealta eri tiedonantajaryhmältä sekä useamman aineistonkeruu menetelmän käyttöä. Triangulaatiosta voidaan erottaa neljä päätyyppiä: tutkimusaineistoon, tutkijaan tai teoriaan liittyvä triangulaatio ja metodinen triangulaatio. Tässä opinnäytetyössä käytettiin tutkimusaineisto ja metodi triangulaatiota. Tutkimusaineisto on kerätty usealta eri tiedonantajaryhmältä eli asiakkaita ja työntekijöitä, ja sitä on kerätty haastatteleamalla sekä blueprint kaavion avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 143-145.) Tavoitteena triangulaation käytölle on ollut opinnäytetyön luotettavuuden lisääminen (Anttila 2007, 143).

Mikäli eri menetelmillä koostetut tiedot ovat yhteneväisiä, voidaan tutkimustuloksia pitää luotettavina. Päästyään tutkimuksessaan johonkin johtopäätökseen ja halutessaan varmistusta

tuloksien oikeellisuudesta, tutkija voi hakea vahvistusta eri tietolähteistä. Kirjallisuudesta löytyvä tieto ja esimerkiksi haastatteluin saadut vastaukset tulisi vahvistaa tutkijan tulkintaa tutkittavasta aiheesta. (Kananen 2015, 359.) Haastattelujen ja blueprintin tuloksista löytyi yhteneväisyyksiä palveluprosessin kulussa, joten siltä osin opinnäytetyön tuloksia voidaan pitää luotettavina. Lisäksi aikaisemmat tutkimukset aiheesta tukevat opinnäytetyön tuloksia.

Vähäinen haastatteluun osallistuneiden määrä vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen asiakkaiden osalta, koska haastatteluista ei voida tehdä yleistäviä tulkintoja. Haastatteluja tehdessä pohdittiin erilaisia keinoja, joilla asiakkaita olisi saanut haastatteluihin lisää, esimerkiksi järjestämällä työpajoja tai mahdollisuuksia osallistua haastatteluihin ilman erillistä ajanvarausta. Näistä ideoista luovuttiin, koska oletettiin asiakkaiden motivaation osallistua työpajoihin olevan pieni. Asiakkaiden ääni tuli kuitenkin kuuluviin ja ehdotuksena on, että aiheesta kannattaa tehdä jatkotutkimusta sen yhteiskunnallisen vaikuttavuuden sekä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden oikeanlaisen hoidon vuoksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisäävät uskottavuus eli opinnäytetyön tulokset on kuvattu siten, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat olleet sen rajoitukset ja vahvuudet. Opinnäytetyön tulokset ovat siirrettävissä ja hyödynnettävissä muuhun tutkimusympäristöön, jossa aloitetaan palveluintegraation tekeminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197-198.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä voidaan pitää tutkijan tekemiä valintoja, tekoja ja ratkaisuja. Tutkijan tulee kyetä perustelemaan, mistä valintojen joukosta valinnat on tehty, mitä ratkaisut ovat olleet ja miten hän on ratkaisuihin päätenyt. Lisäksi opinnäytetyöntekijä arvioi ratkaisujen tarkoituksenmukaisuutta tavoitteiden kannalta. Luotettavuuden arviointia on tehty koko opinnäytetyöprosessin ajan suhteessa teoriaan, analyysitapaan, tutkimusaineiston ryhmittelyyn, luokitteluun, tutkimiseen, tulkintaan, tuloksiin ja johtopäätöksiin. (Vilka 2015, 197.)

Kausaalisuus on yksi evaluaation peruskysymys, koska jos kausaalisuus nähdään ihmis- ja yhteiskuntatieteissä mahdottomana, katoaa mahdollisuus arviointiin. Evaluaatiotutkijat ajattelevat, että ainakin osa ihmisen toiminnasta ja ajattelusta on samanlaista, joka tekee siitä ennustettavan. (Julkunen, Lindqvist, Kainulainen 2005, 13.) Kausaalisuudella voidaan perustella, että laadullisen arviointitutkimuksen menetelmiä käyttämällä on opinnäytetyössä pystytty nostamaan esille yleistettäviä tuloksia, vaikka haastateltavien määrä ei ole ollut suuri.

Sisällönanalyysillä laadullisessa tutkimuksessa etsittiin asioille merkityssuhteita ja merkityskokonaisuuksia. Pelkistämällä aineistosta poistettiin kaikki tutkimusongelman kannalta epäoleellinen tieto, hävittämättä kuitenkaan mitään tärkeää informaatiota pois. Saatujen tulosten

perusteella pyrittiin ymmärtämään haastateltavien kuvaamia merkityskokonaisuuksia tutkitavasta aiheesta. (Vilkkä 2015, 163-164.)

#### 8.4 Opinnäytetyö prosessin arviointi

Opinnäytetyön aihe on ollut yhteiskunnallisesti ajankohtainen ja mielenkiintoinen. Työelämän yhteistyökumppani löytyi helposti ja Siun sote oli jo kehittänyt omia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita vastaamaan tulevaa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta. Tietoa asiakaslähtöisestä työskentelystä ja moniammatillisuudesta löytyi paljon. Palvelua käsitteenä on alettu käyttää sosiaali- ja terveydenhuollossa enemmän, johtuen ilmeisesti yksityisten palveluntuottajien tulosta markkinoille. Kohderyhmän vuoksi asiakkaita oli haastavaa saada haastatteluun, joten alkuperäistä suunnitelmaa haastateltavien määrästä jouduttiin muuttamaan. Lähtötilanteessa oli suunniteltu, että haastateltavia on viisi työntekijää ja viisi asiakasta. Toisaalta haastatteluihin ilmoittautui työntekijöitä suunniteltua enemmän, joten haastateltavien kokonaismäärä pysyi suunnitellussa kymmenessä. Haastatteluun osallistuvia haluttiin kannustaa heidän oman hyvinvointinsa kehittämiseen ja ylläpitämiseen, joten he saivat jumppakuminauhan kiitoksena osallistumisesta haastatteluihin.

Palveluprosessin kuvaaminen blueprint menetelmällä oli antoisa, joskin haastava menetelmä. Palveluprosessia täytyi aukaista täyttämisen yhteydessä käytännön tasolle ja poistua osittain blueprintissä käytettävistä käsitteistä. Yhdistelemällä useamman henkilön tekemät blueprint kaaviot, alkoi palveluprosessi hahmottua, ja samankaltaisuudet nousivat helposti esille. Olisi mielenkiintoista kokeilla blueprint kaavion hyödyntämistä siten, että asiakkailla on mahdollisuus esimerkiksi hyvinvointiaseman odotusaulassa täyttää sähköiseen järjestelmään oma palvelupolkunsa. Analysoimalla näitä polkuja voisi olla mahdollista löytää palvelussa olevat heikkoudet ja vahvuudet asiakkaiden näkökulmasta.

#### 8.5 Pohdinta

Päihteiden käytön puheeksiotto koetaan yleisesti vaikeaksi ja siihen tarvitaan ammatillista tukea. Puheeksioton toteutumiseksi, siitä tulee tehdä osa perustehtävää, resurssit täytyy olla riittävät ja työntekijöillä tulee olla ammatillinen suhtautuminen työskentelyyn. (Behm 2015.) Rantakylän hyvinvointiasemalla päihteiden käytön puheeksiotto on luonnollinen osa asiakkaiden kohtaamista, jolla voi olla suurta merkitystä asiakkaan varhaisessa hoitoon ohjautumisessa.

Rantakylän hyvinvointiasemalla on käytössä moniammatillinen työskentelymalli ja työntekijät ovat sitoutuneita siihen. Hyvinvointiasemalla on integraatioasiakkaille erillinen tiimi, johon

moniongelmaisten asiakkaiden asioita voidaan tuoda käsittelyyn. Päihde- ja mielenterveysasiakkaat tarvitsevat monialaista ja moniammatillista yhteistyötä, koska kyseiset ongelmat voivat kohdata missä iässä ja elämäntilanteessa vaan. Työskentelyä ohjaa asiakaslähtöisyys ja se näkyy asiakkaita arvostavana kohtaamisena. Asiakkaiden kokemukset kohtaamisesta ja mahdollisuudesta osallistua oman hoitonsa suunnitteluun olivat yhteneväiset työntekijöiden vastauksien kanssa.

Asiakasosallisuus edellyttää palveluja tuottavalta organisaatiolta valmiutta muuttaa palvelujen sujuvuutta palautteiden pohjalta. Asiakasosallisuus on subjektiivinen ja siihen vaikuttaa asiakkaan kokemus osallisuudesta. Tämä kokemuksen henkilökohtaisuus vaikeuttaa osallisuuden arvioimista ja mittaamista. (Leemann & Hämäläinen 2016, 586-592.) Asiakasosallisuutta ja asiakaslähtöisen työskentelyn toteutumista tulisi sen vaikeudesta huolimatta arvioida säännöllisesti. Säännöllisellä palveluiden arvioinnilla ja kehittämällä palveluita yhdessä asiakkaiden kanssa, olisi mahdollista saada toiminta vastaamaan entistä paremmin asiakkaiden todellisia tarpeita. Haastatellut asiakkaat kokivat osallistuvansa hoitoonsa sen alusta alkaen, ja heidän kohtaamisessa korostui kokonaisvaltaisuus sekä ihmisyyden kunnioittaminen. Rantakylän hyvinvointiaseman palveluiden asiakaslähtöisyyttä voidaan lisätä ja löytää uusia tapoja tuottaa palveluita, kun palveluita kehitetään yhdessä asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa.

Rantakylän hyvinvointiaseman henkilökunnan kokemuksia moniammatillisesta ja asiakaslähtöisestä työskentelystä kannattaa hyödyntää, mikäli mallia lähdetään viemään Siun soten alueella muihin terveysasemiin tai sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioihin. Moniammatillisen työskentelyn ja palveluiden integraation onnistumisen kannalta merkittäviä tekijöitä ovat työntekijöiden motivoituminen palveluintegraatioon, monialainen yhteistyö, työskentely fyysisesti samoissa tiloissa ja asiakkaita arvostava kohtaaminen. Asiakkaat kohdataan yhteisinä asiakkaina ja yhteistyön lähtökohtana toimii asiakkaan hoidontarve.

Holistisen näkemyksen aikaansaamiseksi tarvitaan kehittyneitä yhteistyötaitoja, joiden avulla eri näkökulmia tarjoava tieto kootaan systemaattisesti yhteen. Organisaatioihin tarvitaan yhteisöllistä osaamista, teknisiä välineitä ja foorumeita, joissa asiantuntijatieta voidaan yhdistää laadukkaamman ja asiakaslähtöisemmän tuloksen saamiseksi. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää yhteistyötaitoja, motivaatiota työn kehittämiseen, aikaa harjoitella yhteistyön tekemistä ja esimiesten tukea yhteistyön tekemiselle. Moniammatillinen työskentely edellyttää uusia ratkaisuja sekä hallinnossa että arjen työ tasolla. (Isoherranen ym. 2008, 47.)

Johtamisella ja esimiehen tuella on suuri merkitys palveluintegraation onnistumisessa. Visionäärinen johtaminen on palveluintegraation edellytys ja sen seurauksena kuntaorganisaatioiden toiminta- ja johtamiskulttuuri muuttuu entistä asiakaslähtöisemmäksi. Kannustava ja motivoiva johtamiskulttuuri vahvistaa innovatiivista ja asiakaslähtöistä toimintakulttuuria.

Johtamiskulttuurin kehittämiseen kannattaa panostaa palveluintegraation luomisen yhteydessä. Palveluintegraation seurauksena tulee uudelleenorganisointia ja organisaatioyksiköiden uudelleenjärjestelyjä, jolloin motivoivalla johtamisella on suuri merkitys innovaatiotoiminnan säilymisen kannalta. Palveluintegraatiota voidaan edistää organisaation ketteryttä lisäämällä, erityisen tärkeää on mahdollisuus kohdistaa uudelleen palveluorganisaation resursseja budjettivuoden aikana. (Virtanen, Smedberg, Nykänen & Stenvall 2017, 34-40.)

Siun sotessa on sen perustamisvaiheessa käytetty yhteiskehittämistä, jossa kuntalaiset ja työntekijät ovat olleet mukana kehittämässä toimintaa. Tällainen kehittämisen muoto on tulevaisuudessakin hyvä ja motivoiva tapa kehittää palveluita. Onnistuneella mielenterveys- ja päihdepalveluiden integraatiolla voidaan saavuttaa merkittäviä kustannussäästöjä ja parantaa asiakkaiden elämänlaatua. Palveluiden integraatio tulee tehdä ihmisten tarpeista käsin, jolloin palvelut voidaan tarvittaessa viedä asiakkaan lähiympäristöön myös haastavissa erityistilanteissa. Tällainen toiminta on asiakaslähtöistä ja taloudellisesti kestävämpää palvelujärjestelmälle. (Markkanen & Puro 2011, 12.)

Palveluintegraatiolla on suuri merkitys kotiin vietävissä palveluissa, varsinkin ikäihmisten kohdalla. Julkisen, kolmannen ja yksityisen sektorin välinen yhteistyö palvelujen tuottamisessa on kuitenkin vielä vähäistä, joka osaltaan hidastaa uusien innovaatioiden syntymistä. (Virtanen ym. 2017, 34-35.) Palveluintegraatiossa asiakkaan palveluiden tuottamisen lähtökohdaksi tulisi olla asiakkaan palvelutarve, ei mahdolliset rajapinnat palveluiden välillä. Päihde- ja mielenterveyspalveluita tulisi tuottaa asiakkaiden luonnolliseen ympäristöön eli kotiin yhteistyössä julkisen, kolmannen ja yksityisen sektorin kanssa. Tällainen rajapinnat ylittävä yhteistyö nopeuttaisi asiakkaiden hoitoon pääsyä ja kuntoutumista.

Rantakylän hyvinvointiasemalla palveluintegraatiossa päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kohdalla oli onnistuttu hyvin, koska toiminta oli asiakaslähtöistä ja toisten työntekijöiden ammattitaitoa osattiin hyödyntää. Työntekijät olivat omaksuneet moniammatillisen työskentelytavan, ja organisaatiossa oli muodostettu erillisiä rakenteita moniongelmaisten asiakkaiden asioiden hoitoon. Palveluintegraatiossa olisi voitu onnistua vielä paremmin, jos työntekijät tuntisivat toistensa työnkuvat paremmin ja heillä olisi yhteisiä kehittämis- ja koulutustilaisuuksia. Lisäksi systemaattisella johtamisen organisoinnilla ja esimiesten motivoivalla johtamisella arjen työssä olisi voitu saada enemmän innovaatioita esille työntekijöiden joukosta.

## Lähteet

- Aalto, M., Alho, H., Kiianmaa, K. & Lindroos, L. (toim.) 2015. Alkoholiriippuvuus. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Juvanes Print.
- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J. & Wahlbeck, K. 2011. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11:52, 1-6.
- Behm, M-M. 2015. Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottolanteissa päivystysvastaanotoilla. Eettisten periaatteiden toteutuminen. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Darren, U., Schaper, Alvarez, E.L., Reilly, C., Dawar, M., Field, R., Antonini, V., Oeser, B., Crèvecoeur-MacPhail, D. & Rawson, R. 2012. Perceptions of Mental Health and Substance Use Disorder Services Integration Among the Workforce in Primary Care Settings. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44 (4), 292-298.
- Field, A. & Morse, J.M. 2010. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Gerdt, B. & Korkiakoski, K. 2016. Ylivoimainen asiakaskokemus. Työkalupakki. Liettua: BALTO print.
- Grönroos, C. 2015. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. 5.painos. Vantaa. Hansaprint.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2014. Mieli ja terveys. 4., uudistettu painos. Porvoo: Bookwell.
- Hietaharju, P. & Nuuttila, M. 2016. Käytännön mielenterveystyö. 4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Porvoo: Bookwell.
- Holmberg, J. 2016. Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä. Keuruu: Otavan Kirjapaino.
- Hyysalo, S. 2006. Käyttäjätieto ja käyttäjätutkimuksen menetelmät. Helsinki: Edita Prima.
- Hämäläinen-Puhakka, K. 2016. Haastattelu 1.12.2016.
- Isoherranen, K., Rekola, L. & Nurminen, R. 2008. Enemmän yhdessä-moniammatillinen yhteistyö. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Julkunen, I., Lindqvist, T. & Kainulainen, S. (toim.) 2005. Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. Stakes julkaisut.
- Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2011. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. 1.-2. Painos. Jyväskylä: Bookwell.
- Jääskeläinen, M., Virtanen, S. & Räikkönen, O. 2016. Päihdetilastollinen vuosikirja 2016. Alkoholit ja huumeet. THL: Juvanes Print-Suomen Yliopistopaino.
- Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Helsinki: Nord Print.
- Kananen, J. 2015. Opinnäytetyön kirjoittajan opas. Tampere: Suomen Yliopistopaino.



- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro.
- Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J.(toim.) 2002. Tutkijan eettiset valinnat. Tampere: Tammer-Paino.
- Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi. Johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Helsinki: Valopaino.
- Kuula, A. 2015. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.
- Kuusela, P. 2004. Sosiaalisen mailman tasot ja toimijat. Esseitä sosiaalitieteiden ja arviointitutkimuksen metodologiasta. Kuopio: Unipress.
- Kärkkäinen, J. 2016. Sote-uudistus-mahdollisuus mielenterveys- ja päihdepalveluille. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 17.
- Leemann, L. & Hämäläinen, M-R. 2016. Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka 81, 586-592.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. Etiikka hoitotyössä. 5.-7. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Lundström, I. 2011. Kuntien palveluhankintojen murros. Helsinki: Kuntatalon paino.
- Markkanen, O & Puro, M. 2011. Integraatio ratkaisuna sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistarpeisiin. Selvityshenkilöiden raportti Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvityshankkeelle. Jyväskylä: Sovatek.
- Miettinen, S. (toim.). 2011. Palvelumuotoilu-uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Tammerprint.
- Näkki, P. & Sayed, T. (toim.) 2015. Asiakastyön menetelmiä sosiaalialalla. Keuruu: Otavan kirjapaino.
- Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2015. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro.
- Ora-Hyytiäinen, E. (toim.) 2009. Learning by developing-toimintamalli ja arvioinnin haasteet. Helsinki: Edita Prima.
- Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. Päihdehoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro.
- Pyykkönen, A. & Partanen H. (toim.) 2016. Kuulethan sie minnuu-kokemuksia Siun sotesta ja osallisuudesta suurten muutosten ytimessä. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Rantanen, S., Pesonen, P., Kukkonen, T., Junnola, J., Niskanen, J. & Selola, J. 2017. Sote-palveluita asiakas keskiössä, katsaus. Digia.
- Sinervo, T., Tynkkynen, L-K. & Vehko, T. (toim.) 2016. Mitä kuuluu perusterveydenhuolto? Valinnanvapaus ja integraatio palveluiden kehittämisen polttopisteessä. Helsinki: Juvenes Print-Suomen Yliopistopaino
- Soininen, T. 2011. Yhteistyö ja julkinen palveluntuotanto. Muutoksen mekanismien käsitteellistäminen. Licensiaattityö. Itä-Suomen yliopisto.

Støstad, J-E. 2016. Parempaa palvelua! Terveydenhuollon, hoivan ja koulutuksen tulevaisuus. Keuruu: Otavan Kirjapaino.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 11., uudistettu laitos. Vantaa: Hansaprint.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Etene-julkaisuja. 2009. Mielenterveysetiikka- sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Helsinki: Yliopistopaino.

Vasantola, S. 2017. Mari ja Kaisa kävivät vuosia hoidoissa, jotka eivät auttaneet mielenterveysasioissa mättää viisi asiaa, ja näin ongelmat voitaisiin korjata. Helsingin Sanomat. Viitattu 10.9.2017.

Vilkkä, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4., uudistettu painos. Juva:Bookwell.

Virtanen, P., Smedberg, J., Nykänen, P. & Stenvall, J. 2017. Palvelu- ja asiakastietojärjestelmien integraation vaikutukset sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2/2017. Valtioneuvoston kanslia 10.1.2017.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 28/2011. Helsinki: Tekes.

Vuorilehto, M., Larri, T., Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Helsinki: Edita Prima.

## Sähköiset lähteet

Eu:n korkean tason konferenssi. 2008. Mielen terveyttä ja hyvinvointia koskeva eurooppalainen sopimus. Luettu 7.1.2017.

[https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental\\_health/docs/mhpact\\_fi.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/mental_health/docs/mhpact_fi.pdf)

Innokylä.fi. Service blueprint. Luettu 11.10.2017. <https://www.innokyla.fi/web/malli111516>

Joensuu.fi. Luettu 18.11.2016. <http://www.joensuu.fi/rantakylan-terveysasema>

Koivisto, J., Pohjola, P., Lyytikäinen, M., Luikko, E. & Luoto, E. 2016. Ratkaisuja palveluiden yhteensovittamiseen. Innokylän innovaatiokatsaus. Työpöytä 32/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-769-5>

Kärkkäinen, J. 2016. Sote-uudistus-mahdollisuus mielen terveys- ja päihdepalveluille. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 21.12.2016.

[http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo13284&p\\_haku=mielen%20ja%20paihdeydytys](http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo13284&p_haku=mielen%20ja%20paihdeydytys)

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielen terveys- ja päihdeydytyksessä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

[http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan\\_osallisuus\\_mielen\\_terveys-ja\\_paihdeydytyksessa\\_Fenomenografinen\\_lahestymistapa.pdf](http://www.epshp.fi/files/5610/Asiakkaan_osallisuus_mielen_terveys-ja_paihdeydytyksessa_Fenomenografinen_lahestymistapa.pdf)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Luettu 19.12.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Mielen terveyslaki 1116/1990. Luettu 19.12.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

Perustuslaki 11.6.1999/731. Luettu 28.12.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731#L2P19>

Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry. Luettu 21.11.2016.

<http://www.pksotu.fi/matalankynnyksenhyvinvointiasema/>

Päihdehuoltolaki 41/1986. Luettu 19.12.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860041>

Siun sote. 2016. Luettu 21.11.2016.

<http://www.siunsote.fi/etusivu/siun-sote/mika-siun-sote/>

Siun soten strategia 2017-2018. Luettu 19.12.2016.

[http://www.siunsote.fi/files/2016/01/siunsote\\_strategia2017-2018.pdf](http://www.siunsote.fi/files/2016/01/siunsote_strategia2017-2018.pdf)

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Luettu 28.12.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>

Sote- ja maakuntaudistus. Luettu 22.11.2016. <http://alueuudistus.fi/etusivu>

Suomen sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Luettu 21.12.2016.

<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Tanttu K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto.

[http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-187-1.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-187-1.pdf)

Terveystieteiden lakia 30.12.2010/1326. Luettu 28.12.2016.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P27>

THL. 2010. THL:n toimenpidesuunnitelma kansalliseen mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaan 2009-2015. Luettu 7.1.2017.  
[https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Mieli2009\\_toimeenpanosuunnitelmaTHL.pdf/71050045-6e1c-4499-ac4d-52f0f2cf4ce4](https://www.thl.fi/documents/974282/1449788/Mieli2009_toimeenpanosuunnitelmaTHL.pdf/71050045-6e1c-4499-ac4d-52f0f2cf4ce4)

WHO.2010. Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Luettu 7.1.2017.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44395/1/9789241599931\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44395/1/9789241599931_eng.pdf?ua=1&ua=1)

WHO. 2013. Mental health action plan 2013-2020. Luettu 6.12.2016.  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/)

## Kuviot

Kuvio 1: Opinnäytetyön eteneminen .....	7
Kuvio 2: Terveys- ja sairaanhoitopalvelujen toimialue (Siun sote 2016) .....	11
Kuvio 3: Asiakslähtöisyyden rakennuspuut (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 19) .....	13
Kuvio 4: Moniammatillisen yhteistyön näkökulmia (Isoherranen, Rekola & Nurminen 2008, 35) .....	17
Kuvio 5: Tutkimuksen hermeneuttinen kehä (mukaillen Vilkka 2015, 179-181) .....	19
Kuvio 6: Esimerkki service blueprint-prosessikaaviosta (Innokylä) .....	22
Kuvio 7: Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109) ...	25
Kuvio 8: Rantakylän hyvinvointiaseman palveluprosessi (mukaillen innokylä).....	30

## Taulukot

Taulukko 1: Esimerkki aineiston redusoinnista eli pelkistämisestä (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2013) .....	24
Taulukko 2: Esimerkki aineiston klusteroinnista eli ryhmittelystä (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2013) .....	25
Taulukko 3: Esimerkki aineiston abstrahoinnista eli käsitteellistämisestä (mukaillen Tuomi & Sarajärvi 2013).....	25

Liitteet

Liite 1: Lähetekirje.....	48
Liite 2: Haastattelulomake asiakkaille .....	49
Liite 3: Haastattelulomake työntekijöille .....	50
Liite 4: Blueprint täytettävä malli .....	51
Liite 5: Rantakylän hyvinvointiaseman palveluprosessi .....	52
Liite 6: Opinnäytetyöprosessi käytännössä (mukaihen Vilka 2015, 57) .....	53

## Liite 1: Lähetekirje



Lähetekirjelmä

1

3.3.2017

## Tietoa haastatteluun tulevalle

Hei

Opiskelen Laurean Leppävaaran yksikössä sosiaalisen kuntoutuksen ja terveyden edistämisen johtamisen ja kehittämisen linjalla YAMK-tutkintoa. Osana opintojani teen opinnäytetyön Siun sotelle, Rantakylän hyvinvointiasemalle. Tutkin opinnäytetyössäni kuinka Rantakylän hyvinvointiaseman yhteinen asiakas -toimintamalli toimii ja näkyy käytännön työssä, mitkä ovat toimintamallin hyvät puolet ja mahdolliset kehittämiskohteet.

Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössäni käytän työntekijä- ja asiakashaastattelua ja palvelun prosessikaaviota, joka täytetään haastattelun yhteydessä.

Haastatteluaineisto käsitellään nimettömänä ja täysin luottamuksellisesti. Myös tutkimuksen tuloksia tarkastellaan niin, ettei kenenkään henkilöllisyys tule missään vaiheessa ilmi. Haastattelumateriaali säilytetään tutkijan hallussa ja hävitetään sen jälkeen kun opinnäytetyö on hyväksytty. Tulokset julkaistaan opinnäytetyössäni, mikä on julkaisun jälkeen luettavissa Internetistä ammattikorkeakoulujen Theseus-julkaisutietokannassa. Siun sote saa opinnäytetyöstäni oman kappaleen.

Haastattelun kesto on noin yksi tunti ja sinulla on oikeus keskeyttää haastattelu halutessasi. Päätät itse mitä haluat kertoa haastattelun aikana ja haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Jos sinulla on kysyttävää haastatteluun liittyen, voit ottaa minuun yhteyttä alla olevilla yhteystiedoilla puhelimitse tai sähköpostilla.

Avustasi ystävällisesti kiittäen,

Päivi Puhakka



Liite 2: Haastattelulomake asiakkaille

1. Kuvaile mitä tapahtui kun tulit hyvinvointiasemalle?
2. Millä tavoin sinua ohjeistettiin hyvinvointiasemalla?
3. Millaiset asiat jäivät erityisesti mieleen asioidessasi hyvinvointiasemalla?
4. Kuvaile mitä tapahtui kun lähdit hyvinvointiasemalta?
5. Tiedätkö kuka hoitaa sinun asioita?
6. Millä tavoin sinun vointiasi kartoitettiin?
7. Millaisia toiveita sinulla olisi toimintaan?

Liite 3: Haastattelulomake työntekijöille

1. Mitä yhteinen asiakas tarkoittaa sinulle ?
2. Millainen toimintamalli teillä on mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen?
3. Kuvaile mitä teet kun kohtaat mielenterveys- tai päihdeasiakkaan työssäsi?
4. Millä tavoin toimit jos tarvitset apua työssäsi?
5. Millä tavoin seuraat mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asiakkuusprosessin kulkua?
6. Kuinka asiakaslähtöisyys näkyy työssäsi?
7. Kuinka kehittäisit asiakasprosessia?

## Liite 4: Blueprint täytettävä malli

## Liite 4

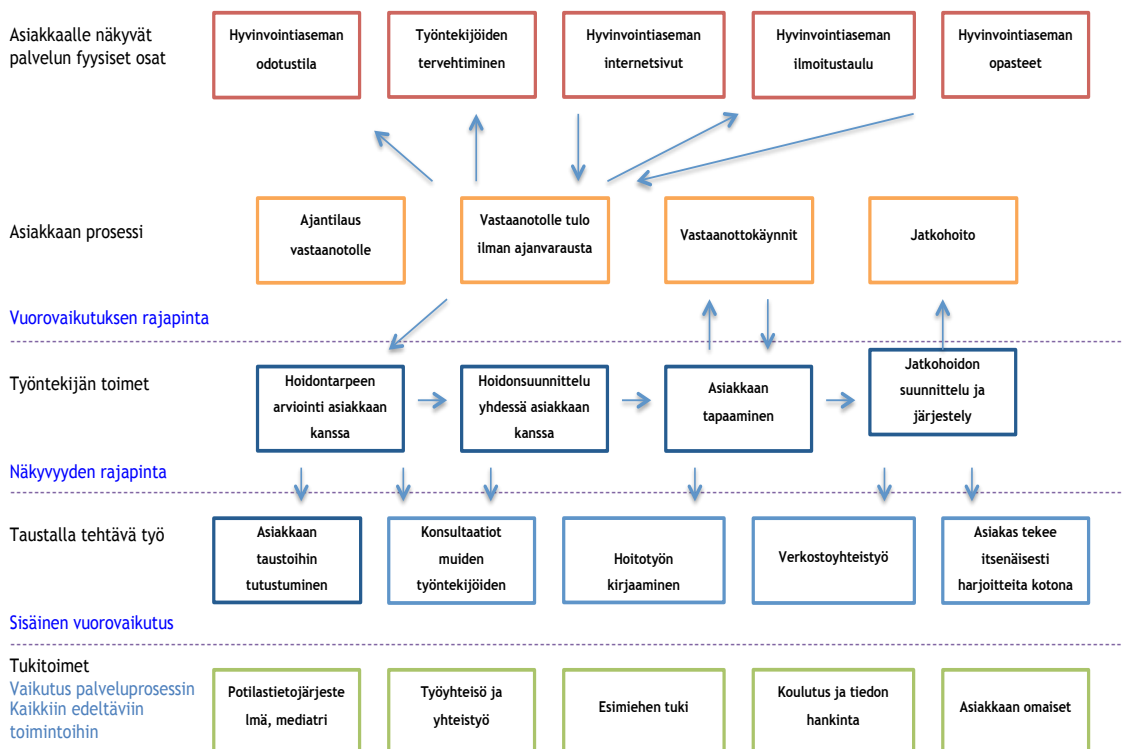
Haastattelujen yhteydessä täytettävä blueprint kaavio

Asiakkaalle näkyvät palvelun fyysiset osat	Esim. sisään tuloaula		
Asiakkaan prosessi	Esim. tulee vastaanotolle		
Vuorovaikutuksen rajapinta			
Työntekijän toimet (kuka työntekijä?)	Esim. mitä ja kuka tekee		
Näkyvyyden rajapinta			
Taustalla tehtävä työ (kuka tekee?)	Esim. sisäinen konsultaatio		
Sisäinen vuorovaikutus			
Tukitoimet (mitä ovat?)	Esim. laskutus		

## Liite 5: Rantakylän hyvinvointiaseman palveluprosessi

### Liite 5

Rantakylän hyvinvointiaseman palveluprosessi kaavio, esimerkki asiakkaan palvelupolku on kuvattu nuolilla



Liite 6: Opinnäytetyöprosessi käytännössä (mukaiillen Vilkka 2015, 57)

