

MONITOIMIJAINEN YHTEISTYÖ HAARTMANIN JA
MALMIN PÄIVYSTYSSAIRAALOIDEN PÄIHDE- JA
MIELENTERVEYSTYÖSSÄ – TYÖNTEKIJÖIDEN
KOKEMUKSIA SaTu-PROJEKTISTA

Tiina–Tuulikki Puumalainen
Opinnäytetyö, syksy 2017
Diakonia-ammattikorkeakoulu
Diak, Helsingin toimipiste
Sosiaali- ja terveysalan
koulutusohjelma
Päihteet ja syrjäytyminen
Sosionomi ylempi AMK

TIIVISTELMÄ

Puumalainen, Tiina-Tuulikki. MONITOIMIJAINEN YHTEISTYÖ HAARTMANIN JA MALMIN PÄIVYSTYSSAIRAALOIDEN PÄIHDE- JA MIELENTERVEYSTYÖSSÄ – TYÖNTEKIJÖIDEN KOKEMUKSIA SATU-PROJEKTISTA. Helsinki, syyskuu 2017, 92 s., 4 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, DIAK Helsinki, Sosiaali- ja terveysalan koulutusohjelma, päihteet ja syrjäytyminen, sosionomi ylempi AMK.

Laadullisen tutkimuksen aiheena on monitoimijainen yhteistyö Haartmanin ja Malmin päivystyssairaaloiden päihde- ja mielenterveystyössä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää millaisia kokemuksia päivystyssairaaloiden työntekijöillä on monitoimijaisesta yhteistyöstä päihde- ja mielenterveysalan järjestön (Tukikohta ry) SaTu-projektin kanssa sekä miten SaTu-projektia on toteutettu päivystyssairaaloissa. Lisäksi tutkimus selvittää millaisia kehittämistarpeita monitoimijaisessa yhteistyössä on.

Fenomenografisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä oli fokusryhmähaastattelut, jotka toteutettiin 4.5.–6.6.2017 välisenä aikana. Fokusryhmähaastatteluihin osallistui 16 asiantuntijaa. Aineiston analyysimenetelmänä oli teema-analyysi. Analyysin tuloksia voidaan hyödyntää kaupungin sairaalaorganisaation monitoimijaisen yhteistyön sekä SaTu-projektitoiminnan kehittämistyössä. Raporttia voidaan myös soveltaa ja suhteuttaa sosiaalialojen toimipisteisiin kuntien ja järjestöjen välisessä monitoimijaisen yhteistyön kehittämistoiminnassa.

SaTu-projektilla on ollut merkittävä osuus toimien tiennäyttäjänä ja polun raivaajana uudenlaisen työmallin kehittäjänä asiakaslähtöisessä päihdetyössä. Monitoimijaisen yhteistyön merkittävimmät kehittämisalueet liittyvät neljään avaintekijään: asiakkaan näkökulman vahvistamiseen, verkoston dialogin lisäämiseen, tiedottamiseen sekä monitoimijaiseen rajapintatyöskentelyn todentumiseen asiakkaan jatkohoidossa. Asiantuntijoiden käsitykset ja kokemukset monitoimijaisesta yhteistyöstä Satu-projektin kanssa olivat pääsääntöisesti erittäin myönteisiä. Esiin tulleet ristiriidat osoittivat informaatiokatkosten ja asenteiden merkityksen yhteistyössä. Analyysin mukaan näyttää siltä, että monitoimijainen yhteistyömalli ei ole päässyt etenemään kaikille toimijatasoille. Kehittämistyössä jokaisen toimijan työpanos on merkityksellinen. Tutkimuksen tärkein johtopäätös on monitoimijaisen yhteistyön edellytysten jatkokehittäminen sairaalan sisäisessä suunnittelu- ja kehittämistyössä, jotta päihde- ja mielenterveysasiakkaat saavat mahdollisuuden hyötyä päivystyssairaalan asiantuntijapalveluista oikea-aikaisella ja kokemuksellisesti myönteisellä tavalla.

Asiasanat: kansalaisjärjestöt, moniammatillisuus, päihdetyö, mielenterveystyö, päivystys, yhteistyö

ABSTRACT

Puimalainen, Tiina-Tuulikki. MULTI-AGENCY PARTNERSHIP AND COLLABORATION IN MALM AND HAARTMAN EMERGENCY HOSPITALS' SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH WORK – EXPERTS' EXPERIENCES OF THE SATU PROJECT. Helsinki, Autumn 2017. 92 pages, 4 appendices. Language: Finnish.

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

The topic of the present qualitative research is the multi-agency partnership and collaboration in substance abuse and mental health work at the Emergency Hospitals in Haartman and Malm in Helsinki, Finland. The aim of the study was to find out what kinds of experiences the experts have of multi-agency collaboration with the SaTu project of the substance abuse and mental health organization (Tukikohta ry) and how the SaTu project has been implemented in emergency hospitals. In addition, the study identifies the development needs of multi-agency partnership and collaboration. The phenomenographic research data collection method was focused on focus group interviews, which took place between 4th May and 6th June, 2017. The focus group interviews were attended by 16 experts. The analysis method of the material was a theme analysis. The results of the analysis can be utilized by the City Hospital in the organization of multi-agency partnership and collaboration and SaTu project activities. The report can also be applied and proportioned to the social sectors units in development activities between municipalities and organizations.

In the development of collaboration the SaTu project has played a significant role as a pioneer in the activities and as a trailblazer in developing new types of workplaces in customer-oriented substance abuse work. The most important development areas for multi-agency partnership and collaboration relate to four key factors: strengthening the client's perspective, increasing the network dialogue, communicating and verifying the multidisciplinary interface workflow in the client's continuing care. Experts' perceptions and experiences of multidisciplinary collaboration with the SaTu project were, as a rule, very positive, and the conflicts that emerged demonstrated the importance of information breaks and attitudes in collaboration. According to the analysis, it seems that the multi-agency partnership model of collaboration has not been able to progress to all levels of activity. In the development work, the input of each operator is significant. The main conclusion of the study is the further development of the conditions for multi-agency partnership and collaboration within the hospital's internal planning and development so that substance abuse and mental health clients will have the opportunity to benefit from the emergency hospital specialist services in a timely and experientially positive way.

Key words: non-governmental organizations, multi-agency partnership, substance abuse work, mental health work, emergency hospital, collaboration

SISÄLLYS

SISÄLLYS.....	4
1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	9
2.1 Malmin ja Haartmanin päivystyssairaalat tutkimuksen toimintaympäristönä	9
2.2 Aiemman tutkimustiedon kartoittaminen	9
2.3 Tutkimuskysymykset	11
2.4 Tutkimuksessa esiintyvät keskeiset käsitteet.....	11
3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	13
3.1 Havainnointi taustatiedon keruumenetelmänä.....	13
3.2 Fokusryhmähaastattelut aineistonkeruumenetelmänä	15
3.3 Teema-analyysi.....	20
3.4 Tutkimusprosessin eettisyys	23
4 MONITOIMIJAISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN PÄIVYSTYSSAIRAALOISSA	28
4.1 Joustavat yhteistyörakenteet	29
4.2 Resurssit ja koulutuksellinen näkökulma	30
4.3 Moniäänisyys rikastaa yhteistyötä	34
4.4 Työntekijän rohkeus ja valmiudet.....	36
4.5 Avoin tiedottaminen.....	37
4.6 Aikaa yhteistyölle	41
4.7 Yhteinen tavoite	41
4.8 Yhteenveto ja pohdintaa monitoimijaisen yhteistyön kehittämisestä.....	44
5 SaTu-PROJEKTI YHTEISTYÖKUMPPANINA PÄIVYSTYSSAIRAALOISSA	47
5.1 SaTu-projektin merkityksen näkökulmia	49
5.2 Oikea-aikaisen tuen kohdentuminen	53
5.3 Hoitotyöntekijöiden roolit ja vastuualueet	58
5.4 Yhteenveto ja pohdintaa SaTu-projektista.....	69
6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	71
6.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	71
6.2 Tulosten hyödynnettävyys.....	72
6.3 Tulosten merkitysten arviointi ammattiosaamisen näkökulmasta.....	73
6.4 Johtopäätökset ja ehdotukset jatkotutkimukselle	76

LÄHTEET	79
KUVIOT.....	86
TAULUKOT	87
LIITE 1: FOKUSRYHMÄHAASTATELUN RUNKO	88
LIITE 2 : KUTSU FOKUSRYHMÄHAASTATELUUN	89
LIITE 3: SUOSTUMUSLOMAKE	90
LIITE 4: TUTKIMUSLUPA.....	91

1 JOHDANTO

Tutkimuksen aiheena on monitoimijainen yhteistyö Helsingin päivystyssairaaloissa, joissa yhteistyökumppanina toimii kolmatta sektoria edustavan järjestön kehittämishanke. Tutkimusryhmälle kuuluvan SaTu-projektin tavoitteena on kehittää sairaalahoidon rinnalle päihde- ja mielenterveysasiakkaille suunnattua palveluohjaus- ja tukitoimintaa.

Tutkimusaihe on yhteiskunnallisesti ajankohtainen, niin sosiaali- ja terveysalaa koskevan Sote- uudistuksen, päihde- ja mielenterveyspalveluiden oikea-aikaisen tavoitettavuuden sekä sairaalapäivystysten ruuhkautumiseen liittyvien haasteiden vuoksi. Työelämälähtöisten palveluiden kehittämiseksi julkisen ja kolmannen sektorin väliseen monitoimijaisuuteen liittyvien käyttökokemusten tutkiminen ja suunnitelmallinen kehittäminen on ajankohtaista ja tarpeellista useassa muutoskohteessa sekä sektorirajojen sisällä, että rajapinnoissa.

Sairaalapäivystyksessä potilaan päihde- ja mielenterveysongelman hoito voi jäädä akuutin fyysisen problematiikan vuoksi huomiotta. Syitä tilannesidonnaisuudelle ja sattumanvaraiselle päihdetyön todentumiselle on useita. Päihteisiin liittyvän keskustelun ja palveluohjauksen toteutuminen voi riippua potilaan asenteesta, olemuksesta, työntekijästä tai tämän asenteesta, puutteellisesta viestinnästä ja tiedonkulusta organisaation ja kolmannen sektorin välillä, pelosta, uhasta, kiireestä, henkilöstön vaihtuvuudesta tai muusta. Lisäksi päihteiden käytön puheeksi ottamista on saatettu sairaalassa pitää haasteellisena, aikaa vievänä tai toiselle ammattiryhmälle kuuluvana työnä.

Oikea-aikaisen päihde- ja mielenterveystyön tulee alkaa siitä kohtaamisesta, kun päihteitä käyttävä tai psyykkisesti oireileva potilas hakeutuu terveydenhuollon yksikköön, minkä tahansa oireen, syyn tai sairauden vuoksi hoidettavaksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisten asiakkaiden hoidossa tarvitaan molempien alojen asiantuntijuutta, jonka vuoksi palvelujen tuottamisessa tulee huomioida verkostoituneiden ja sektorirajat ylittävien moniammatillisten

toimintatapojen käyttöönotto ja uusien työmuotojen kehittäminen (Isoherranen, Rekola, Nurminen 2008).

Organisaatio-rajoja rikkovien monitoimijaisen tiimien kokoaminen ja toimivan yhteistyön ylläpitäminen vaatii työntekijöiltä aikaa pysähtyä ja kohdata potilas. Tulevaisuudessa lisääntyvät työn vaatimukset edellyttävät työntekijöiltä enemmän valmiuksia. Tärkeimmät valmiudet ovat asiakkaan kohtaaminen ja hyvät vuorovaikutustaidot.

Tuleva Sote-uudistus ja maakuntamalli ratkaisu aiheuttaa epätietoisuutta työntekijöissä sekä asiakkaissa, kasaten entistä enemmän paineita päivystyksessä tehtävään työhön. Päivystyssairaaloissa tapahtuva päihdetyö ja palveluohjaus yhdistettynä kolmannen sektorin tukeen tukisi päihde- ja mielenterveyspotilaita suuntaamaan eteenpäin pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä.

Tämän fenomenografisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää päivystyssairaaloiden työntekijöiden kokemuksia monitoimijaisuudesta sekä kuvata millaisia ilmiöitä ja haasteita monitoimijaisuuteen liittyy. Fenomenografinen tutkimus on kiinnostunut ihmisten kokemusten tutkimisesta ja ilmiöistä (Niikko 2003, 24). Tutkimus kartoittaa SaTu-projektityön merkitystä päivystyssairaaloiden ja verkoston asiantuntijoiden näkökulmasta.

Tutkimusaihe on tullut Tukikohta ry:n SaTu-projektilta. Tukikohta ry on toiminnaltaan vakiintunut päihdealan järjestö. Tukikohta ry kehittää avohoidollisia päihdepalveluja, tarjoten tukea ja kohtaamista päihteitä käyttäville, kuntoutujille ja heidän läheisilleen. Järjestötoiminnan keskeinen tavoite on päihteitä käyttävien, kuntoutuvien ja heidän läheistensä palveluiden parantaminen. Järjestö pyrkii toiminnallaan vaikuttamaan yhteiskunnallisiin epäkohtiin esimerkiksi päihdepalvelujärjestelmässä ja muuttamaan vallitsevaa asenneilmapiiriä hoitomyönteisemmäksi päihteitä käyttäviä kohtaan. (Tukikohta ry:n vuosikirja 2015.)

SaTu-projektin työskentely keskittyy päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kohtaamisiin sairaalassa ja tämän jälkeen tapaamiset toteutuvat asiakaslähtöisten tarpeiden mukaisesti. Asiakkuus perustuu luottamukseen ja työskentelyyn ilman henkilötietoja tai aikaisempia terveystietoja. Luottamuksellisen suhteen kautta pyritään aktivoimaan asiakasta kohti oman elämänlaadun, toimintakyvyn ja itsenäisen elämän vahvistumista. Asiakasprosessi tähtää myös tarpeenmukaisten palveluiden saatavuuden varmistamiseen (Tukikohta Ry:n vuosikirja 2015, 14.) SaTu-projektin rahoittajana nelivuotiselle kaudelle (2014–2017) on Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus (STEA).

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Malmin ja Haartmanin päivystyssairaalat tutkimuksen toimintaympäristönä

Tutkimuksen toimintaympäristönä olivat Helsingin Malmin ja Haartmanin päivystyssairaalat. Yhdyshenkilönä tutkimuksessa toimi sairaaloiden johtava ylihoitaja. Tutkimuksen aikana tein yhteistyötä SaTu-projektin projektivastaavan, palveluohjaajan sekä Tukikohta ry:n projektikoordinaattorin kanssa. Mukana yhteistyössä oli kaupungin päihdekoordinaattori sekä muita asiantuntijoita kaupungin sosiaali- ja terveyspalveluista.

2.2 Aiemman tutkimustiedon kartoittaminen

Päihde- ja mielenterveyspalveluohjaukseen liittyvää monitoimijaista yhteistyötä sairaalaympäristössä ei ole systemaattisesti aiemmin toteutettu Suomessa. Lapin yliopistossa on tehty tutkimus, joka on kehittänyt kotiin jalkautuvan päihdetyön mallin ikääntyneille päihteiden käyttäjille. Työmallissa yhdistyy mm. palveluohjaus, moniammatillinen verkostotyö sekä yhteistyö läheisten ja kolmannen sektorin kanssa (Vesa, Orjasniemi & Skaffari 2017).

Moniammatillista yhteistyötä on tutkittu monissa eri yhteyksissä. Kaarina Isoherranen (2012) on väitöskirjassaan tutkinut monitoimijaisen yhteistyön rakentumista ja etsinyt edellytyksiä integroituneelle yhteistyölle. Haartmanin sairaalassa moniammatillisuutta on tutkittu ammattikorkeakoulun opinnäytetyön muodossa hoitotyön koulutusohjelmassa (2013).

Päihdehoitotyötä päivystyksessä on tutkinut Anu Nyman (2011) YAMK-opinnäytteen muodossa. Tutkimus oli osa Helsingin Terveyskeskuksen Terve Helsinki –hanketta. Tutkimuksen mukaan päihdehoitotyöhön vaikuttaa päivystyksen kiiretilanne sekä potilaan päihtymyksen aste. Minna-Maria Behm on

väitöskirjassaan (2015) tutkinut ihanteita ja arkea päihteiden käytön puheeksiotto tilanteissa päivystysvastaanotoilla. Tutkimuksessa luotiin toimintamalli eettiseen varhaisvaiheen päihdetyöhön päivystysvastaanotoilla. Keskeisiksi kehittämiskohteiksi tutkimuksessa nousivat puheeksi ottaminen, resurssit ja ammatillisuus.

Lokalt nytkande inom missbruksvården on rapporti pohjoismaisesta hyvinvointikeskuksesta, jonka mukaan piilossa olevat päihdeongelmat tulisi havaita paremmin sairaalassa (Von Wright, Stenius, Naess, Nesvåg, 2016). Havaitseminen vaatii oikea-aikaista keskustelua päihteiden käytöstä. Pohjoismainen tutkimus osoittaa, että vain viidesosa alkoholiin liittyvistä ongelmista havaitaan sosiaali- tai terveydenhuollossa. Stavangerin yliopistollisessa sairaalassa Norjassa toimii kaksi päihdehoitajaa, joilla on yksi ainoa tehtävä: ottaa puheeksi potilaiden riskialtis alkoholin ja huumeiden käyttö.

Päihdealan tutkimuksissa on tullut esiin viitteitä, että hyvätuloiset ovat hyväosaisempia ja saavat parempaa kohtelua myös potilaina. Tiedetään myös, että tuloksettomiin hoitosuhteisiin liittyy työntekijän pessimistinen suhtautuminen ja yhteistyöhalukkuuden eli kollaboraation (collaboration) puute sekä konfrontoiva eli välttelevä työtapa (Ehrling 2009, 145). Mitä enemmän terveydenhuollossa korostetaan yksilön vastuuta, sitä vahvemmin luodaan rakenteita, jotka lisäävät väestöryhmien välisiä terveyseroja. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 13).

Päihdepalveluissa monitoimijaisen yhteistyön kehittäminen on tärkeää toimivien ja saumattomien palveluiden takaamiseksi. Päihderiippuvaisen henkilön kyky vaatia tai vastaanottaa heille oikeutettuja palveluita, voi olla kovin rajallinen tai olematon. Toisaalta käyttäjän suhde päihteisiin, riippuvuuden tunnistamiseen ja päihteisiin liittyvään symboliseen merkitykseen vaihtelee riippuen käyttäjästä ja käyttäjäryhmästä. Symbolilla on sosiaalinen merkitys ja päihteen valinta kertoo kuulumisesta tiettyyn ryhmään tai erottautumisesta jostakin ryhmästä (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 66). Lähtökohtana olisi, että päihteiden käyttöön ja niihin liittyviin ongelmiin vastattaisiin kaikilla palvelujen tasoilla mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tarjoten aktiivisesti tietoa, tukea ja apua. (Isoherranen ym.

2008, 22). Tehokas päihteiden käytön ehkäisy ja toimivat päihdepalvelut vähentävät muiden palvelujen tarvetta (Haavisto 2017, 291).

2.3 Tutkimuskysymykset

Tutkimus on menetelmältään fenomenografinen. Fenomenografia juontuu sanoista "ilmiö" ja "kuvaaminen". Fenomenografia tutkii, miten samaa ilmiötä koskevat käsitykset vaihtelevat henkilöstä toiseen. Fenomenografisessa tutkimuksessa ei pyritä absoluuttiseen totuuteen eikä sen saavuttamisen uskota olevan mahdollistakaan. (Ahonen, Syrjälä, Syrjäläinen & Saari 1994, 114, 152).

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia käsityksiä ja kokemuksia sairaalan eri toimijoilla on monitoimijaisesta yhteistyöstä ja SaTu-projektista?
2. Kuinka SaTu-projektia on toteutettu sairaalassa?
3. Millaisia kehittämistarpeita on monitoimijaisen yhteistyön kehittämisessä?

2.4 Tutkimuksessa esiintyvät keskeiset käsitteet

Tutkimuksessa esiintyviä keskeisiä käsitteitä ovat monitoimijaisuus, yhteistyö, päihde- ja mielenterveystyö, asiakas, palveluohjaus, verkosto ja rajapinnat. Käytän tässä tutkimuksessa käsitettä asiantuntija kuvaamaan tutkimukseen osallistuneita hoitotyöntekijöitä sekä lääkäreitä ja muita potilaan kanssa toimivia henkilöitä. Potilas käsitteen tilalla käytän sanaa asiakas.

Tutkimuksessa esiintyvää määritelmää *monitoimijaisuus* tarkoitan kuvaamaan yli sektorirajojen tapahtuvaa *asiakslähtöistä moniammatillista yhteistyötä*. Moniammatillisessa yhteistyössä eri ammattiryhmien tieto ja taito yhdistyvät

kokonaisvaltaiseksi tiedoksi potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa. Moniammatillisuudessa korostuu eri ammattiryhmien sitoutuminen yhteistyöhön ja valmius työskentelyyn yli perinteisten organisaatorajojen siten, että potilas saa parhaan mahdollisen hoidon (Isoherranen 2004, 14 ; Payne 2000, 41). Monitoimijaisuus (multi agency partnerships) kuvaa asiakkaan sekä monen toimijan välistä yhteistyötä. Tutkimuksissa monitoimijaisuuden käsitteen ydin rakentuu dialogissa toimijoiden ja yhteistyökäytäntöjen mukanaan tuomien arvojen, tiedon, kielen ja valtarakenteiden ympärille (Satka ym. 2016, 232.)

Verkosto käsite kuvaa ihmisen ja organisaation välisiä suhteita konkreettisesti tai metaforana. Verkostoissa on kyse perheestä, lähisuhteista, sosiaalisista verkostoista, työyhteisöstä ja sosiaalisesta pääomasta. (Niiranen 2017, 131–132; Seikkula & Arnkil 2005, 9). Rajapintojen käsite kuvaa tilanteita ja vuorovaikutussuhteita, joissa eri toimijat kohtaavat toisensa. Rajapinnoissa on kyse, siitä millä tavoin eri toimijat toimivat suhteessa toisiinsa ja muodostavat vuorovaikutussuhteita keskenään (Virtanen & Stenvall 2014, 126–127.)

3 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

3.1 Havainnointi taustatiedon keruumenetelmänä

Tutkimustyö alkoi tutkimussuunnitelman kirjoittamisella ja tutkimusluvan hakuprosessilla. Aloitin taustatutkimustyön heti tutkimusluvan ollessa vireillä. Havainnoin SaTu-projektin työtä aidoissa toimintaympäristöissä. Jalkauduin yhdessä SaTu-projektin palveluohjaajan kanssa Malmin ja Haartmanin päivystyssairaaloiden osastoille yhden työpäivän aikana (klo 9–15). Havainnoinnin muodot voidaan jakaa neljään alueeseen: piilohavainnointiin, havainnointiin ilman osallistumista ja osallistavaan havainnointiin sekä osallistuvaan havainnointiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 81–82.) Toteutin tässä tutkimuksessa havainnointia ilman osallistumista, jossa toimin ulkopuolisena tiedonhankkijana. Havainnointi lisäsi ymmärrystäni SaTu-projektista, josta minulla ei ollut aiempaa tietoa.

Taustatiedon keruun kohteena oli SaTu-projektin työn tarkastelu monitoimijaisen yhteistyön näkökulmasta. Havainnointi tapahtui luonnollisessa kenttätilanteessa sairaaloiden osastoilla SaTu-projektin palveluohjaajan mukana kulkien arkipäivänä, klo 9–15. Havainnoinnissa huomioni keskittyi yhteistyöhön, monitoimijaisuuteen, asiakkuuksien aloitusvaiheisiin, tukea saaneiden asiakkaiden määriin, henkilökunnan ja lääkärin kohtaamisten määriin sekä puhelinkeskusteluihin lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan kanssa. Havainnointimatriisi (TAULUKKO 1) on tekemäni kooste muistikirjamerkinnoistä, joita tein havainnointipäivän aikana. Asiakkaan palveluohjauskeskusteluissa tai muissa asiakkaiden kohtaamisissa en ollut läsnä.

	Malmin sairaala	Haartmanin sairaala
SaTu- projektin palveluun ohjatut asiakkaat	3	1
SaTu-projektin palveluohjaajan käymät keskustelut lääkärin tai toisen asiantuntijan kanssa	11	3
SaTu-projektin palveluohjaajan ja asiantuntijan sopima potilastapaaminen osastolla	3	1
Palveluohjaukselle oli tarve, mutta palvelua ei voitu tarjota sairaalan määrittelemän tilannearvion mukaan	3	0
Puhelinkeskustelu asiakkaan kanssa	1	0
Puhelinkeskustelu monitoimijaisen verkoston kanssa	0	0
Asiakkuudet yhteensä	7	2

TAULUKKO 1. Kenttähavainnointimatriisi SaTu-projektin palveluohjaajan työpäivästä arkipäivänä klo 9-15

Taulukosta 1 ilmenee konkreettisesti kuinka monta asiakasta ohjautui SaTu-projektiin suoraan osastolle tultaessa. Suoraan ohjautuneiden asiakkaiden määrästä voi tehdä päätelmiä, että SaTu-projektille on tarve, joka on huomioitu osastoilla. Keskustelut ovat merkityksellisiä yhteistyön jatkumolle ja yhteisen tiedon jakamiseksi. Ennalta sovitut potilastapaamiset kertovat jaetun dialogin myötä asiakaslähtöisestä toiminnasta; asiakasta on kuultu ja hänelle on sovittu tapaaminen sairaalassa SaTu-projektityöntekijän kanssa. Kysymyksiä herätti asiakkaasta huolta herättävä tilanne, jonka mukaan keskustelulle voisi olla tarve, mutta asiakkaan tilanne on määritelty sellaiseksi, ettei tapaaminen ole suotuisaa siinä hetkessä. Näiden asiakkaiden tilanne ja ohjautuminen SaTu-projektiin jäi

hoitohenkilökunnan ratkaistavaksi myöhemmin. Monitoimijaisessa yhteistyössä puheluiden vähyys voidaan tulkita yhteistyön toimimisena, sillä projektin tiedetään jalkautuvan osastolle joka tapauksessa, toisaalta puheluiden vähyys voi kertoa osastolla vallitsevasta kiireestä tai muusta. SaTu-projektin palveluohjaajan kenttätöitä koskeva havainnointi laajensi ymmärrystäni järjestötyön ja SaTu- projektityön näkökulmasta. Sairaalan asiantuntijat eivät tienneet havainnoinnistani ennalta. Kerroin tutkimusaiheesta ja havainnoinnista kohtaamisten yhteydessä. Havainnointipäivä antoi itselleni oivan mahdollisuuden kertoa ja rekrytoida toimintaympäristössä tulevia fokusryhmähaastateltavia ja esittää alustavia kutsupyynnöitä fokusryhmähaastatteluun.

Taustahavainnoinnin tuotoksena havaitsin eroja asiakasmäärissä, jotka voivat selittyä eri tavoin. Havainnointi osui Haartmanin sairaalassa kiireiseen vuoronvaihtoaikaan (klo 12-15) ja Malmilla aamupäivään (9-11). Päivystyssairaalan asiakkaat ovat helsinkiläisiä, 16 vuotta täyttäneitä henkilöitä, jotka ohjautuvat sairaalaan oman terveystaseman ollessa kiinni tai tarvitessaan kiireellistä hoitoa (Pikaopas helsinkiläisen palveluihin 2016.)

3.2 Fokusryhmähaastattelut aineistonkeruumenetelmänä

Valitsin aineiston keruumenetelmäksi fokusryhmähaastattelut, koska tutkimuskohteena on kaksi isoa päivystyssairaala. Lisäksi ryhmäkeskustelu (focus group) on hedelmällisempi yhteisen tiedon ja merkitysten jakamisen kannalta, kuin esimerkiksi yksilöhaastattelu. Ryhmässä voi nousta esiin sellaisia mielipiteitä, joita yksilöhaastattelussa ei tulisi ilmaista (Isoherranen 2012, 87.) Toiseksi ryhmäkeskustelu voi antaa osallistujalleen uusia näkökulmia, oppimiskokemuksen sekä mahdollisuuden dialogin eli uuden yhteisen ymmärryksen saavuttamiseen (Isoherranen 2004, 25). Työstä nousevat kokemukset muuttuvat usein merkityksellisiksi sen mukaan, millaisia tunteita ne herättävät. Merkitykselliset kokemukset työssä ovat oppimiskokemuksia, mikäli niiden äärelle on mahdollisuus pysähtyä ja niitä reflektoida (Koski 2015, 193).

Alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitukseni oli kutsua koolle kaksi fokusryhmää, yksi kumpaankin sairaalaan. Käytännön järjestelyiden sopiminen ja aikataulut osoittautuivat erittäin haasteellisiksi ryhmien kokoamisen kannalta. Asiantuntijoiden alustava rekrytointi alkoi heti kun sain tutkimusluvan vireille. Rekrytoinnissa alkuun päästäkseni tapasin SaTu-projektin projektivastaavan, jonka avustuksella sain kerättyä tietoa osastoista ja asiantuntijoista, jotka ovat työskennelleet SaTu- projektin kanssa. Tein rekrytointia suoraan tiedossa olleelle kohderyhmälle tutkimuksen yhteyshenkilön avustuksella sekä Doodle-sovelluspalvelua ja sähköpostia käyttämällä. Doodle-sovelluksen avulla pyrkimys oli kartoittaa osallistujille sopivin ajankohta, mutta en tavoittanut sovelluksen kautta henkilöitä. Jatkoin rekrytointia sähköpostitse sekä puhelimitse. Sähköpostissa kerroin tutkimusaiheesta ja pyysin valitsemaan itselleen sopivimman fokusryhmähaastatteluaajan kahdesta eri vaihtoehdosta.

Lopullisen varmistuksen rekrytointiin ja haastatteluista sopimiseen tein tutkimusluvan saatuani. Toimitin osallistujille viikkoa ennen fokusryhmähaastatteluajankohtaa sähköpostiin kutsukirjeen (LIITE 2), sekä liitin mukaan tiedoksi sopimuksen tutkimukseen osallistumisesta (LIITE 3), jonka osallistuja allekirjoitti haastattelutilanteessa. Samassa lomakkeessa kysyin (LIITE 3) osallistujan suostumusta ammattinimikkeen julkaisusta tutkimuksessa. Kysyin lisäksi kiinnostusta mahdolliseen teemahaastatteluun, siltä varalta mikäli fokusryhmien tuottama aineisto jäisikin niukaksi.

Tutkimusaineisto koostuu neljästä fokusryhmähaastattelusta. Ensimmäinen fokusryhmähaastattelu toteutui suunnitellusti Tukikohta ry:n tiloissa. Fokusryhmä oli osallistujajoukon määrältään kattavin ja sisälsi asiantuntijoita molemmista sairaaloista. Toinen fokusryhmä peruuntui asiantuntijoiden sairastuttua ja ollessa estyneitä. Pyrkimyksenäni oli järjestää korvaava haastattelu aika Malmin päivystyssairaalaan, mutta oli mahdotonta löytää sopivaa yhteistä aikaa. Peruuntuneen ryhmähaastattelun korvaava toinen fokusryhmä toteutui Haartmanin päivystyssairaalassa, samoin kuin seuraavat kolmas ja neljäs fokusryhmähaastattelu. Tavoitteenani oli saada mukaan myös asiantuntijoita Malmilta. Ymmärsin, että liikkuminen työpäivän aikana toiseen sairaalaan ei ollut mielekästä eikä helppoa järjestää, joten tämä ei onnistunut. Kolmannen

fokusryhmähaastattelun tuloksena sain tiedon, jonka mukaan Haartmanin sairaalan yhdellä osastoilla olisi vielä mahdollisesti kiinnostuneita haastateltavia, joten järjestin neljännen fokusryhmähaastattelun Haartmanissa. Aineistokeruu toteutui aikavälillä 4.5.–6.6.2017.

Haastatteluajankohdat, haastattelupaikat, haastattelujen kestot sekä ryhmäkoot on luokiteltu taulukkoon 1. (TAULUKKO 2). Fokusryhmä on tyypillisesti kooltaan 5–10 henkilöä, mutta voi vaihdella (Krueger & Casey 2009, 6). Tässä tutkimuksessa pienin ryhmä oli kooltaan kaksi henkilöä ja suurimmassa oli seitsemän osallistujaa. Lyhin haastattelu-aika oli 60 min ja pisin 85 minuuttia. Fokusryhmien yhteenlaskettu aika oli 4 h 50 min (290 minuuttia).

Haastattelujen ryhmäkoko arvioidessani totesin ensimmäisen ryhmän olleen melko suuri käytössä olleeseen aikaan nähden, sillä aika loppui kesken, jonka vuoksi viimeiset teemat haastattelurungossa jäivät käsittelemättä ja lopetus saattoi olla liian hätäinen. Olisin voinut näin isossa ryhmässä toteuttaa fokusoinnin suoraan aiheeseen tehokkaammin. Toisaalta ensimmäinen fokusryhmä toi enemmän näkemysten vaihtelua ison asiantuntijajoukon myötä. Sain myös itselleni ensimmäisestä fokusryhmän järjestämisestä hyvän oppimiskokemuksen. Pienempien toteutuneiden fokusryhmien etuna oli runsaampi ajankäyttö keskustelijaa kohden, joka toi enemmän tilaa aiheeseen syventymiselle sekä dialogille. Olin järjestänyt Tukikohta ry:n avustuksella asiantuntijoille tilaisuuteen kahvitarjoilun ja pientä purtavaa.

AIKA	PAIKKA	KESTO	RYHMÄKOKO
4.5.2017	Tukikohta ry	85 min	7
4.5.2017	Tukikohta ry	0 min	0
30.5.2017	Haartmanin sairaala	60 min	3
30.5.2017	Haartmanin sairaala	85 min	2
6.6.2017	Haartmanin sairaala	60 min	4

TAULUKKO 2. Fokusryhmähaastattelujen haastattelu-aika-, paikka, kesto sekä ryhmäkoko

Fokusryhmien asiantuntijat valikoituivat SaTu-projektin yhteistyökumppaneista sairaaloissa. Tutkimukseen osallistujat olivat sellaisia, joilla oli jo kokemusta SaTu-projektin kanssa toimimisesta. Mukana oli myös SaTu-projektin ohjausryhmään kuuluvia henkilöitä. Laadukkaan otantajoukon varmistamiseksi pyrin saamaan tutkimusjoukkoon myös sellaisia satunnaisia asiantuntijoita, jotka eivät olleet SaTu-projektille välttämättä valmiiksi tuttuja, mutta omasivat tietoa SaTu-projektista ja heillä oli halu kehittää monitoimijaista yhteistyötä. Välitin tietoa tutkimukseen osallistumismahdollisuudesta sairaalaan johtavan ylihoitajan kautta sekä osastonhoitajien kautta. Asiantuntijoita kertyi molempien sairaaloiden kentiltä eri työntekijäryhmistä ylimpään johtoon, lisäksi mukana oli SaTu-projektin työntekijät. Pyrin saamaan mukaan toimijoita eri ammattikuntien edustajista. Huomioitava on, että kaikilla fokusryhmiin osallistuneilla ei ollut suoraa käytännön kokemusta SaTu-projektin kanssa yhteistyössä toimimisesta. Fokusryhmiin osallistui yhteenlaskettuna 16 henkilöä (n=16) (TAULUKKO 3).

ASiantuntijajoukko	LUKUMÄÄRÄ
Apulaisosastonhoitaja	1
Osastonhoitaja	1
Perushoitaja	1
Päihdesairaanhoitaja	1
Päihdehoidon koordinaattori	1
Päivystyksen johtajalääkäri	1
Päivystyksen johtava ylihoitaja	1
SaTu-projektin palveluohjaaja	1
SaTu-projektin projektivastaava	1
Sairaanhoitaja	1
Sosiaalityöntekijä, Haartmanin päivystys	1
Ylihoitaja, Haartmanin sairaala	1
Ylihoitaja, Malmin päivystys	1
Muut (eivät halua kertoa ammattinimikkeitään)	3
YHTEENSÄ	16 osallistujaa

TAULUKKO 3. Fokusryhmiin osallistuneet asiantuntijat (N = 16)

Fokusryhmissä toimii usein ulkopuolinen havainnoija ja keskustelut nauhoitetaan ääninauhalle (Stewart & Shamdasani & Rook 2006, 93). Informoin osallistujia ääninauhalle tallentamisesta yhtä tai kahta eri ääninauhuria käyttämällä, jotka olivat eri puolella tilaa. Minulla ei ollut mahdollisuutta järjestää ulkopuolista havainnoitsijaa, joten roolini fokusryhmähaastatteluissa oli siis toimia puheenjohtajana, haastattelijana ja havainnoitsijana. Fokusryhmien alussa esittelin itseni kertoen fokusryhmähaastattelun tarkoituksesta. Pyysin osallistujia aluksi käymään lyhyen esittelykierroksen, kertoen kuka on ja mihin ammattiryhmään kuuluu. Fokusryhmissä osallistujat eivät tyypillisesti tunne toisiaan (Krueger & Casey 2009, 6). Tiedossani ei ollut tunsivatko ja kuinka hyvin he tunsivat toisiaan entuudestaan.

Toimin fokusryhmissä puheenjohtajana ja tehtävään kuuluu ylläpitää keskustelua. Osallistujat olivat valmiita aktiiviseen keskusteluun kaikissa ryhmissä, joten käytännössä osallistuin kuunnellen. Tavoitteenani oli saada kaikki osallistumaan sekaantumatta kuitenkin itse keskusteluun. (Finch & Lewis 2003, 178.) Ryhmässä olijat antoivat tilaa toisilleen sekä aktiivisesti kuunnellen kommentoivat muiden mielipiteitä. Ryhmien aikana esitin lisäkysymyksiä itselleni epäselvissä kohdissa. Suunnittelin haastattelurungon siten, että kysymyksissä oli paljon tilaa avoimelle keskustelulle ja kokemusten jakamiselle. Kysymysten laadinnassa etenin siten, että pyrin fokusoimaan keskustelun alun yleisemmältä tasolta monitoimijaisuuden näkökulmista syntyvien yhteistyöstä konkreettisiin käytäntöihin ja SaTu-projektiin. Haastattelutilanteiden rakenteen pyrin säilyttämään siten, että esitin ääneen haastattelurungon kysymykset sitä mukaan kun keskustelussa edettiin. Haastattelurunko ja suostumuslomake oli jokaiselle osallistujalle valmiina tulostettuna (LIITTEET 1 & 3).

Puheenjohtajan tulee pyrkiä luomaan avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri haastattelutilanteessa (Stewart ym. 2007, 94). Oman arvioni mukaan onnistuin tässä tehtävässä hyvin. Mikäli minulla olisi ollut mahdollisuus havainnointiin tai ulkopuoliseen havainnoijaan olisin voinut keskittää huomiota myös tarkemmin osallistujien sanattomaan viestintään keskusteluissa. Ihmisillä on tapana yleensä osoittaa kehon kielellään, kuten nyökyttämällä tai päätänsä kääntämällä kertoen

mielipiteitään. Sanattomalla viestinnällä voidaan lisätä viestien painotusta ja voimakkuutta (Finch & Lewis 2003, 182). Kruegerin ja Caseyn mukaan on kuitenkin syytä olla varovainen kehonkielen tulkinnassa ja oletuksissa, koska niissä tulee tehtyä helposti virhetulkintoja. On mahdotonta tulkita esimerkiksi osallistujan kiemurtelun tai vaikkapa naurun perimmäistä tarkoitusta. Tutkija saa kehonkielestä enemmänkin vihjeen siitä, että henkilö haluaisi sanoa jotakin (2009, 127).

Fokusryhmähaastattelut kokonaisuutena toteutuivat paremmin kuin odotin, sillä alkuolettamukseni oli, että on erittäin vaikea saada yhtä fokusryhmähaastattelua toteutumaan. Fokusryhmän ylläpitoon liittyvässä ajankäytön hallinnassa epäonnistuin mielestäni hieman ensimmäisen ryhmän osalta, sillä aika loppui kesken, eikä aikaa jäänyt keskustelun lopettamiselle. Aikaa ei ollut keskustelulle riittävästi myöskään sen jälkeen, kun ääninauhuri sammutettiin, sillä heti perään alkoi toinen tapaaminen samassa tilassa. Huomiota on kiinnitettävä keskustelun loppuvaiheeseen ja antaa osallistujille mahdollisuus valmistautua keskustelun loppuun (Finch ja Lewis 2003, 179).

3.3 Teema-analyysi

Analysoin aineiston aineistolähtöistä teema-analyysiä käyttäen. Aineistonkeruuvaiheen jälkeen litteroin aineiston, jota kertyi yhteensä 83 sivua (Arial, fonttikoko 12). Keskimääräinen aineiston koko oli 20 sivua. Pienin aineisto oli sivumäärältään 16 sivua ja suurin 24. Litteroinnissa ei ollut mukana haastattelukysymyksiä eikä omia puheenvuorojani esittelyineen. Litteroinnin jälkeen palasin tarkastelemaan kriittisesti tutkimuskysymyksiä.

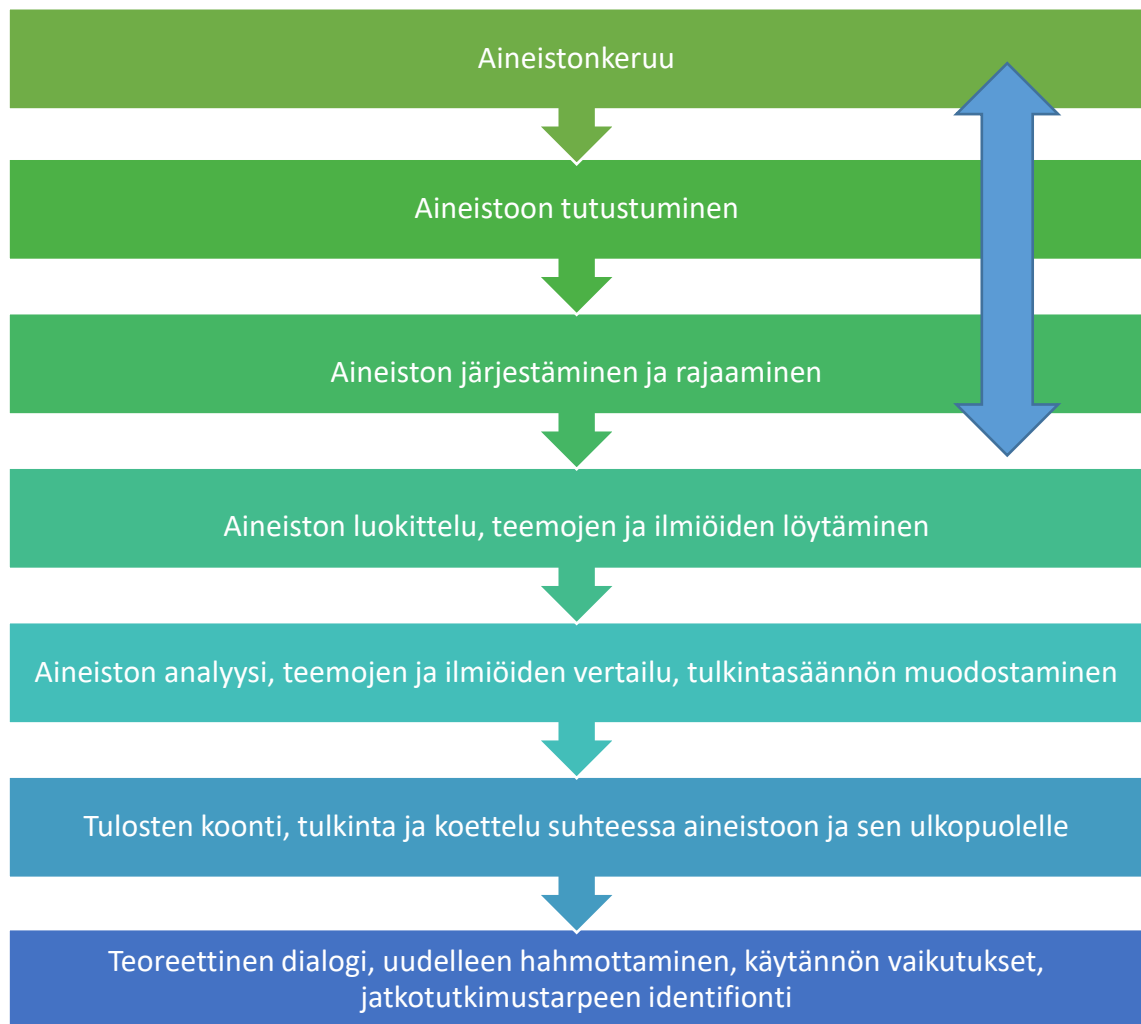
Tarkastelin aineistoa ensin yhden fokusryhmän aineisto kerrallaan, jonka jälkeen yhdistin aineistot yhdeksi isoksi kokonaisuudeksi. Yhtenä kokonaisuutena aineistomassan käsittely oli helpompaa, jotta sieltä oli mahdollista poimia yhdistäviä tekijöitä.

Analyysini vaiheet on esitelty mukailten (Ruusuvuori & Nikander & Hyvärinen 2010, 11–12) kuviossa 1 (KUVIO 1). Analyysin luokittelun lähtökohtana on havaintoyksikön valinta. Havaintoyksikkönä tässä tutkimuksessa on puheenvuoro. Puheenvuorojen sisällöt on purettu tarkentaviksi alakysymyksiksi. Esitin mielessäni kysymyksiä aineistolle: Miten työntekijät puhuvat monitoimijaisesta yhteistyöstä? Mitä monitoimijainen yhteistyö tarkoittaa? Mitä pitäisi kehittää yhteistyössä ja kenen näkökulmasta? Kenen tavoitteet ja päämäärät ovat kyseessä? Millaisia ovat työntekijöiden roolit monitoimijaisessa yhteistyössä? Millainen asenne välittyy työtä kohtaan työntekijän puheenvuorosta? Mikä vaikuttaa taustalla olevaan asenteeseen? Mitä SaTu-projektista tiedetään? Mikä on SaTu-projektin merkitys?

Koodasin aineiston tekemällä merkintöjä tulostamaani aineistoon. Alleviivasin eri värein aineiston sisältöä. Aineiston koodaamalla muistiinpanoista tuli sisäänkirjoitettuja ja ne jäsensivät aineistonkäsittelyä toimien tekstin kuvailun apuvälineenä ja jäsennyksen testausvälineenä. Näiden välineiden avulla minun oli mahdollista etsiä ja tarkistaa tekstin eri kohtia, eli ne toimivat osoitteena (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Jäsentely tapahtui seuraavien koodien mukaisesti, jotka poimin tekstin osina aineistosta.

S=	käsitys, näkemys tai mielipide SaTu-projektista
M=	monitoimijaiseen yhteistyöhön liittyvä puheenvuoro
A =	asenne työtä kohtaan
KE=	kehittämisehdotus tai kehittämishaasteinen näkökulma
R=	työroolit
M=	muu aihe

Jäsentelyvaiheessa luokittelin, yhdistelin ja muodostin tekstistä ryhmiä. Rajasin aineistoa jättäen ulkopuolelle muut aiheet, kuten keskustelut potilastyön sisältöihin ja diagnostiikkaan liittyen sekä potilaiden läheisiin liittyvät kysymykset.



KUVIO 1. Analyysin vaiheet (mukaillen Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010).

Muodostin pelkistetyt ryhmät tutkimuskysymyksiin vastaaviksi:

A= monitoimijainen yhteistyö

B= SaTu-projekti

C= kehittäminen

Ryhmittelyn jälkeen etsin aineistosta varsinaisia teemoja eli aiheita. Teemoittelulla tarkoitetaan koodatun aineiston järjestämistä laajemmiksi kokonaisuuksiksi aihepiirien mukaan (Tuomi & Sarajärvi 2009, 93). Teemoittelun tukena toimi monitoimijaiseen yhteistyöhön liittyvä teoreettinen tieto ja tutkimuskirjallisuus.

3.4 Tutkimusprosessin eettisyys

Ihmistieteisiin luettavien tutkimusalojen eettiset periaatteet ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyys sekä tietosuojat (Kuula 2011, 231; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Eettisten periaatteiden lisäksi tulee tutkimuksessa noudattaa opetus- ja kulttuuriministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Peruseriaatteita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimusprosessissa. Tutkimuksessa tulee noudattaa eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä ja avoimuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Hyvä tieteellinen käytäntö ja tutkimuseettiset periaatteet ovat tutkimuksen lähtökohdista. Ihmisarvon kunnioittamisen lisäksi eettisiin periaatteisiin kuuluu vahingon välttäminen, autonomian kunnioittaminen sekä oikeudenmukaisuus. Tutkimukselle on myönnetty tutkimuslupa (LIITE 4).

Tutkimuksen aihe on työelämälähtöinen. Monitoimijainen yhteistyö kiinnosti minua oman työni kautta palveluiden kehittämisessä. Tutkimusta edeltävien tutkimuseettisten kysymysten pohdinta auttoi tutkimussuunnitelman tekemisessä. Taustatiedon keruu edisti tutkimusprosessin jäsentämisen suunnittelua ja varsinaiseen aineistonkeruuseen valmistautumista. Eettinen pohdinta tutkimuksen alussa liittyi tutkimuksen toteuttamiseen ja fokusryhmän ryhmädynamiikkaan. Hyvä valmistautuminen auttoi tutkimuseettisten periaatteiden kunnioittamisessa tutkimusprosessin eri vaiheissa.

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua riittävään tietoon (Kuula 2011, 231). Informoin tutkimukseen osallistuvia kirjallisesti lähetetyssä kutsussa (LIITE 2) sekä suullisesti ennen tutkimustilaisuutta.

Tutkimuseettinen itsemääräämisoikeuteen liittyvä ongelmakysymys tässä tutkimuksessa perustui seurausetiikan näkökulmaan. Pohdin taustatiedon keruusta tiedottamista, sillä en tietoisesti tiedottanut sairaaloihin etukäteen

havainnoinnista. Tässä tutkimuksessa taustatiedon keruu ja havainnointi keskittyi SaTu-projektin toimintaan, jonka havainnointiin SaTu-projekti antoi suostumuksensa. Kyse ei siis ollut piilohavainnoinnista, sillä tutkimuksesta ja havainnoinnista kerrottiin avoimesti sairaaloissa paikan päällä. Periaatteellisella tasolla asiaa pohdittuani kuitenkin jonkun toiminnan tutkimus etukäteen ilmoittamatta voidaan tuomita velvollisuusetiikan näkökulmasta, sillä sairaalan näkökulmasta tutkittavat voivat kokea, että heidän itsemääräämisoikeuttaan ei ole kunnioitettu (Kuula 2011, 166). Taustahavainnointia tehdessäni tein rajauksen mielessäni, ettei taustatiedon keruuseen liittyvä havainnointini kohdentunut sairaalaan liittyviin yksityiskohtiin tai niistä syntyviin tulkintoihin. Havainnointiin liittyvä taustatutkimusaineistoni muodostui asiakkuutta ja yhteistyötä kuvaavaksi taulukoksi, joka konkreettisesti lisäsi omaa tutkimusaiheeseen perehtymistä.

Aineistonkeruvaiheessa haastavinta oli tietoisesti pyrkiä olla vaikuttamatta omilla kannanotoilla tai lisäkysymyksillä fokusryhmäkeskusteluiden sisältöihin. Osallistuin keskusteluihin vain silloin, kun mielestäni näytti siltä, että lisätieto oli tarpeen keskustelun tutkimuksellisen sisällön ja etenemisen kannalta. Haasteena oli myös tutkimusaineiston koko, joka muodostui suuremmaksi kuin olin ajatellut, koska vapaa-ehtoisia ilmoittautui mukaan aineistonkeruun loppuvaiheessa. Koin eettiseksi velvollisuudekseni järjestää kaikille vapaaehtoisille mahdollisuuden osallistua. Omasta näkökulmastani viimeinen haastattelu osoittautui aineiston kannalta tärkeäksi, sillä se tuotti uutta ja myös ristiriitaista aineistoa edellisiin fokusryhmiin verraten herättäen uusia kysymyksiä. Aineiston analyysivaiheessa pohdin, koodaanko aineistosta eriäviä keskusteluja, kohteita, selontekoja, asenteita tai vain esimerkiksi argumentatiivisia rakenteita. Pohdin olinko ymmärtänyt aineistosta nousseen ilmiön liittymisen yksilöön, työntekijöiden väliseen vuorovaikutukseen, ryhmään, yhteiskunnallisiin rakenteisiin tai eri sektoreihin ja toisaalta, kuinka merkittävä kyseisen aiheen tai ilmiön nosto on juuri tässä tutkimuksessa. Aineistosta irrottautuminen ja siihen taas palaaminen antoi varmuutta analyysiprosessin etenemiseen.

Laajan aineiston rajaaminen oli haasteellista. Rajasin asiakkaiden läheisiin liittyvän keskustelun aineistoanalyysin ulkopuolelle, sillä teema ei noussut esiin merkittävänä.

Fenomenografinen tutkimus pyrkii nostamaan mahdollisimman erilaisia ajattelutapoja arkiajattelusta ja tietystä ilmiöstä (Häkkinen 1996; Niikko 2003, 29). Pysin analyysissä jäsentämään monitoimijaisen yhteistyön ilmiötä asiantuntijoiden eri näkökulmista, vaikka lähtökohtana monitoimijaiselle yhteistyölle on juuri asiakaslähtöisyyden ja palveluntarjonnan vahvistuminen.

Tutkimusetiikkaan kuuluu luotettavuus ja rehellisyys. Pohdin, kuinka kattava, yksityiskohtainen ja realistinen kuvaus monitoimijaisen yhteistyön nykytilanteesta kyseisellä aineistonkeruumetodilla on ylipäänsä mahdollista saavuttaa. Fenomenografia metodina ei tavoittele tilastollista yleistettävyyttä. Laadullinen tutkimus pyrkii tekemään aineistosta löytyneet merkitykset ymmärrettäviksi. (Ahonen 1994, 126; 152).

Molemminpuolinen luottamus on edellytys avoimuudelle ryhmätilanteessa, jossa jokaisella tulisi olla mahdollisuus tuoda avoimesti ja turvallisesti esiin oma näkökulmansa. Tutkimuspäiväkirjan kirjoittaminen kuului osaksi tutkimusprosessia, johon kirjasin fokusryhmähaastattelujen aikana tekemäni muistiot syventävistä kysymyksistä, omat tuntemukset ja niistä heränneet pohdinnat. Minusta näytti siltä, että fokusryhmien ilmapiiri oli luottamuksellinen ja eriävätkin näkökulmat otettiin avoimesti puheeksi. Analyysissä otin huomioon poikkeavan näkökulman, joka tuli esiin vain yhdessä ryhmässä. Nostin poikkeavan näkökulman esiin tulosluvussa. Fokusryhmähaastatteluista muodostui kattava aineisto, tämän vuoksi ei tarvetta yksilöllisille teemahaastatteluille ilmennyt (LIITE 3). Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu, että kaikki tutkimuksen vaiheet on avoimesti auki kirjoitettu ja perusteltu.

Pysin noudattamaan lähdekriittistä tutkimustoimintaa sekä oikeudenmukaista tutkimusetiikkaa. Tutkimusetiikkaan kuuluu aikataulun ja yhteistyösopimusten noudattaminen yhteistyökumppani Tukikohta ry:n kanssa. Tietosuojasta ja tiedon

turvallisesta käsittelystä olen pitänyt huolen aineistoa käsitellessäni. Tutkimuksen päätyttyä aineisto hävitetään sekä siihen liittyvät asiakirjat.

Tutkimuseettisiin periaatteisiin sisältyvää vahingoittumisen välttämistä pohdin huolellisesti tutkimussuunnitelmavaiheessa; voiko ihminen vahingoittua, loukkaantua tai tulla väärin kohdelluksi fokusryhmässä tai tulosten julkaisun jälkeen. Pohdin millaisia mahdollisia tunnereaktioita tutkimukseen osallistuminen ja ryhmäkeskustelu voi aiheuttaa tai vaikuttaako mielipiteen avoin ilmaisu yhteistyöhön ei-toivotulla tavalla. Analyysivaiheessa pohdin vastuutani raportoida tulokset rehellisesti, kuitenkin loukkaamatta ketään. Pohdin millaisia odotuksia tuloksista tutkimukseen osallistuvilla oli ja uskoin, että asiantuntijoilla oli aito halu kehittää monitoimijaista yhteistyötä.

Analyysiprosessin lopulla sain sattumanvaraisen tiedon asiantuntijalta, joka oli jäänyt odottamaan yhteydenottoani fokusryhmähaastattelun jälkeen. Tähän en ollut osannut varautua ja se yllätti minut. Tiedustelin asiaa tarkemmin ja jäin keskustelun myötä pohtimaan, että olisi ollut syytä vielä selkeämmin sanoittaa, että mikäli asiantuntijat kokevat tarvetta tai muun syyn jonka vuoksi haluavat keskustella tutkimukseen liittyen, niin ottavat minuun yhteyttä, sillä automaattisesti ei ole ollut tarkoitus ottaa asiantuntijoihin jälkikäteen yhteyttä. Jäin pohtimaan millaisia tunteita muille osallistujille jäi ja kuinka merkittävästä asiasta on kysymys. Informoin asiantuntijat aineistonkeruun alkaessa sekä suullisesti, että kirjallisesti. Pohdin olisinko voinut esimerkiksi yrittää varata aikaa puoli tuntia yksilölliselle ”loppukeskustelulle”, jossa puretaan yhdessä tuntemukset, joita keskustelu herättää. Toisaalta aikaa olisi ollut vaikea järjestää yhtään enemmän.

Aineiston anonymisoinnissa poistin suorat ja epäsuorat tunnisteet aineistosta (Kuula 2011, 112, 214). Suorat tunnisteet eli nimet on poistettu jo litterointivaiheessa. Kunnioitin osallistujien toivetta siitä, haluavatko he oman ammattinimikkeensä näkyvän tutkimuksessa. Tiettyyn paikkakuntaan ja virka-asemaan sekä ammattinimikkeisiin liittyen on osittainen epäsuora tunnistaminen mahdollista, mutta näissä tapauksissa ammattinimikkeen näkymiselle ovat kyseiset henkilöt antaneet suostumuksensa. Lupa on huomioitu pyytämällä

kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta sekä erillinen lupa virkanimikkeen näkymisestä tutkimuksessa. (LIITE 3).

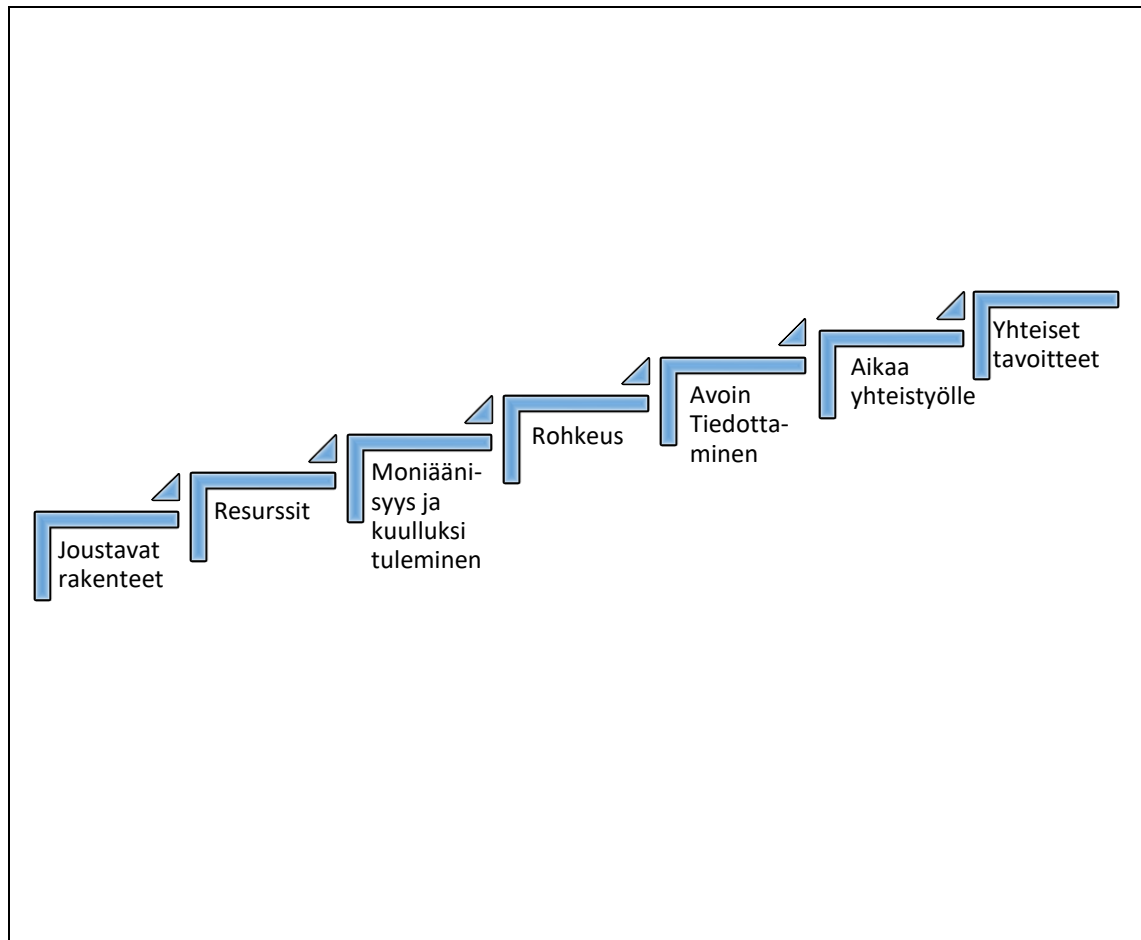
Alustavat tutkimustulokset raportoitiin alustavana yhteenvetona SaTu-projektin käyttöön ennen tutkimuksen julkaisua. Tutkimuseettinen vastuu koskee myös tulosten raportointia ja julkistettavien tuloksien hyödynnettävyyttä ja soveltamista työelämässä. Kriittiset tulokset on olen pyrkinyt selittämään analyyttisesti ja välttämällä leimaavaa asenteellisuutta (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Kuula 2011,245).

4 MONITOIMIJAISEN YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN PÄIVYSTYSSAIRAALOISSA

Kuntien ja järjestöjen välinen toiminta-alue on laajentunut, uusia yhteisiä toimintaperiaatteita ja menettelytapoja kehitellään jatkuvasti. Kunnilla on merkittävä rooli yhteistyön edellytysten sekä uudenlaisten vuorovaikutussuhteiden luojana. Kuntien tulisikin tarkastella suhdetta järjestöön siitä näkökulmasta, onko kolmannella sektorilla sellaisia voimavaroja, joita käyttämällä kuntien ja järjestöjen välinen yhteistyö edistyy. Uudessa verkostoperiaatteessa toimijoiden suhde on tasa-arvoinen ja hyödyttää molempia osapuolia. Hyödyn tavoittelun lisäksi tulee pyrkiä vakiintuneeseen yhteistyösuhteeseen, jonka tavoitteena on uuden toiminnan ja aktiviteetin synnyttäminen. (Möttönen & Niemelä 2005, 104–105.)

Fenomenografisen tutkimuksen ja fokusryhmähaastatteluiden avulla kerätyn aineistoanalyysin tarkoituksena on erilaisten ja eriävien mielipiteiden ja näkökulmien esille saaminen ja näkyväksi tekeminen. Tämä fenomenografinen tutkimus pyrki kuvaamaan ladullisesti erilaisia käsityksiä niiden omista lähtökohdista. Käsityksiä ei luokitella paremmuusjärjestykseen toisiinsa nähden vaan käsitysten kirjo toimii lähtökohtana yhteisöllisen ajattelun kehittämiseksi. Fenomenografinen tutkimus lähtee siitä, että ihminen on tietoinen olento, joka tietoisesti rakentaa itselleen käsityksiä ilmiöistä ja osaa kielellään ilmaista tietoiset käsityksensä. (Ahonen 1994, 119, 121–122.)

Teema-analyysin avulla aineistosta nousi ilmiöitä ja teemoja, jotka olivat työhön liittyviä rakenteellisia tekijöitä sekä työntekijään itseensä liittyviä ominaisuuksia, kokemuksia ja käsityksiä. Työn vaatimukset, työaika ja työroolit nousivat keskeisiksi kehittämisen teemoiksi monitoimijaisessa yhteistyössä. Nojaan analyysin tulosten esittämisessä seitsemän vaiheiseen porrasmalliin monitoimijaisen yhteistyön edellytyksistä (Häkkiä & Tourula 2013, KUVIO 2).



KUVIO 2 . Monitoimijaisen yhteistyön edellytykset (Häkkiä & Tourula 2013)

4.1 Joustavat yhteistyörakenteet

Monitoimijaisen yhteistyön saumaton toiminta edellyttää joustavia rakenteita. Rakenteiden muuttuessa tapahtuu myös muutoksia sairaalan sisäisessä kulttuurissa. Tämä on merkittävää, sillä perinteet ja hierarkia on määrittänyt osaltaan sairaalan sisäistä työnjakoa. Analyysi antaa viitteitä siihen, että sairaalakulttuurin perinteet ovat muuttumassa avoimeen ja tasa-arvoiseen yhteistoimintakulttuuria tukevaan suuntaan. Kulttuurin muutos tuo uudenlaista yhteistoimintaa jokaiselle toimijatasolle.

”toimitaan yhdessä ja yhtenä työyhteisönä, et se on varmaa se tärkeä asia, että ne rajat olisi mahdollisimman matalat, jos ajatellaan esimerkiksi esimiestasoja, vaikka on eri esimiehiä, ni kuitenkin se toiminnan taso, tehtäisi hyvää yhteistyötä”

”organisaatiot on muuttunu, että ollaan tultu hyvä tie ja ollaan sellases hyvässä tilanteessa, että toki on suurin harppauksin edetty,

pitää aktiivisesti myöskin muistaa aina huomioida eri ammattiryhmät. Se ei välttämättä aina tule luonnostaan, jos ne eivät oo samaa johtamisrakennetta”

”kun tullaan sairaalan seinien sisäpuolelle pitää olla selkeät pelisäännöt”

Palveluiden järjestämisessä tulee pyrkiä pois organisaatiolähtöisyydestä ja kohti asiakkaan osallisuutta ja eri toimijoiden välisiä kumppanuuksia (Vertio 2014). Päivystyssairaaloiden yhteistyö SaTu-projektin kanssa on esimerkki tällaisesta kumppanuudesta.

4.2 Resurssit ja koulutuksellinen näkökulma

Analyysin yhdeksi teemaksi nousi koulutus, jolla pyritään ammattitaidon ylläpitämisen ja täydentämisen lisäksi, muokkaamaan hoitotyöntekijöiden asenteita päihde- ja mielenterveyspotilaita kohtaan. Monitoimijainen yhteistyö on vahvistanut toimijoiden välistä yhteisöllisyyttä ja kehittäen yksilöllisiä ammatillisia osaamisalueita.

”meil on paljon vuorovaikutuskoulutusta, et sekin rakenne tukee tätä, ja sitten on tullut tämmöstä, jos puhutaan monitoimijuudesta ikään kuin et siinä ois tämmönen moniammatillinenkin ulottuvuus, että on tuotu osaaaja tänne, että mun mielestä koulutus on ollut iso osa tätä”

”mä oon oppinu monitoimijaisuudesta hirveen paljon, että tää on ollu yks tämä SaTu-projekti”

”henkilökunnalle koulutusta ja siihen (oon) saanut SaTu-projektilta paljon ja siihen saanut potilastyöhön kanssa”

Hoitohenkilökunta saa peruskoulutuksen yhteydessä usein suhteellisen vähän tietoa päihdeongelmien hoidosta. Monet täydentävät osaamistaan lisäkoulutuksilla ja kursseilla. (Koski–Jännes 2013, 139.) Koulutuksella voidaan

vaikuttaa työntekijän asenteiden muokkautumiseen. Toisaalta huonot työolot ja työntekijöiden turhautuminen tai psyykinen kuormitus voi tulla esiin hoitotyössä esimerkiksi syrjivinä asenteina. Vuorovaikutuskoulutuksella, asenteisiin vaikuttamalla ja työntekijöiden säännöllisellä työnohjauksella pyritään hyvän työkyvyn ylläpitämiseen. Analyysin mukaan negatiivisia ja syrjiviä asenteita esiintyy hoitotyössä. Asenteiden taustalla saattaa olla esimerkiksi työntekijän pelko, käsittelemätön suhde omaan päihteidenkäyttöön tai epätoivo.

”henkilökunnan asenteisiin vaikuttaa myös se, et se on aika surullista reunaa ajoittain se työ, kun ajattelee joitain viikonloppuja tai on paljon surullisia elämänkohtaloita varsinkin päivystyksen alueella, et oon todella iloinen et vuosien ponnistelujen jälkeen saamme nyt työnohjauksen tai olemme saaneet, koska se sitten auttaa siinä, että tullaan niin kauhean sarkastiseksi ja epätoivosiksi”

”yksittäinen työntekijä tekee isoja ratkaisuja olla tekemättä mitään, täs ollaan paljon asennemaailman kanssa tekemisissä”

”oon katsonut noin 14 vuotta tätä työtä, ni mun mielest se (asenteisiin liittyvä) osuus on pienentynyt ja on tehty paljon sen eteen, et ollaan enemmän tietosia siitä, että se potilas tulisi ottaa mukaan ja myöskin nämä (päihde- ja mielenterveys) potilasryhmät kuuluvat palveluohjauksen piiriin”

”se on inhimillistä, kun se porukka näkee sen pahimman vaiheen, ne ei näe sitä ihmistä, jos mä vaikka nään, et se päihtymys on ohi, he kohtaa niitä ihmisiä siinä ikävimmäs tilanteessa, mikä on raskainta”

Työntekijöiden asenteet näyttävät liittyvän päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kohtaamisiin, jotka ovat raskaimpia hoitotyössä. Tämän vuoksi asiakkaan sivuuttaminen voi olla työntekijän inhimillinen tapa suojata itseään ja omaa jaksamistaan hoitotyössä. Asenne näyttää analyysin mukaan jonkin verran vaikuttavan myös monitoimijaisen yhteistyön todentumiseen ja asiakkaan saaman palvelun laatuun. Analyysin mukaan asennemuutokselle on edelleen tarvetta, vaikka asenteellisuus näyttää vähentyneen ja kehitys on edennyt parempaan suuntaan.

Työntekijöiden toiveikkuuden säilyttäminen hoitotyössä näyttäisi olevan haaste pitkällä tähtäimellä. Järjestötyön toteuttama malli kumppanuudesta on voimavara ja toivon esimerkki asiakkaan lisäksi myös ammattilaiselle, jolla arjen työssä

jaksamisessa voi olla suuri merkitys. Toipumiskeskeisessä ilmapiirissä ammattilainen voi paremmin, koska toivon elementti on aina jotenkin mukana työssä (Kassila & Koskela 2016, 133).

”semmoinen sitkeys työntekijöiden puolelta, että tää kannattaa 30 vuodenkin jälkeen ja kysyä, se saattas lähtee tost kohti nyt se uus polku, että sellanen tietty toivo”

”asenteet ei välttämättä ole sellaisia, et ne ilmaistaan sanallisesti vaan se saattaa tulla toimintana siellä potilaan kanssa”

”asenteista - me puhutaa isoista köntistä asioita, et työntekijän asenteet menee kolmeen satsiin; osa on niitä, jotka ajattelee noi ja me ja ne on vähän halveksuttavia, osa asenteista tulee siitä pelosta ja huolesta, et varsinki alkoholistien kohtaamisessa, se että, mä epäilen et kauheen moni meidän työntekijöistä, ei oo miettinyt omaa suhdettaan alkoholiin ja riippuvuuteen niin tarkkaan, että se sukellus lähteä alkoholistin maailmaan voi olla aika pelottava, mut sit toinen rypäs on asiakkaan asenteet, et se annatsä asiakkaalle lapun että mee päihdepolille tai annat varatun ajan tai minkä tahansa, jos sen asiakkaan asenne on se, että ei ne kuitenkaan pysty mua auttamaan”

Hoitohenkilökunnan asenteiden taustalla voi olla pelko, huoli tai käsittelemättömiä suhteita myös omaan päihteiden käyttöön. Työntekijän asenteeseen voi vaikuttaa myös epävarmuus tai epätietoisuus odotuksista. Käsitteenä monitoimijaisuus ei ollut kaikille asiantuntijoille tuttu. Monitoimijaisuudessa uutta on kolmannen sektorin mukaan tulo kunnallisen palvelun rinnalle yhteistyöhön.

”tää monitoimijainen yhteistyö on mulle pikkasen uus sana, et en oo tähän törmänny, yritin haastatella vähän kavereita kentällä, ni ei ollut kukaan muukaan tähän sanana, että onko sitten nyt joku uus tai silleen, että koitin vähän kattooiki, että miten sitä on määritelty mut et sanana en oo törmänny, mutta moniammatillisen tiedän”

Asiakkaan sitoutumisessa on huomioitava, että asiakkaiden oma asenne ja motivaatio vaikuttaa paljon hoitoprosessin kulkuun. Asiakkaan sitoutumista voi estää huoli ja pelko, ettei saa aidosti tarvitsemaansa apua.

”asenteita on myös asiakkaiden puolella”

Asiakkaan asenne näyttää vaikuttavan myös palveluiden todentumiseen. Vaikka asiakas osoittaisi, että hänellä ei ole tähän asti ollut mielenkiintoa päihdeettömyyttä kohtaan, ei asiakkaan asenteen tulisi olla este asiakkaan saamaa palveluntarjontaa kohtaan. Myöskään päihtymys ei saa olla asianmukaisen kohtelun tai palvelunsaannin este (STM 2006). Keskeinen asiakkaan asemaan vaikuttava kysymys on päihdeongelman pahe, jota pidetään itseaiheutettuna haittana. Asiakkaan asema kaipaa kohentamista ja hoitosuhde auttavampaa asennetta. (Mäkelä & Murto 2013, 97.)

”asenteellisuus voi hyvinkin torpata monia asiota”

Myönteinen asenne ja positiivinen ilmapiiri vaikuttaa hyvällä tavalla vuorovaikutussuhteeseen. Kokemusasiantuntijuuden tuomasta näkökulmasta on mahdollista todeta käytännössä oman työn merkitys. Hoitotyöntekijät haluavat tulla tietoisiksi asiakkaan näkökulmista.

”se vois vaikuttaa hirveen myönteisesti meidän henkilökunnan asenteeseen, kun he näkee sitä onnistumistarinaa ja tos seisoo joku joka on ollu vaikeuksissa ja seisoo kertomassa meille ja tekee työtä ja auttaa, ni mun mielest se vois olla hirveen voimaannuttavaa”

”hoitajat kans sanoneet, et ne halusi kuulla näitä arjen tarinoita, et välil täs arjen työssä ihmiset voi kokee että nämä samat ihmiset pyörii”

”kiinnostava kuulla, et miten asiakkaat itse on kokenu SaTu-projektin ja missä kohdissa heillä se on parhaiten tavallaan toiminut”

Päihde-ehtoiset asiointit näyttävät lisääntyneen sosiaalipalveluissa ja terveydenhuollossa (Kuussaari, Partanen & Stenius 2013, 158).

”jos tämä (SaTu-projekti) nyt jää meille toiminnaksi niiku toivotaan, mutta se on semmonen sit, et teitä kyllä pitäisi olla lisää”

” 24/7 jos oikeasti haluaisi tarjota ihan kaikille”

Päihde- ja mielenterveysasiakkaille suunnattu palveluohjaus sekä tukitoiminta toivotaan vakiinnutettavan sairaalaan. Mikäli järjestöyhteistyö jatkuu, nousee kysymys resurssien riittävydestä ja ympärivuorokautisen toiminnan mahdollistamisesta.

4.3 Moniäänisyys rikastaa yhteistyötä

SaTu-projekti näyttää tuoneen entistä vahvemmin esiin asiakasnäkökulmaa monitoimijaiseen yhteistyöhön. Asiakkaan välityksellä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset ja organisaatiot ovat kiinnittyneitä toisiinsa, tiesivät he sitä tai eivät. Yhteisten tietojärjestelmien puuttuessa hiljaisen tiedon merkitys ja kollektiivisen tietovarannon merkitys mahdollistuu asiakkaan tuntemisen ja kokonaisuuden ymmärtämisen sekä siitä neuvottelun kautta. Kollektiivisen tietovarannon avautuminen voi sisältää piilossa olevan tai kätketyn rikkauden, joka tapahtuu ammattilaisten ja asiakkaiden välisessä yhteistyössä (Saaren-Seppälä 2006, 309–310). Rajapinnoilla työskenteleminen kuvaa myös moniäänisyyttä (Virtanen & Stenvall 2014, 126–127).

”mä luulen et tää on sellanen kulttuurimuutos ja liittyy tähän kolmannen sektorin ja vapaaehtoistyöntekijöiden tuleminen siihen virkatyön oheen ja meidän prosesseihin, että täähän on sillä tavalla uus kuvio ja ainutlaatuinen myöskin”

”se on kohdistunut ihan väestöön sillain, ku sairaala on astunut ulos siitä perinteisestä roolista ja ottanut ihan tämmöstä avoimet ovet tyyppistä asiaa”

”järjestöt tulee, potilasjärjestöt ja erilaiset kolmannen sektorin yhteisöt mukaan tähän meidän työhön, nii sehän on myöskin opettanut meille uutta näkökulmaa ajatella asioita”

”kolmannen sektorin tulo mukaan näihin raskaan sarjan somaattisiin yksiköihin, nii sehän on iso juttu ollut tässäkin, tämän SaTu-projektin myötä”

”teemaviikkoja, SaTu-projekti on ollut mukana, kun ollut väestölle kohdennettuja päiviä, niin mukana siellä esittäytymässä”

Asiakkaan osallisuutta hyödynnetään sairaaloissa osana sosiaalityön arviointia. Monitoimijaisuutta voisi sairaalassa tehdyn arvioinnin lisäksi hyödyntää enemmän jatkohoidon suunnittelussa. Dialogille tulisi järjestää tilaa ja vuorovaikutuksellisia kohtaamisia tulisi olla rakenteissa.

”jatkohoitosuunnitelma, mitä nimitystä siitä eri puolilla käytetäänkään, sehän on sitä, et jos jatkohoitoa suunnitellaan, niin siinä osallisuus on potilaan kannalta tärkeässä roolissa”

”aika paljon jätetään asioita potilaalle itselleen, et olis ikään kuin itse vastuussa jatkohoidosta”

”sanotaan että, että vois (monitoimijainen yhteistyö) toteutua tavallaan vielä paremminkin, mutta kuitenkin siinä on semmosta hirveen vahvaa potentiaalia, koska kuitenkin jos ajattelee sosiaalityöntekijänä, meillä on käytettävissä ihan mieletön resurssi kun me arvioidaan asiakkaan tilannetta”

”paljon vahvemmin pystytään tavottamaan asiakas, voi olla 2–3 päivää täällä ja se tuntimäärä voi olla aika iso ja me palataan kokoajan jatkuvasti samaan asiaan ja vähän tarkistetaan ja muuta ja jatketaan ja mieti vähän, jatketaan, et siit tulee aika sellanen intensiivinen panos ihmisen elämään, ni se, että mihin kaikkeen sitä vois enemmän hyödyntää semmosena arvioinnin perustana”

”hyödyntää sitä enemmänkin sinne jatkoon, perusteellisemmän arvioinnin pohjaksi, että se ei ehkä vielä ole päässyt riittävästi mun mielestä kehittymään”

”työntekijöiden määrä, mikä siinä asiakkaan ympärillä on, että kun hän on sairaalan potilas, sit hänellä saattaa olla päihdeklinikan kontakti, hänellä on sosiaalityöntekijä, ties mitä muuta siinä on sit ehkä järjestöjä, seurakunnan diakoniatyötä, kaikenlaista mitkä pyörii sen yhden ihmisen ympärillä järjetön määrä toimijoita. Sitten välillä kun ei nämä tahot kommunikoi ollenkaan keskenään”

Päihteiden käyttäjien joukossa on ihmisiä, jotka päätyvät sairaalahoitoon jatkuvasti uudestaan. Syynä saattaa olla, että sairaalan palvelussa heidät kohdataan ja he kokevat tulevansa hoidetuksi päivystyssairaalassa paremmin kuin muissa päihdehuollon palvelujärjestelmissä. Toinen syy voi olla, ettei asiakkaalla ole akuutissa tilanteessa muita palveluja tai niihin pääseminen on tiukkojen kriteerien takana. Asiakkaan tarve palveluille tullaan jatkossa meneillään olevien uudistusten myötä arvioimaan moniammatillisesti ja vastuu hoidosta määritellään uudella tavalla.

”ainaki joku mahdollisuus tarjota, että meillähän on yhdet päihdehoitajat kummassakin sairaalassa, et se on lähinnä siinä ja päihdehoitoihin ohjaaminen on aika aika isojen kriteerien ja muiden takana, et varmasti on se kokemus et moni päihteidenkäyttäjä vähän niiku jää sitte, ja lähtee tonne ja tule viikon päästä takasin”

”työn kantaminen, siirtäminen ja jatkaminen ni siinä on ehkä se suurin haaste sitten, et meidän työn näkökulmasta ainaki, varmaan muidenki, samat ihmiset ne tietysti on jotka tahtoo täs pyörii”

”arvioidaan asiakkaan tarvetta moniammatillisesti ja vastuu hoidosta määritellään tietylle henkilölle, se ei välttämättä aina ole hoitaja tai lääkäri, vaan se voi olla esimerkiksi sosiaalityöntekijä tai fysioterapeutti”

Palvelumuutoksessa asiakkaalle tullaan määrittelemään vastuuhenkilö. Vastuuhenkilö määritellään asiakkaan tarpeisiin liittyen.

4.4 Työntekijän rohkeus ja valmiudet

Hoitotyön ja -tieteen edustajien on oltava rohkeita ja vastuuntuntoisia omalla ammattiosaamisen alueella. Hoitotyöntekijöiden on otettava paikkansa mielenterveys- ja päihdetyön monitoimijuuudessa, kehitystyössä ja tutkimuksessa (Holmberg 2016, 235). Analyysissä oli viitteitä siitä, että päihde- ja mielenterveysasiakkaan päihdeongelman puheeksi otto katsotaan kuuluvan päihdealan asiantuntijalle.

Kummassakin päivystyssairaalassa toimii yksi päihdesairaanhoitaja. Päihdesairaanhoitajan on miltei mahdotonta tavata kaikki päihde- ja mielenterveysasiakkaat sairaalassa. Ohjaustilanteita määrittävät eettiset ohjeet on aina syytä huomioida, mutta etenkin silloin, kun on kyse syrjäytymisvaarassa olevasta asiakkaasta, joka ei pysty vastaamaan omasta hoidostaan (Kyngäs ym. 2007, 155.) Päihteiden käyttäjillä on tavallista suurempi riski syrjäytyä palvelujärjestelmän piiristä (Varjonen ym. 2013, 55)

”ettei aina lähetä ensisijaisesti hakemaan monitoimijuutta vaan kysehän on myös hoitosuhteen luomisesta ja kuuntelemisesta ja niistä omista (työntekijän) valmiuksista”

”ymmärretään et se ei voi olla konemaista, se toiminta”

Sairaalan hoitotyöntekijät ovat merkittävässä asemassa tehdessään merkityksellistä sairaanhoitotyötä. Sairaanhoidon ohella hoitotyöntekijän valmiudet ja rohkeus vaikuttavat siihen, tuleeko asiakkaan päihteidenkäyttö puheeksi sairaanhoidon ohella.

4.5 Avoin tiedottaminen

Aktiivinen, avoin ja oikea-aikainen viestintä ja vuoropuhelu on toimivan järjestökuntayhteistyön edellytys (Häkkinä & Tourula 2013, 151). Jatkuva tiedottaminen sairaalan sisällä on välttämätöntä. Päivystyssairaalan vakituisen henkilökunnan lisäksi on suuri määrä vaihtuvaa henkilökuntaa, sijaisia ja opiskelijoita. Jatkuva perehdyttämiseen tulee panostaa jatkuvasti. Viestinnän puutteessa yhteistyö voi vahingoittua. Sairaalan sisäisessä tiedottamisessa on analyysin mukaan selkeästi kehittämisen tarvetta.

”musta se tulee niin meidän puolelta se kehittämisen tarve, mutta kun resurssit ei hoitajilla varmasti riitä joka asiaan reagoida”

”se on yksi reitti että ne opiskelijat osaa kysellä näitä asioita ja se lisää sitten tavallaan muutospainetta siihen että me tehdään asioita hyvin”

Tiedonkulun rakenteita sairaalan sisällä on muun muassa osastokokoukset, tiimit, palaverit ja päihdeyhdyshenkilöverkostot. Tiedonkulun ja viestinnän rakenteiden uudistamista tarvitaan kunta-järjestö yhteistyön tiedon jakamisen tueksi. Ei riitä, että jotkut ovat sairaalassa kuulleet järjestöyhteistyötä ja vain osa toimijoista tekee käytännössä yhteistyötä. Kolmannen sektorin mukaantulo on aiheuttanut uudenlaista tarvetta kehittää tiedonkulun rakenteita, joissa on aikaa

ja tilaa monitoimijaiselle yhteistyölle, dialogille sekä verkostoitumiselle, kuten yhteiset hoitoneuvottelut.

”tietysti aamutiimit on yks peruslähtökohta mistä se työtehtävä hyvin tietysti jäsentyy siinä ja ollaan kaikki saman pöydän ympärillä”

”meil on tämä päihdeyhdyshenkilöverkosto, niin SaTu-projekti on jotenkin otettu aika avosylin vastaan”

”vuodeosastojen aamupalaverit ne on tämmösiä moniammatillisia, jos on sosiaalityöntekijä ja toki sitten jos on tota päihdehoitajat nyt on enemmänki sit päivystyspoli ja sit he jalkautuu sieltä osastoille et sehän on semmonen hyvinki moniammatillinen ja se on säännönmukasta toimintaa”

”enempi näitä hoitoneuvotteluja ja asioita miten pystys enempi yhteistyössä hoitaa”

”tämmösii yhteisii palaverereita pidettäs ja koska nää potilaat ei tule vähenty”

”tottakai se vastuu on siinä mielessä enemmän sitten täällä meillä”

Sairaalan hoitohenkilökunta vastaa hoidon tarpeen arvioinnista, jonka jälkeen asiakas ja palveluohjaaja kohtaavat. Asiakkaaseen liittyvää tietoa ei vaihdeta kolmannen ja julkisen sektorin välisessä yhteistyössä, ellei asiakas itse toivo niin. Sairaalassa asiakastietojärjestelmään kirjataan, jos potilas on tavannut esimerkiksi SaTu-projektin työntekijän, muuta tietoa keskustelun sisällöstä ei kirjata, ellei asiakas itse toivo niin. Vastuu viestinnästä on oltava selkeästi ohjeistettu ja yhteisesti sovittu. Viestinnän toteuttamiseen tulee varata erillistä resurssia (Häkkinä & Tourula 2013, 151).

”täytyy olla (SaTu-projektin työntekijällä) sillä tavalla hyvä yhteistyö henkilöstön kanssa, että saa sitä tietoa, sen mikä tarvii, et missä asiakas on (osaston huone ja paikkanumero) ja sen tyyppiset yleiset tiedot ja annetaan siihen mahdollisuus, mutta se yhteistyö on sitten tietenki sen työntekijän ja sen asiakkaan välinen asia, heidän, et se ei meille kuulu sinällään”

”tärkeätäkin osaltaan et se pysyy mahdollisimman niukkana myöskin se tiedonvaihto meidän ja SaTu-projektin työntekijöiden välillä, tai se on sen asiakkaan tietenkin omassa päätösvallassa, et mitä haluaa myöskin kertoa omasta omasta tilanteestaan näille työntekijöille”

SaTu-projekti toimittaa ja tiedottaa sairaaloihin kuukausittain työlistan, kuinka projektityöntekijät ovat liikkeellä sairaaloissa. Järjestön näkökulmasta tärkeintä olisi tiedottaa asiakkaalle ja kysyä, jonka jälkeen tiedon tulisi ohjautua projektityöntekijälle. Sairaalan henkilökunta kirjaa potilastietojärjestelmään asiakkaan tietoihin, että hänelle tiedotettu projektityöntekijän tapaamismahdollisuudesta, jonka jälkeen asiakas vastaa siitä, haluaako tavata vai ei. Yhteistyön näkökulmasta ongelmana on, että projektityöntekijä ei saa tietoa potilastietojärjestelmästä, vaan tiedon tulisi kulkeutua muulla tavalla, suoralla yhteydenotolla. Yhteinen selkeä prosessi vaatii kehittämistä.

”kirjotan teksteihin et (asiakas) saanut SaTu-projekti infon ja palveluohjaajan yhteystiedot ja sit se jää potilaan varaan, koska kaikki ei sit halua kuitenkaan ja saa sen infon vaik se jää sit heidän, jos he ei halua et mä otan yhteyttä suoraan tai pyydän, saatan kattoo siitä listasta, mun mielestä se on tosi hyvä se lista tai jaan sitä suoraan päivystyksessä, sossulle , psykalle ja vuorovastaavan fläppiin vien sen aina kun te päivitette ja pidän itselläni koska mä käytän sitä tosi paljon, et aha mul on osastol joku ja (SaTu-projekti tulee), sit mä kysyn jo potilaalta et olisi mahdollisuus tavata”

Yhdenvertaisuuslain mukaan työnantajalla (7 §) sekä viranomaisella (5 §) on velvollisuus edistää yhdenvertaisuutta. Työnantajan on arvioitava yhdenvertaisuuden toteutumista työpaikalla ja työpaikan tarpeet huomioon ottaen kehitettävä työoloja sekä niitä toimintatapoja, joita noudatetaan henkilöstöä valittaessa ja henkilöstöä koskevia ratkaisuja tehtäessä. Edistämistoimenpiteiden on oltava toimintaympäristö, voimavarat ja muut olosuhteet huomioon ottaen tehokkaita, tarkoituksenmukaisia ja oikeasuhtaisia (L 1325/2014). Asiakkailta tulisi olla yhdenvertaiset oikeudet tulla informoiduiksi mahdollisuuksistaan tavata projektityöntekijä tai palveluohjaaja.

”yhdenvertaisuutta tukee se, että projektin tukihenkilön tapaamismahdollisuudesta kerrotaan, osastolla on tietty prosessi tähän, ni auttaa tässäkin asiassa takaamaan yhdenvertaiset palvelut”

”informaatio on varmasti tosi tärkeä kaikkien suhteen sekä henkilökunnan, että asiakkaiden suhteen”

”informointi, että työntekijöitä on, että tiedetään tällainen mahdollisuus on ja myöskin sit sinne niitten asiakkaiden suuntaan, et muistetaan kertoa, et meillä on tällainen mahdollisuus”

”kuka sen päättää, että tarjotaan tätä mahdollisuutta, et jos vaan systemaattisesti kerrotaan, et on mahis tällaseen yhteydenottoon”

”asiakkaan tilanne muuttuu päivien kuluessa, muistaa kysyä ja vielä uudelleen seuraavana päivänä”

Monitoimijaista yhteistyötä haastavat muuttuneet palvelujärjestelmät päihde- ja mielenterveyspalveluissa, jotka aiheuttavat niin työntekijöissä kuin asiakkaissa epätietoisuutta ja epävarmuutta.

”kenttä on hyvinkin hajanainen, et kaikenlaisia toimijoita on ihan pilvin pimein”

”on menty kovasti eteenpäin et olihan siinä, me oltiin kaikki varmaan ihan ymmyrkäisenä, et mitä tämä tarkoittaa ja mikä on SaTu-projektin paikka ja miten sitä yhteistyötä toteutetaan ja mitä hyötyä se tuo ja näin, että mutta eteenpäin on kovasti menty”

”aikataulut ja toisen työn tunteminen, vaikea rakentaa jotain polkuja, jos et sä tunne palvelujärjestelmiä, tai tietysti nyt on nämä kaikki konsultaatiot, niistäkin voi kysyä”

”tiheätahtiset organisaatiomuutokset, toimijoita on paljon, mut tämä on tosi monimutkainen ja kun uudelleen organisoidaan siitä tulee aina vaikeampi edes työntekijöille tietää mistä (asiakas) nyt voisi seuraavaksi ottaa vastaan tai saada apua”

Epätietoisuutta voi lisätä myös tietämättömyys päihteistä. Hoitotyöntekijät harvoin tietävät päihteistä yhtä paljon kuin asiakas itse. Kun päihteidenkäyttäjä kertoo päihteistä, hoitaja voi kysyä asiakkaalta tarkennusta ja täydennystä asiaan. Kysyminen siirtää painopisteen asiakkaaseen, joka tuo esille hänen valintojaan ja voi edistää hoitosuhteen syntymistä. (Havio ym. 2008, 67.) SaTu-projektin ja asiakkaan välinen keskustelu on aina luottamuksellista.

”se on toki potilaalle aikaa ja keskustelutukea, mut sit et mitä siitä seuraa ni se jää hyvinki epäselväks”

Asiakastiedonvaihtoa tapahtu sairaalan ja SaTu-projektin palveluohjaajan välillä. Näkemykset olivat ristiriitaisia siitä, pitäisikö sairaalan hoitohenkilökunnan olla tietoinen keskustelujen sisällöistä.

4.6 Aikaa yhteistyölle

Yhteisen ajan puute on haaste monitoimijaisen yhteistyön todentumisessa tällä hetkellä. Aikaa asiakkaan tavoitteen asettamiselle ja asiakaslähtöisten työtapojen miettimiselle ei käytännössä ole riittävästi.

”rakenteita on tuotu näihin toimintoihin, et jota kautta saatas enemmänki potilaita palvelujärjestelmiin ja saatas asiakkaan ääntä kuulluksi, että kyl sitä on vahvistettu”

”meidän tavoitteena on se että se asiakas saa – et me voidaan luvata asiakkaalle se hyvä hoito”

”ihan hurjasti on menny eteenpäin tämä, jos mietin vastavalmistuneena sairaanhoitajana, et miten yövuorosta joku kotiutettiin, et mikä hänen hoitonsa tai se jatkopolku oli, ni kyllä me on menty ihan valtavasti eteenpäin ja et meil on tosi paljon mitä tarjota ja kohdata sitä asiakasta”

”mut se on myös hurjan aikasyöppöä hommaa”

Monitoimijainen yhteistyö tarvitsee aikaa ja tilaa todentuaakseen. Ylimääräistä aikaa kuluu silloin, kun rakenteet eivät ole järjestyneet mahdollistamaan yhteistyön todentumista käytännössä.

4.7 Yhteinen tavoite

Analyysin mukaan moniammatillisuuden voi sanoa olevan työn perusta. Monitoimijaisuuden käsite yhdistettiin keskusteluissa usein moniammatillisuuteen ja entiseen tuttuun työtapaan.

”kaiken perustahan se on”

”kun nyt Helsingissä luodaan uutta tiimimallitoimintaa esimerkiksi terveysasemille ja hoidon tarpeen arvioita yhdessä siellä eri ammattilaisten kesken, ni meillä on jo ollut sen tyypistä toimintaa”

Monitoimijaisuus ja moniammatillisuus keskusteluissa nosti esiin asiakkaan näkökulman sekä osallisuuden hoitoprosessissa. Erilaisista palveluista muodostuvassa kokonaisuudessa toimitaan erilaisilla tavoitteilla. Osassa tavoitteena on täydellinen raittius ja osassa asiakkaan toimintakyvyn tukeminen ja hoitoon kiinnittäminen (Haavisto 2017, 297). Yhteisenä tavoitteena monitoimijaisessa yhteistyössä voi analyysin mukaan sanoa olevan asiakas ja asiakkaan näkökulma. Monitoimijaisessa yhteistyössä asiakkaan oman ja verraten erilaisten näkökulmien esille nostaminen avoimessa dialogissa muodostaa yhteisen eli jaetun asiakaslähtöisen tavoitteen.

”asiakkaalle parempaa hoitoa”

”se on tärkeä mikä se asiakkaan kokemus on, ja se on tärkeä se osallisuus ”

”läpinäkyvyyttä julkiseen toimintaan ja sitten se asiakasnäkökulma vahvistuu”

”laajaa moniammatillista yhteistyötä potilaan parhaaksi ja esimerkiksi mun työn näkökulmasta meitä on paljo erityistyöntekijöitä sairaalassa ni tosi paljo yhteistyötä sosiaalityöntekijän (kanssa) ja potilaat on moniongelmaisii, tarvii paljo eri sortin apuja ja psykiatristen hoitajien (kanssa) normaalihoidohenkilökunnan lisäksi”

”asioita mitä tulee varsinkin kolmannen sektorin myötä vielä enempi tähän, et asiakkaan näkökulmasta katsotaan näitä, mitä ei ehkä sairaalamailmassa tai siinä päivystyksen kiireessä”

”voihan meil olla tarjota vaikka mitä, mut asiakas ei välttämättä ole kiinnostunu kaikesta mitä meil ois antaakaan tai ei halua, et seki täytyy hyväksyä, et kyl se niiku hänen lähtökohdista lähetää määrittelee – yhdessä, ketä tarvitaan”

”tavoite, että saatas asetettua yhdessä tavoitteet eli meidän järjestelmä lähtee aika nopeista jutuista, mitä se on vieroitukseen tullessa meillä pitäisi olla esimerkiksi jatkohoitosuunnitelma selvillä, tilanteessa jossa vaatii aika paljon työtä, että hän pystyy hahmottamaan sen elämäntilanteensa ja ruveta miettii tavoitteita”

Yhteinen tavoite, asiakasnäkökulma, sitoo yhteen monitoimijaiset verkostot. Yhteinen tavoite on mahdollista saavuttaa vain asiakkaan ja monitoimijaisen verkoston kanssa dialogissa. Yhteisen tavoitteen asettaminen vaatii johtotasolla verkoston rakenteellista muokkaamista ja yhteissuunnitelmallisuutta, jotta asiakkuus ei katkea joustamattomien asiakasprosessin saumoihin ja

monitoimijainen yhteistyö kantaa pidemmälle kuin uloskirjaushetkeen. Haasteena ovat erilaiset kirjaamis- ja tietojärjestelmät, joten dialogin merkitys korostuu asiakastapaamisissa, joille on varattu riittävästi aikaa ja joustavia rakenteita.

”ristiriitaiset tavoitteet suhteessa asiakkaaseen, mikä on asiakkaan tavoite, mikä on työn, me ollaan ehkä joissakin kohti ehkä turhankin tehokkaita , tehokkaita just siinä kun pitäis jatkohoitosuunnitelmat ja tavoitteet pystyä asettamaan kovin nopeasti ja ihmisen pää ei pysy mukana siinä vauhdissa ni sit ne tulee helposti just työntekijän antamina hyvän elämän tavoitteina, saattaa olla, et viikon kahen työskentelyn ajan asiakkaal on samat tavoitteet, mut kun ei oo oma pää pysyny mukana, ni sehän o se nelitassuin jarrutus sit se reaktio”

”jos tavoitteita ei oo yhdessä sovittu ei oikein tiedetä, mitä me täs tavotellaan ja jos tavotellaan, ni tavotellaan vähän eri asioita ja jos ei oo tavoitteita, on vähän vaikea seurata ja arvioida et mitä me on täs tehty”

”halutaan asiakkaalle tosi paljon kaikkee, mut hän ei itse esimerkiksi halua, et ei just päästä siihen samaan tavoitteeseen et lääkäri on huolissaan ja hoitaja on huolissaan omaiset on huolissaan, kaikki on huolissaan ja se tarve saadaan esiin ja tavallaan nähdään se jo hyvin pitkälle et täs on riskit, mut se ihminen ei sit ehkä sitä samal tavalla miellä tai vaik mieltäski tai pystys keskustele, hän ei niiku sitoudu millään tasolla muutokseen tai toivo itse sitä”

Monitoimijainen verkosto muodostuu tässä tutkimuksessa sairaalaorganisaation sekä järjestön toimijoista. Tasa-arvoisessa verkostossa verkoston jäsenet voivat vaikuttaa verkostossa tapahtuvaan päätöksentekoon. Verkostoihin kuuluvien ammattiryhmien ja erilaisten organisaatioiden johtamistapa ja tavoitteet eivät välttämättä ole yhdensuuntaisia tai täysin yksiselitteisiä. Yhdenmukaisten tavoitteiden luomisessa epävarmuudet ja erilaiset toimintamekanismit voivat aiheuttaa jännitteitä eri toimijoiden ja tasojen välille. Johtamisessa kohdattu epävarmuus liittyy toimintaympäristöön, toiminnan tietoperustaan, vuorovaikutukseen, kommunikaatioon sekä erilaisiin strategioihin, lisäksi eri tieteenalat saattavat tarkoittaa samasta käsitteestä erilaisia asioita. Onnistuneelle verkostojohtamiselle on luonteenomaista monimuotoisuuden tunnistaminen ja hyväksyminen. Yhteisyyden luominen verkoston sisällä on kollaboratiivisen johtamisen keskeisin tehtävä. Johtajuus edistää tällöin

toimijoiden keskinäistä, molemminpuolista vuorovaikutuksellista sopeutumista monialaisten päämäärien saavuttamiseksi. (Niiranen 2017, 135–136.)

”jos mä ajattelen oman työni kannalta, ku mä oon päivystyksessä ollu koko työurani, nii kyllä moniammatillinen toiminta, monitoimijaisuus nii se on tuttua ollut jo aiemminkin ja muiden potilasryhmien osalta ja päihdepotilaita on aina hoidettu, mut ei oo ollu päihdetyöntekijöitä, ei oo ollu kolmatta sektoria, että tämä on menny hurjasti eteenpäin”

”päivystyksessä päihde- ja mielenterveysasiakkaat on merkittävä ryhmä, kun potilaan tarve tulee kokonaisvaltaisemmin huomioon, monitoimijaisyyteistyöllä me pystytään varmistamaan se, että et ne asiakastarpeet tulee huomioon otettua monipuolisesti”

Asiantuntijoiden ja toimijoiden määrä on kasvanut monitoimijaisen verkostoitumisen myötä.

”moniammatillisuus tai monitoimijuus, mutta uutena on sitten eri toimijoiden määrän kasvaminen ja asiantuntijuuden hyödyntäminen”

”täähän on ihan peruskauraa, et kimpas on päivystykses ,mullakin on työura päivystykses sairaanhoitajana ensiavussa ni me on aina tehty porukalla, kimpassa ja siinä on jos jonkinlaista tekijää ja sen on jotenki sieltä alusta asti, et ei oo mitään uutta”

”sairaalan ulkopuolelle ja toimijoita on vaan kokoajan enemmän ja enemmän ja myös tän SaTu-projektin myötä, et tuntuu et kokoajan lisääntyy se, et kenen kaikkien kans täs tulee toimia”

4.8 Yhteenveto ja pohdintaa monitoimijaisen yhteistyön kehittämisestä

Monitoimijainen yhteistyö on vuorovaikutusta asiakkaan tarpeita kuunnellen ja asiantuntijuutta hyödyntäen. Näyttää siltä, että monitoimijaista yhteistyötä tehdään vielä jonkin verran toimijasta riippuen, toisistaan erillään ja tietämättä. Kaupungin ja järjestön välistä monitoimijaista yhteistyötä sairaaloissa aloittamalla on rakennettu vankkaa pohjaa, jonka varaan monitoimijaiset työprosessit ja asiakkuudet alkavat rakentua uudella, tasa-arvoisella tavalla. Jotta asiakaslähtöisesti etenevä asiakasprosessi toteutuu vaaditaan hyvää toiminnan organisointia sekä päivittäisjohtamiselta hyvää osaamisen johtamista.

Osaamisen johtaminen hyödyntää kaikkien yksilöiden ja ryhmien oppimiskykyä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi.

Päivystyssairaaloissa vallitseva ilmapiiri näyttää tukevan jatkuvaa oppimista ja kannustaa kehittämiseen. Kun toimijat havaitsevat epäkohtia, he haluavat toimia niiden korjaamiseksi. Opittavaa näyttää olevan vielä asiakaslähtöisten ajattelutapojen muutoksissa ja niistä syntyvien uusien toimintatapojen käyttöön ottamisessa. Kun kokeileminen ja ”virheet” ovat sallittuja, tulee uudistuksesta ja oppimisesta kannustavaa (Aura & Ahonen 2016, 138–139; Ojala 1996). Monitoimijaisen yhteistyön edellytysten tarkastelu auttaa huomaamaan sellaiset kohdat, joissa yhteinen toiminta vaatii kehittämistä. Oppivassa organisaatiossa ihmisillä on mahdollisuus jatkuvasti kehittyä ja tavoitteena on oppia uutta yhdessä.

Monitoimijaisen yhteistyön edellytysten takaamiseksi huomiota on kiinnitettävä prosessin selkeyttämiseen sekä rajapintatyöskentelyyn. Monitoimijainen yhteistyösuunnitelma olisi hyvä liittää osaksi terveydenhuollon perusrakenteita. Tuki, kohtaaminen ja palveluohjaus päihde- ja mielenterveysasiakkaan elämäntilanteeseen tulisi kohdentaa potilaan ensikohtaamiseen toimipisteestä riippuen, esimerkiksi päivystysvastaanotolta käsin ennen tai viimeistään silloin kuin potilas siirtyy eteenpäin toiseen toimipisteeseen tai kotiutuu.

Yhteiskunnan tehtävä on huolehtia ja tarjota apua heikossa elämäntilanteessa olevalle ihmiselle sekä tarjota tukea. Käytännön tasolla tämä tarkoittaa monitoimijaisen yhteistyön suunnitelmallisuuden lisäksi yhteistä vastuun kantoa ja yksilöllisen vastuun lisäämistä. Kun asiakas tulee kohdatuksi, ei ongelmakeskeisesti, vaan elämäntilanne huomioon ottaen, yhdessä käytetty aika ja resurssit hyödynnetään tehokkaimmalla tavalla. Mikäli joku osa toimijaverkostoa ei toimi, on vastuu silti vastuu yhteinen ja yhdessä pohdittavaksi jää miettiä kuinka edetään. Vastuu koskettaa jokaista toimijaa, vaikka asiakkaan vastuuhenkilö tullaan määrittämään jatkossa uudella tavalla. Päihde- ja mielenterveysasiakkaiden palveluntarve ei poistu nopeilla ratkaisuilla tai siirroilla. Kun vastuuta kannetaan yhdessä, palauttaen valtaa asiakkaalle kuitenkin

jättämättä yksin, on mahdollista saavuttaa yhteinen tavoite, asiakkaan vahvistuminen ja oma toimijuus.

On myös huomioitava työntekijän myönteisen asenteen merkitys muuttuvissa rakenteissa; päihde- ja mielenterveysasiakkaiden kohtaaminen myönteisessä ilmapiirissä tukee asiakkaan tilannetta. Myönteinen ilmapiiri vaikuttaa motivaatioon, niin asiakkaan kuin työntekijänkin. Kokonaisvaltainen kohdatuksi tuleminen tilanearviossa tukisi hoidon alkamisen myötä parempaa hoidon jatkuvuutta.

Monitoimijaista yhteistyötä lisäämällä koko päihdehoito voi uudistua. Monitoimijaisen yhteistyön käytäntöjen tehostamisella ja yhteistyön toimintamalleja luomalla ja käyttöönottamalla olisi taloudellisia ja ihmishenkiä säästäviä seurauksia. Päihdehoitoonohjauksen ja hoitoon pääsyn kriteerien uudelleen tarkastelulle olisi tarvetta. Kynnys hoitoon etenemiseen on korkea ja ilman monitoimijaista yhteistyötä usealle jopa mahdoton. Päihdehoitoon pääsyn kriteerejä madaltavilla toimilla ja strategisella suunnittelulla monitoimijaisen yhteistyön lisäämiseksi voisi olla merkittäviä yhteiskunnallisia alkoholi- ja päihdehaittoja vähentäviä vaikutuksia.

5 SaTu-PROJEKTI YHTEISTYÖKUMPPANINA PÄIVYSTYSSAIRAALOISSA

Helsingin kaupunki ja SaTu-projekti alkoivat kehittää päihde- ja mielenterveysasiakkaille suunnattua palveluohjaus- ja tukitoimintaa sairaalahoidon rinnalle vuonna 2014. Vuoden 2015 alussa SaTu-projektin työntekijät jalkoutuivat Haartmanin sairaalaan. Malmin päivystyssairaalassa yhteistyö alkoi vuonna 2015. SaTu-projektin tavoitteena oli työmallin luominen, jonka avulla jalkautuva päihdetyö on mahdollista vakiinnuttaa päivystyssairaaloihin. (Tukikohta ry 2015).

Terveydenhuoltolaissa määriteltävän perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä parannetaan terveydenhuollon toimijoiden sekä kunnan eri toimialojen välisellä yhteistyöllä sekä muiden toimijoiden kanssa tehtävällä yhteistyöllä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveydenhuoltolain (2 §) tarkoituksena on kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta, vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. (L1326/2010.)

SaTu-projektin työskentely kohdentui projektin alussa vuonna 2014 aluksi vain suonensisäisten huumeiden käyttäjien tukemiseen, myöhemmin projektityötä laajennettiin koskemaan kaikkia päihteiden käyttäjiä. Päihdehuoltolaki edellyttää kunnan järjestävän päihdepalveluja kunnassa ilmenevän tarpeen mukaisesti. Päihdepalveluja tulee tuottaa niin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa kuin päihdehuollon erityispalveluina. Päihdehuoltolaki (6§) määrittää sosiaali- ja terveydenhuollon yleisiä palveluja kehitettävän siten, että niiden piirissä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjiä sekä tarvittaessa ohjaamaan avun ja tuen tarpeessa oleva henkilö erityisesti päihdehuoltoon tarkoitettujen palvelujen piiriin. (L41/1986.)

SaTu-projektia johtamisen näkökulmasta tarkasteltaessa voi odotukset ja käsitykset poiketa työntekijätasolla, sillä työ eri kontekstissa voi näyttäytyä eri suuntaisena. Sairaalan hoitotyöntekijät kohdistavat johtamiseen samaan aikaan

muita odotuksia kun puhutaan SaTu-projektista. Julkisen sektorin sairaalaorganisaation johto on ollut alusta asti tukemassa SaTu-projektin käynnistymistä, suunnittelua ja etenemistä. Johdon onkin osattava tunnistaa nykytilanne ja tulevaisuus, toimia välittäjänä ja suunnannäyttäjänä, jotta toiminta integroituu vakiintuen osaksi käytäntöä. Johdon odotetaan koordinoivan verkoston sisäisiä ja ulkoisia tavoitteita. Jos verkoston tiedon tuottamista ja tiedon käyttämistä tukevat toimintatavat tiedostetaan, myös johdon työ helpottuu. (Niiranen 2017, 142–143.)

Järjestöjen mukaan kunnat eivät osaa hyödyntää tarpeeksi hyvin järjestöjen asiantuntemusta palvelujen kehittämisessä (Häkkinen & Tourula 2013, 16). Tämä tutkimus antaa viitteitä siitä, että muutosta on tapahtunut ja saatu yhdessä aikaan. Toinen kysymys on, sivuutetaanko järjestöt päätöksen teossa ja otetaanko heidät mukaan tasavertaisina yhteistyökumppaneina. Tutkimus antoi hienoisia viitteitä siitä, että järjestöjen kumppanuutta ei arvosteta vielä täysin tasavertaisena yhteistyökumppanina käytännön toimijatasolla, toisin kuin ylimmässä johdossa.

SaTu-projekti jalkautuu arkisin ja myös viikonloppuisin tapaamaan palveluohjauksen tarpeessa olevia päihde- ja mielenterveysasiakkaita Malmin ja Haartmanin päivystyssairaaloihin. SaTu-projekti toimittaa työlistan osastoille jokaisen kuukauden alussa, jotta osastoilla nähdään koska projektityöntekijä on käytettävissä. Tieto on koettu olleen helposti saatavilla. Osa asiantuntijoista käyttää tietoa aktiivisemmin kuin toiset.

SaTu-projektin asiakkuus alkaa sairaalahenkilökunnan tekemästä päätöksestä ohjata asiakas projektin piiriin. Sairaalan henkilökunta pohtii, kenelle projektin tarjoamasta tuesta olisi hyötyä. Projektityöntekijän sekä asiakkaan kohtaaminen voi tapahtua sairaalan osastolla, mutta toisinaan asiakkaat poistuvat sairaalasta ja ottavat jälkikäteen yhteyttä SaTu-projektin palveluohjaajaan. SaTu-projektin palveluohjaaja toimii ilman asiakkaan terveystietoja. Sairaala projektille annetaan asiakkaan nimi ja tieto vuodepaikasta. Asiakastapaamiseen liittyvää keskustelua ei palveluohjaajan ja sairaalan välillä tapahdu.

”tämä on ensimmäinen projekti, et sairaalaympäristössä tapahtuvaa palveluohjausta, tämmönen päivystyssairaalaympäristö on mun mielest hedelmällisempi (ympäristö)”

”hyvinhän te ootte pitäny meidät ajan tasalla, myös siitä milloin te ootte (osastolla) ja milloin te tuutte”

5.1 SaTu-projektin merkityksen näkökulmia

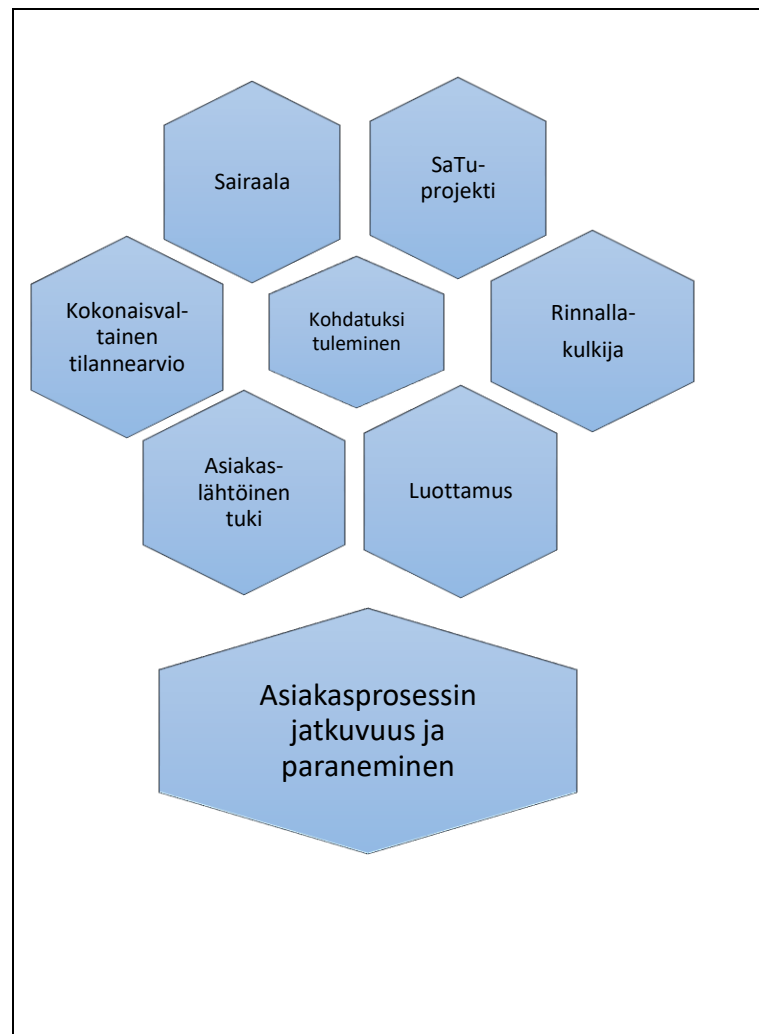
SaTu-projektin lähtökohta on, että tavoitteen määrittelee asiakas itse. Tärkeintä on, että asiakas tulee kohdatuksi. SaTu-projekti ei tee päätöksiä hoidon aloittamisesta, eikä tavoitteena ole asiakkaan hoitoonohjaus. Pyrkimyksenä on asiakkaan luottamus ja luottamuksen kasvamisen kautta mahdollisen käännekohdan löytyminen elämässä. Parhaimmillaan järjestöllä on mahdollisuus saada yhteys niihin asiakkaisiin, joiden ääni tulee muuten heikosti kuulluksi (Murto 2003, 71).

”mä luulen et sitten nää jotka ei hakeudu palveluihin ni tippuu sit aika tyhjän pääll, et se vaatii kuitenkin jo jonkun näköstä kykyä selvitytyä et sit hakeutuu näille päihdekliniikoille ja moni jää sitten sen ulkopuolelle kyllä”

Avainsanat ennen SaTu-projektin asiakkuuden alkamista on *tarve* ja sen *tunnistaminen*. SaTu-projektin palveluohjauksen tarpeessa olevan asiakkaan tunnistamiseksi on lääkärillä sekä hoitohenkilökunnalla tärkein rooli. Sairaalan seinillä on järjestön tiedotteita näkyvissä ja lisäksi hoitajat jakavat tietoa SaTu-projektista, jotta potilas voi halutessaan ottaa myös itse suoraan yhteyttä palveluohjaajaan. SaTu-projekti tukee sairaalan työtä konkreettisesti olemalla läsnä ja toimien asiakkaan rinnalla kulkijana.

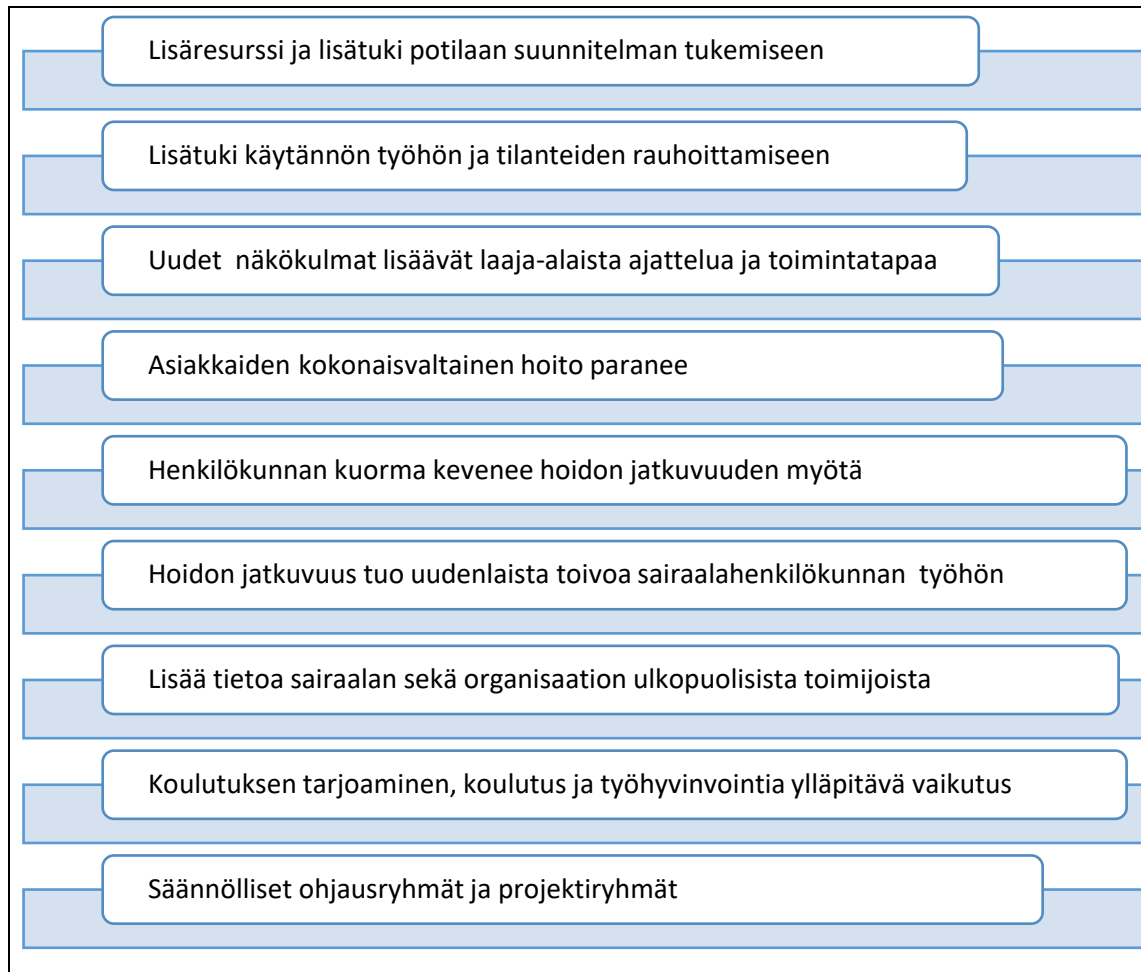
”SaTu-projektin työntekijä on rinnalla kulkija, et onhan se, et on tuotu tämmöinen malli sisään sairaalaan ”

”motivointityöntä ja sen avaamista mitä siel on, mitä sä voisit itsellesi pyytää ja mitä sä voisit kenties jopa itsellesi vaatia, niin sen avaaminen vois olla kans aika tärkeätä”



KUVIO 3. SaTu-projektin ja sairaalan välinen yhteistyö ideaalisti pelkistettynä

Kuvioon 3 olen pelkistänyt monitoimijaisen yhteistyön hyödyn, mahdollisen synergia edun ja asiakasprosessiin vaikuttavan kokemuksellisuuden. SaTu-projekti auttaa luottamuksellisen suhteen luomisessa, asiakkaan on mahdollista alkaa luottaa palvelujärjestelmään kohdattuaan rinnalla kulkijan ja saadessaan ymmärtävää tukea. On huomioitava, että kaikki asiakkaat eivät voi hyötyä palveluohjaajan tuesta, mutta siitä huolimatta tukea tulisi olla tarjolla.



KUVIO 4. SaTu-projektin merkityksiä päivystyssairaaloiden työyhteisöissä

Asiantuntijoiden näkemykset SaTu-projektin työstä olivat pääosin myönteisiä. Kuvioon 4 on kerätty merkityksiä SaTu-projektista sairaaloiden näkökulmasta (KUVIO 4.)

”mä muistan sen yhden hyvän kokemuksen et potilas hyöty siitä, et sillä hetkellä just sairaalassa ei muistaakseni jaksanut ottaa, mut sai sen infolapun ja sitten kävi projektityöntekijä juttelee ja sitten kun kotiutu, ni siel sit sai tukea ja ohjausta”

”eihän koskaan tiedä et kuka ihminen se on, joka saa lopettaa sen juomisen, et siinä mielessä on hyvä et niit kontakteja on, et jos asiakas/potilas on siihen halukas niin ei se varmaan huono asia ole”

”selkee toimintatapa, must toi on nii hieno toi, hienolta kuulostaa se yhden osaston et noin systemaattisesti tekee”

”se on pitkää työtä – luottamuksellisen suhteen luominen ja se, että ihminen uskaltaa olla rehellinen”

Analyysissä poikkeavan näkökulman ja ristiriidan aiheutti esiin tullut kielteisyys, jonka tulkitsin liittyvän vastuukysymysten määrittelemättömyyteen ja yhdessä sovitun toimintatavan puuttumiseen, sen noudattamuuteen tai kiireeseen sairaalaosastolla. Kun toimintatapa ei ole kaikille selkeä, aiheuttaa epätietoisuus työntekijälle ylimääräistä kuormaa.

”välillä mä oon ihan stressaantunu siitä, että mä katon et SaTu-projekti tulee tänään iltpäivällä”

Päihde- ja mielenterveysasiakkkaan auttaminen perustuu palveluohjaajan ja asiakkaan luottamukselliseen suhteeseen, jonka myötä palveluohjaaja voi toimia asiakkaan puolestapuhujana, sekavaksi koetun palvelujärjestelmän tulkkina ja kädestä pitäen varmistaa, että asiakas saa asiallisen kohtelun ja tarvitsemansa palvelut (Nuorvala & Halmeaho & Huhtanen 2007, 140).

”kyllä päihdeongelmat näkyy niin monipuolisesti meidän yhteiskunnassa, et mun mielestä kaikki tämmönen apu on kyllä ihan tarpeen”

”jos yhdenkin pystyy pelastamaan, ni hyvä asia tämä on ja mä toivoisin että tämä (SaTu-projekti) jatkuisi, et ollaan päästy jo näin pitkälle”

”itse oon käyttäny (SaTu-projektia) erittäin onnistuneesti tällasissa, että on vaikka paniikkihäiriöinen päihdepotilas sosiaalisten tilanteiden pelkoo, ei uskalla mennä julkisilla, he on mennyt mukaa, just tätä rinnalla kulkemista ja palveluohjausta ja sitten on tullut palautetta potilaalta ,että on menny tosi hyvin”

”mun mielest on ollu erittäin joustavaa, että kaikki mitä on kimpas tehty tai missä (SaTu-projekti) on ollut mukana tai tukena suunnitelmissa ,niin kaikki on onnistunut ”

Analyysin mukaan pitkälle edenneen SaTu-projekti yhteistyön ja työmallin kehittämisen toivotaan sairaaloissa jatkuvan.

5.2 Oikea-aikaisen tuen kohdentuminen

Tarpeet SaTu-projektin kaltaiselle palvelulle ovat nousseet arjen työn käytännöistä ja julkisen sektorin päihde- ja mielenterveyspalveluiden palveluiden pirstaloitumisesta. Samanaikainen päihde- ja mielenterveysongelma saattaa vaikeuttaa asioiden hoitoa pirstaloituneessa palvelujärjestelmässä. Potilaan hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavia tekijöitä on hoitokäytäntöjen lisäksi ongelmien vaikeusaste, asiakkaan ja palveluohjaajan välinen suhde, hoitoympäristö, hoidon saatavuus ja oikea ajoitus sekä asiakkaan elinympäristön tuki muutokselle (Koski–Jännes 2013, 142). Hoidon kesto päivystyssairaalassa on keskimäärin 4 vuorokautta. Asiakkaan esille tuoma tuen tarve on viesti työntekijöille tuen oikea-aikaisuudesta.

”sitte nää on yleensä sellasia nopeita kotiutujia nää potilaat et ne lähtee sit vauhdilla, mut et sit ollaan annettu kortteja ja sitte et luulen et se ois ehkä parempi nii jos te tapaisitte täällä” (sairaalassa)

”hoitajaksot on niin lyhyitä, kuitenkin keskimääräinen hoitoaika on 4 vuorokautta, et jos on siinä vaikka kolmas päivä, ni se on kuitenkin aika aikasin ja pystytään hyvin tarttumaan vielä varhaises vaiheessa”

”ihmiset siinä vaihees on valmiita vastaanottama myöskin apua ja ohjausta siihen tilanteeseen missä sitten silloin ovat”

Sairaaloissa osastojen yhteinen ja yhdessä luotu käytäntö ja systemaattinen toimintamalli tukisi potilaiden ja palveluohjaajan kohtaamista.

”erityinen asiakaskunta et meil on tämmösiä ihmisiä jotka ei oikeestaa käy missään muualla kun sairaalan päivystyksissä”

”(potilaan) kanssa on sovittu, että voi olla johonkin aamuun, minkä jälkeen lähtee, ni se on totta, että on joitakin tapauksia missä sen (projektityöntekijän tapaamisen) voisi sopia etukäteen”

Sairaalan hoitotyöntekijät antavat asiakkaalle SaTu-projektin käyntikortin mukaan, mikäli asiakas vaikuttaa hyötyvän tukipalvelusta. Tulkintaa asiakkaan tarpeesta saatetaan tehdä asiakkaan puolesta selvittämättä ja kysymättä

asiakkaalta. Asiakkaan informointi ja potilaalta kysyminen helposti näyttää unohtuvan hoitotyön arjen kiireessä.

”ihminen itse tietää sen milloin se oikea aika on, jos se ottaa vastaa sen”

”oikea-aikainen kohdentuminen, jos potilas tai se päihdeasia, nämä asiat huomioidaan siellä olkoon se kenen toimesta tahansa et tulee agendalle et tarjotaan mahdollisuus keskusteluun”

SaTu-projektin käyntikortin voi antaa mukaan asiakkaalle myös silloin, jos potilas ei ole vastaanottavainen avun suhteen esimerkiksi päihtymystilan tai muun syyn vuoksi. Projektityöntekijän tulo on mahdollista pyrkiä sopimaan osastolle tiettyyn aikaan, vaikka kun asiakas on kotitumassa.

”saattaa olla deliriumis oleva potilas ni eihän sillä hetkellä pysty vastaanottamaan yhtään mitään keneltäkään”

”käyntikortteja jaetaan ja tarjotaan (potilaille) ja jos ei muuten ole kiinnostunut, ni annetaan kuitenkin mukaan, ni sit voit miettiä, et pidä korttia ja voit soittaa, just matalalla kynnyksellä”

”potilaallehan voi antaa sen SaTu-projektin pikku esitteen ja kysyä, hänhän voi itse ottaa yhteyttä SaTu-projektiin myös”

SaTu-projektin tuoma tuki on yleisesti koettu olevan tervetullut lisä sairaalapäivystystyöhön. SaTu-projekti on käytettävissä myös tilanteissa, joissa asiakas on sairaalassa esimerkiksi päihderiippuvuuden vuoksi rauhaton ja tarvitsee rinnalleen tukijan. Päivystyksen ruuhkautuessa päihde- ja mielenterveyspotilaiden saattaa päihde- ja/tai mielenterveysongelman luonteesta johtuen vaikea odottaa, joten kohdatuksi tuleminen tukee asiakasta esimerkiksi lääkäriä odotellessa. Toipumismyönteisellä ilmapiirillä on merkitystä ja todettu olevan myönteinen vaikutus asiakkaaseen, myös heihin jotka eivät pysty raitistumaan (Kassila & Koskela 2016, 132).

Osalle sairaalan toimijoista ja henkilökunnasta SaTu- projektityöntekijä on muodostunut systemaattiseksi ja tiiviiksi yhteistyökumppaniksi, jota muistetaan hyödyntää aktiivisesti.

”jos on joku päivä et heikko hetki, et (asiakas) nyt puhuu jonkun kanssa, et laatikon pohjalta jostain kaivetaa (SaTu-projektin

käyntikortti) ni ne on herkkiä ne hetket, pitäis saada silloin heti puhuu jonkun kanssa ja meidän virallisessa palvelujärjestelmässä, se välttämättä ei järjesty, tai se on aika vaikea saada järjestymään, jos silloin kun olisi se hetki ja seuraavana päivänä klo 8.30 kun VIA-vastaanotto alkaa, ni se voi olla liian myöhästä”

SaTu-projektin näkökulmasta SaTu-projektin hyödyntämistä voisi käyttää vieläkin enemmän.

”esimerkiksi IV-huumeiden (suonensisäisten huumeiden) käyttäjät, saattavat olla hyvinkin vaativia, että jatkuvasti soittelevat kelloa ja paljo asioita, voidaan sitä käytännön työtä tukea et vähäks aikaa rauhoittaa niitä tilanteita”

”ollaan käytetty joku hakemassa tupakkaa tai saatettu, kun ei pääse valvomatta pihalle ja sitten ihan kun istuu tunnin verran huoneessa ja jutellaan, niin se saattaa unohtua se kipulääkkeen vaatiminen vähäksi aikaa”

”elämänhallinnan paranemista, että ihmiset saisi tukea siihen et alkaa ottaa omaa elämää haltuun, oppii hakemaan palveluita, jotka heille parhaiten sopii, motivoituu ehkä pitämään itsestään paremmin huolta, saa tukea pohdintaan ja elämän jäsentämiseen”

Päihde- ja mielenterveysasiakkaat käyttävät analyysin mukaan runsaasti sairaalapäivystyksen palveluja. Potilaan hoidon kannalta on olennaista, että hoitotoimenpiteet suunnitellaan yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarpeitaan ja toiveitaan kuunnellen, sillä viime kädessä päihdehoidon onnistuminen riippuu asiakkaasta itsestään. Monet päihdeongelmaiset saattavat olla vastahakoisia kuulemaan hyviä ohjeita tai heillä voi olla huonoja kokemuksia edellisistä hoitomuodoista. (Koski–Jännes 2013, 140–141.)

”näkee jo hyötyjä (SaTu-projektista) ja varmaan työnjakokin on paljon jo selkiintynyt ja näkee jo sen että kyl se tuo lisää mahdollisuuksia ja just sitä seurantaakin, et on olemassa henkilöitä, jotka voi vielä seurata mitä sille ihmiselle tapahtuu sen jälkeen, kun se päivystyksestä lähtee, että luodaan näitä mahdollisuuksia”

”erittäin hienoa, että on tämmösiä projekteja, jotka tarjoaa näille ihmisille tukea”

”ne tarvii sellasta arjen tukijaa ja siinä kolmannen sektorin rooli on ihan merkittävä, jos asiakas on itse siihen halukas”

”tällä olisi suuria ei ainoastaan inhimillisiä seuraamuksia, et saataisi kiinnittymään ja saatas tukea näille ihmisille, vaan ei ainoastaan,

vaan myös taloudellisia nämä vähenemiset, nämä on aika kalliita nämä päivystyskäynnit”

”miten siitä voidaan jatkaa eteenpäin, ettei taas olisi siellä päivystyksessä kohta uudestaan sen vaivan tai jonkun muun vaivan takia, mutta kun nämä aina kulkee käsi kädessä nää somaattiset ongelmat ja sitten tää päihdeongelma”

”varmaan se on helpottanut hoitajienkin taakkaa, kun tietää et on vielä joku mahdollisuus et on vielä joku joka kantaa huolta, kun meillä tavallaan työ loppuu tämän ihmisen osalta sillä erää”

SaTu-projektin käytännöt ja työnjako on selkeytynyt usean mielestä. Monitoimijainen yhteistyö on myös merkittävä voimavara. Ristiriitainen näkemys analyysissä nousi yhdessä fokusryhmässä SaTu-projektin kohdentamisesta päivystyssairaalaan. Poikkeava näkemys aiheutti jonkin verran ristiriitaa myös fokusryhmän sisällä. Käsityksen mukaan monitoimijainen yhteistyö kuormittaa ja koetaan rasitteena. Näkemyksen mukaan perustyö vaatii itsessään jo paljon. Analyysin tulkinnan mukaan asenteen taustalla vaikuttimena on mahdollisesti kiire, työn kasvavat vaatimukset ja turhautuminen. Turhautuminen työssä vähentää toiveikkuutta ja työmotivaatiota. SaTu-projektin tuoma työn tuki voi vähentää myös työntekijöiden kokemaa painetta ja ahdistusta.

”joskus ikävä kyllä tuntuu et tämä on vähän väärä paikka, et vois jotain muuta paikkaa ehkä mieltii, mut en tiedä, mikä se sitten olis, istuu terveysasemalla tai jotain muuta et olisko se yhtä tehokasta?”

”ongelma justiin tässä ku meil ei koskaa tiedä et koska potilas kotiutuu, sun pitäs ottaa nii monta asiaa ,se lupa (asiakkaalta) ja sit sun pitäs viel kattoo et onks päihdetyöntekijä käyny, sit sun pitäs vielä varmistaa, että SaTu-projekti tulee nyt sunnuntaina, onks tää potilas sillon täällä vai teenks mä turhaa pohjustustyötä tää kotiutuuki jo lauantaina, et tavallaan nämä tämmöset turhat työt ja aikataulujen sopimiset ja informoida sit seuraavaalle hoitajalle tai laittaa hoitokertomukseen siitä merkinnän ”

”se aiheuttaa henkilöstössäkin välil ahdistusta se, et on niin paljon päihdeongelmaisia ja ne jää, et tottakai tarjotaan sitä apua ja niitä väyliä, mut he jää kuitenkin vähän niiku itsellensä et ominensa, kun he lähtee pois, et jos tän (SaTu-projektin) kautta sitte saa semmosta itselle tunnetta siitä, et joku jatkaa tän asiakkaan kanssa ja se prosessi jatkuu”

Turhautumiseen johtava pelko turhan työn tekemisestä on merkittävä työmotivaatiota vähentävä seikka. Kiireen keskellä päihteiden käytön puheeksi ottaminen ja keskustelu asiakkaan kanssa elämäntilanteesta vaatii aikaa pysähtyä ja läsnäoloa, joka ei aina ole mahdollista. Analyysin mukaan olisi tärkeää, että päivystyssairaalasta löytyy sellainen yhteystyöntekijä, jolla on aikaa pysähtyä ja kuunnella asiakastarpeita.

”oikea-aikainen kohdentaminen on just sitä läsnäolemista”

”terveydenhuollon ympäristöissä (asiakas on joutunut) vastakkainasetteluun ja sit on poistuttu, eikä oo saanu mitään jatkohoitopaikkaa tai sellasta ohjausta, et tässä nyt on aika moni saanut ainakin sen tarjouksen ja on saanu apuakin ”

”lähestymistapa, aikakäsitys jos mä katson nyt ihan puhtaasti siellä päivystyksessä, jossa tuntuu olevan kaikkein tärkeintä aina et ollaan hirveen nopeita, no sehän on usein tärkeetä, mut sit joidenkin ryhmien kohdalla ni pitäs pystyä olemaan hyvällä tavalla hidas”

Päihdeongelmassa apua tarvitaan melko usein akuutteihin tilanteisiin, joten ajanvarauksella toimiviin palveluihin lähtemisen kynnyks on usein asiakkaalle liian korkea. (Haavisto 2017, 295). SaTu-projektin mahdollisuus jalkautua eli liikkua asiakkaan rinnalla kulkien ja yhdessä määritellyn tarpeen mukaisesti nähtiin merkityksellisenä. Hoitoajat sairaalassa ovat lyhyitä, keskimäärin neljä vuorokautta, joten luottamuksellisen suhteen luominen tulisi aloittaa sairaalahoidon aikana, silloin kun asiakas on vastaanottamaisillaan avun suhteen. SaTu-projektia toivottiin hyödynnettävän enemmän kotiuttamisten yhteydessä. Oikea-aikaista tukea nähdään tarvittavan nimenomaan siirtymiin ja työskentelyn rajapintoihin.

”nopeisiin kotiuttamisiin liittyy, et tuntuu, et potilaat kotiutuu, niin ajattelee et voi hyvä ihme missä kunnossa ja mihin ne lähtee”

”jalkautuminen on tosi tärkeä siinä, että sitä voi verrata siihen konsultaatioon tai mihin tahansa, et jos se on lähellä sitä tapahtuu ja ilolla tervehditään ja sit jos siihen tulee tauko ja jatkuvuutta ei ole turvattu, niin kuuden kuukauden kuluttua kukaan ei enää muistakaan, rakenteet pitää olla”

”todella tarpeellinen ,koska tämä on todella haastava potilasryhmä ja tavallaan se on sellainen riskivaihe, et potilas saattaa kotona tai osastolla ollessaan olla sitä mieltä, et hän haluaa jotakin, mut keinot,

realiteetti ku tulee, ni se saattaa imaista se päihderiippuvuus hyvin vahvasti mukanaan”

”siirtymässä sairaalasta ulos, vois olla juuri se hedelmällisin paikka missä nämä ihmiset ottaa vahvimmin sitä apua tarvis ja muuta koska ajattelen, että se on ihan eri asia ihmisen maata sängyssä ja vuoron perää käy viisi työntekijää ja sit yksi projektityöntekijä, et se on asiakkaalle ihan eri tilanne, kun hän on omis vaatteissa pystyssä jo sitten oven ulkopuolella”

Asiakkaiden kokema yksinäisyys nousi analyysissä esiin. Nostan yksinäisyyden esiin tässä oikea-aikaisen tuen kohdentumisen yhteydessä, sillä järjestötoiminnalla voi olla merkittävä rooli olla estämässä mahdollisia palvelujärjestelmästä väliinpuotoamisia sekä toimia päihdeongelmista johtuvissa yksinäisyyden kokemusten lieventämisessä.

”nämä (asiakkaat) on aika yksinäisiä”

”ihmiselle tulee se tukihenkilö sinne ulkopuolelle, et se ei jää ihan yksin, et se on realisoitunut tässä”

”varmasti se kohdentaminen, et kenelle se on järkevää, ehkä semmosille, jolla ei ole vielä paljon muita palveluja”

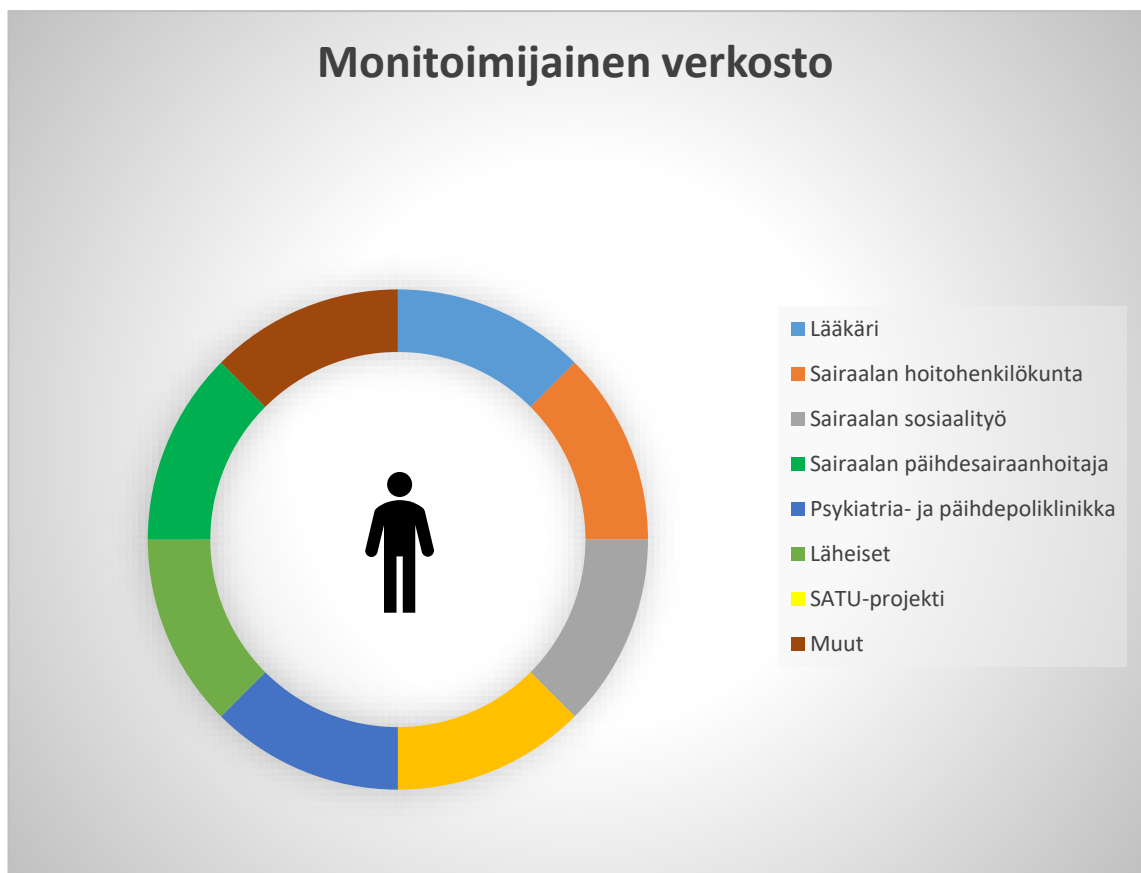
”ikäntyneitä, jotka on käyttänyt päihteitä, siirtynyt sinne vanhempaan ikäluokkaan, ni siellä myöskin semmonen yksinäisyys”

Vanhuspalveluiden ja päihdehoidon työntekijät ovat esittäneet huolen ikääntyneiden kasvavista päihdeongelmista (Vesa, Orjasniemi & Skaffari 2017). Ikääntyneet päihteiden käyttäjät nousivat esiin analyysissä ryhmänä, joka tarvitsee tukea.

5.3 Hoitotyöntekijöiden roolit ja vastualueet

Monitoimijuudessa ammattiroolit ja rajapinnat rikkoutuvat. Monitoimijaisessa yhteistyössä päihde- ja mielenterveysasiakkaan kanssa toimii sairaalan lääkärin ja hoitohenkilökunnan lisäksi päihdesairaanhoitaja, psykiatrinen sairaanhoitaja, sosiaalityöntekijä, SaTu-projektin palveluohjaaja, kokemusasiiantuntija sekä osastonsihteri ja suuri määrä muita mahdollisia toimijoita. Kuviossa 5 on kuvattu

kuvitteellinen monitoimijainen verkosto, joka koostuu julkisen sektorin ja kolmannen sektorin toimijoista (KUVIO 5). Rajapinnat eli työn siirtymä- sekä risteyskohdat asiakkaan, yhteisen tavoitteen ja työnjaon määrittelyn kannalta ovat haastekohtia eri toimijoiden kesken. Ristiriitaisuuksia ja väljyyttä yhteistyössä esiintyy roolituksen ja työn vastualueiden määrittämisessä. Analyysiin perustuvassa kuvitteellisessa kuvassa asiakas on kuvion ytimessä eri toimijoiden ympäröimänä asiakaslähtöisyyttä korostamaan. Kun toimijoita on useita korostuu työn rajapintojen ja saumakohtien aikainen yhteistyö .



KUVIO 5. Monitoimijaisuus päihde- ja mielenterveysasiakkaan ympärillä

Sairaalan potilastyössä tapahtuva työntekijöiden ”marssijärjestys” nousi analyysin yhdeksi teemaksi. Toisin sanoen se, kuka tapaa potilaan ensin ja missä järjestyksessä, on aiheuttanut sisäisiä ja monitoimijaisuuteen liittyviä ristiriitoja. Käytännöksi on sairaalan lähtökohdista on muodostunut malli, jonka mukaan sairaalan päihdetyöntekijä tapaa potilaan ennen SaTu-projektityöntekijää. Analyysi antaa viitteitä siihen, että mikäli sairaalan päihdesairaanhoitaja ei jostakin syystä tapaa asiakasta, joko niin että

päihdesairaanhoidajaa ei kutsuta osastolle tai hän ei ehdi tavata potilasta, saattaa olla, että SaTu-projektikaan ei systemaattisesti pääse tapaamaan asiakasta. Tämä käytännössä tarkoittaa, että asiakas saattaa ikävimmässä tapauksessa jäädä kokonaan ilman tukea tilanteessaan.

”SaTu-projekti tulisi sen (päihdearvion) jälkeen, sittehan voi olla sellasia asiakkaita jotka eivät halua päihdehoitajan kanssa keskustella, heille sit voikin olla ihan hyvä vaihtoehto tai yks mahdollisuus sit SaTu-projektin työntekijän kanssa keskustella, on tullut tilanne, että (potilas) ei oikein ymmärrä kenen kanssa on keskustellut”

Analyysissä nousi myös esiin kohtaamisen merkitys monitoimijuuudessa. Kokonaisvaltainen ihmiskuva tunnistaa, että ihmisessä on kehon, psyyken ja hengen muodostama kokonaisuus. Kohtaamisen päämääränä on paraneminen ja eheytyminen (Puchalski & Ferrel 2010; Karvinen 2015, 113–114). Asiakkaan kohtaaminen voi olla keskustelua, vaikean elämäntilanteen ongelmien selvittelyä tai eteenpäin ohjausta hoitojärjestelmässä. Asiakkaan kannalta tärkeintä lienee kokemus inhimillisestä ja muutokseen motivoivasta kohtaamisesta (Kuussaari ym. 2013, 158). Kokonaisvaltainen kohtaaminen johtaa kokonaisvaltaiseen vuorovaikutukseen, sillä siinä huomioidaan ihminen kokonaisuutena ja hänen eri ulottuvuutensa tunnistetaan (Puchalski ym. 2010; Karvinen 2015, 113–114). Tilaa kokonaisvaltaiselle kohtaamiselle ei nykyisessä palvelujärjestelmässä vielä ole riittävästi.

Sairaalahenkilökunnan sekoittuvat roolit aiheuttivat jonkin verran epäselvyyksiä yhteistyössä. Epäselvyyttä aiheutti, kuka ottaa vastuun asiakkaalle tiedottamisesta ja kuka selvittää potilaan halukkuuden keskustella SaTu-projektin palveluohjaajan kanssa. Sosiaalialan ammattihenkilön sekä sairaanhoitajien eettisten ohjeiden mukaan jokaisen toimijan tulee kunnioittaa asiakkaan *itseääräämisoikeutta*. Itsemääräämisoikeus on perusoikeus, joka tarkoittaa sitä, että *työntekijän on kerrottava asiakkaalle eri mahdollisuuksista sekä niiden eri vaikutuksista* ja näin tarjota asiakkaalle mahdollisuus tehdä valintoja. Ihminen saattaa olla niin vaikeassa elämäntilanteessa, että hänen kykynsä tehdä omia valintoja ja ratkaisuja voi olla puutteellinen. Tällä tarkoitetaan itsemääräämisoikeuden kompetenssia eli kykyä tehdä itseään koskevia ratkaisuja. Ihmisen perusoikeutta itsemääräämiseen saatetaan rajoittaa erilaisilla

lakiin perustuvilla rajoitustoimenpiteillä. (Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet 2017; Sairaanhoidajien eettiset ohjeet 2014)

Kummassakin päivystyssairaalassa, Malmilla ja Haartmanissa, työskentele yksi päihdesairaanhoitaja, joka tulee tapaamaan potilasta osastoille kutsuttaessa. Päihdesairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu muun muassa tavata päihteitä käyttävä potilas, tehdä hoidon tarpeen arviointi ja asiakkaan hoitoonohjaus.

”semmosii haasteita et osa potilaista on jo puhunu on tavannu SaTu-projektin työntekijät jos pyydetää päihdehoitajan konsultaatiota ni he kieltäytyy, he ei enää suostu tähän tapaamiseen, he kokee et he on jo keskustellut näistä asioista ihan riittävästi, sit mä oon saanu lääkäreiltä vähän sellasta palautetta, et se pitäs olla niin päin että se päihdesairaanhoitaja käy ensin, koska SaTu-projektin käynnistä ei jää mitää dataa, siit ei tuu niiku mikä se suunnitelma on ollut ja hoitohenkilökuntakaan ei me sit kukaan loppupelis ei me kukaan meistä tiedä mikä se keskustelun sisältö on tai mihin se potilas ohjautuu”

”useimmissa sairaaloissa ei käsittääkseni ole päihdehoitajaa, et tämä on Helsingin malli, joka lähti Terve Helsinki-hankkeesta”

Sairaalahoidon aikana asiakas helposti sekoittaa kenen kanssa hän on keskustellut. Monitoimijaisen yhteistyön rakennetta selkeyttämällä ja dialogin paikkoja rakenteeseen lisäämällä työyhteisö välttyy sekaannuksilta ja asiakas hyötyy eniten saamastaan hoidosta. Työntekijät ovat kokeneet haasteena monitoimijuudessa työroolien päällekkäisyyden ja sekoittumisen. Päällekkäisyyttä on nähty aikaisemmin päihdesairaanhoitajan ja palveluohjaajan työnkuvassa. Työnkuvaa tarkasteltiin uudelleen monitoimijaisesti ja todettiin, ettei päällekkäisyyttä ole.

”päihdehoitajan työ on oma arvio ja kriteerit, lääketieteellinen arvio, mitä se päihteidenkäyttö on ja virallinen hoitoonohjaus ja muu, et eihän nää tuu samalle tontille ollenkaan”

Kun pyritään tehokkaaseen yhteistyöhön roolien päällekkäisyydet pyritään poistamaan. Rooleihin liittyvät vastuukysymykset on hyvä myös selvittää. (Isoherranen 2004, 43). Päihdesairaanhoitajat pyrkivät tukemaan ja edistämään päihteiden ja riippuvuuden kannalta terveitä elämäntapoja, vähentämään päihteiden riskikäyttöä sekä hoitamaan ja kuntouttamaan päihderiippuvaisia. Päihdesairaanhoitajien työnkuvaan kuuluu keskustella päihteistä, motivoida ja

tukea päihdeettömyyteen, tehdä päihdearvio ja pyrkiä ohjaamaan potilas päihdehoitoon. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 12).

SaTu-projektin palveluohjaajan työnkuvaan ei kuulu hoitoonohjaus. Palveluohjaajan asiakaslähtöisen tukityön luonteeseen kuuluu toimia asiakkaan ”tulkkina” viranomaisten ja asiakkaan välillä (Suominen & Tuominen 2007). SaTu-projektin palveluohjaaja keskustelee potilaan kanssa ”elämäntilanne edellä” pyrkien motivoimaan kohti asiakkaan asettamaa tavoitetta. Palveluohjaajan työ perustuu asiakkaan antamaan valtuutukseen auttaa häntä ja johtaa hyvään tulokseen kärsivällisesti yhdessä toimien. Palveluohjaaja edustaa asiakkaan antaman valtakirjan kautta asiakasta toimien asiakkaan puolesta puhujana muistuttaen asiakasta tämän oikeuksista ja oikeudesta saada tarpeenmukaista apua. Palveluohjaustyön tehtävänä on myös tuoda esiin julkisen tukijärjestelmän puutteita, jotta väliinpuutoaminen ja palveluitta vaille jääminen voidaan välttää. Palveluohjaaja pyrkii toimimaan työkaluna, jotta asiakasta itseään koskeva päätäntävalta saadaan takaisin asiakkaalle itselleen, sillä asiakas tietää itse parhaiten missä asioissa tarvitsee apua. Avuntarpeessa oleva asiakas voi kuitenkin joutua eriarvoiseen asemaan päihdeongelman vuoksi. (Suominen 2002, 13; Hyttinen 2001; Rauhala 2011, 20–22). Asiakkaan kohtaaminen ja keskustelu on tärkeää, siitäkin huolimatta, ettei asiakas esimerkiksi sitoudu päihdearvioon tai päihdeettömyyteen.

”meillä käy päihdetyöntekijä ja saattaa tulla tunnin päästä tai ennen päihdetyöntekijää saattaa tulla SaTu-projekti ja mä sanon että meille on tulossa jo päihdetyöntekijä kutsuttu, ni että meneekö he vai eikö he mee, mut sovittuhan on kai, että he eivät kumoa toisiaan, et he kummatki voivat käydä saman potilaan luona, mut mä en tiedä onks se potilaan kannalta sitte hankalaa, he (potilaat) eivät ymmärrä näitä nimikkeitä et onko päihdetyöntekijä ja sit on kolmannen sektorin SaTu-työntekijä, et mitä eroa heillä on ja päihdetyöntekijä voi ohjata sitte katkaisuhuitoon, mihin SaTu-projektillaiset eivät voi tehdä, ni musta se on, minun mielestä se on päällekkäisyyttä, hieman”

”SaTu-projektin työntekijöille on ihan oma paikkansa ihan erillinen myös meidän päihdehoitajasta riippumaton, mikäs sen parempi et on SaTu-projektin työntekijä, joka myös tukee virallista arvioita ja ohjausta ja voi saattaa, voi niiku edesauttaa, että päästään kohti sitä kuitenkin niiku yhteistä tavoitetta”

Päihde- ja mielenterveyspotilaiden tarpeiden kokonaisvaltainen huomioiminen ja asiakkaan oman asiantuntijuuden kunnioittaminen antaa pohjaa luottamuksen synnylle palveluohjaajan ja asiakkaan välillä. Järjestötyöntekijä voi koettaa tuoda uusia, erilaisia näkökulmia ja lähestymistapoja sairaalaan ja asiakassuhteisiin. SaTu- projektityöntekijällä on aikaa on pysähtyä ja kuunnella ilman kiireen tuntua. SaTu-projektin palveluohjaajan rooli ja kansalaisjärjestöyön näkökulma näyttää poikkeavan perinteisestä viranomaisen roolista.

”neutraalimpi yhteistyökumppani ja sanoittaja, että on semmonen helpompi kanssakulkija”

”raskaan sarjan päihdekäyttäjiä ja kun tuntuu et ei oo mitään mitä tarjota, niin must se on tuntunu jotenki tosi kivalta, et on pystynyt ja sitten (SaTu-projektin työntekijä) on saanut kontaktin”

”heil on monella itsetunto aika matalalla ja näin he saa myös sitä tukee ja vahvistusta sille, että ihan sen välittämisen kautta, et joku on joka välittää ja auttaa”

”SaTu- projektin keinoin on tullu tällanen erittäin hyvä lisäarvo, että jos kontakti saadaan luotua, ni joku jää pitämään yhteyttä, joku jää soittelee, joku jää motivoimaa, tämä ei jää niiku lilluu tyhjän päälle, tämä mitä sairaalassa on aloitettu”

Ristiriitaa analyysissä aiheutti kokemus, voiko osastonsihteeri toimia tiedon välittäjänä sairaalan ja SaTu-projektin välillä. Osastojen sihteerit ovat toimineet eri osastoilla vaihtelevasti yrittäen auttaa tilanteen mukaan vastuullisessa tehtävässä. Asiakkaan ohjaaminen ja eri päihdepalvelusta tiedottaminen nähtiin kuuluvan osastonhoitajan tai omahoitajan vastuulle.

”myöskin haluaisin nähdä kun nämä meidän sihteerit on hyvin aktiivisia ja kun ne on siinä, että he ehkä voisi osallistuu aamukokouksiin, et he vois kysyä”

”sihteeri voisi kysyä et olisko, et samalla lailla, kun sydänkuntoutusohjaajalle laitetaan”

”sitä mä itse mietin, et onko se siinä aamupalaverin aikaan kun, vai sitten kun sihteerit on, sanoisivat ja samalla lääkärinkin kuulisi, et tänään on SaTu-projektin ihmiset täällä, et se vois olla ehkä, siinä on sosiaalityöntekijä mukana kanssa”

”se ei voi mennä sillee, mitä on välillä tapahtunu, että sihteeri sanoo että voit mennä (asiakkaan luo)”

”ei hän (asiakas) välttämättä tiedä, et meillä on päihdesairaanhoitaja tai hänellä on mahdollisuus tavata psykiatrista sairaanhoitajaa, tai

hänellä on mahdollisuus tällaseen palveluohjaajaan, niin eihän se info tuu potilaalle, jos ei joku kerro sitä”

”hoitajien pitäs reagoida niihin päihdepotilaisiin tai huumeiden käyttäjiin ja kysyä heiltä, että hei meillä on tällainen SaTu-projekti mahdollisuus ja laittaa post-it lappu tiettyyn kohtaan, potilaan paikka ja nimi, onko potilaalta kysytty, että onko hän kiinnostunut siitä, mutta tää systeemi ei toimi”

”ei osata ennakoida, että hei, SaTu-projekti on käytettävissä, sitä ei muisteta aina ja että tämä potilas vois olla just hyvä heille ja et tarvitsisi heidän palveluitaan”

”huonekohtainen hoitaja vuorossa, hoitajalla on yleensä 4 potilasta tai 5 illassa, viikonloppuisin, et siinä on kyllä mahdollisuus, jos vaan muistaa tämän ja tarttuu siihen tilaisuuteen”

”hyvä se olisi kokoajan pitää mielessä mitä meillä on mahdollisuus tarjota ja jokaisen potilaan kohdalla myös tämä (SaTu-projekti)”

Julkisen sektorin ja asiakkaiden välinen rajapinta on muuttumassa perusteellisesti. Asiakkaat eivät ole enää vain toiminnan kohteena, vaan palvelut tuotetaan yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin palvelut muodostuvat asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutuksen tulokseksi. (Virtanen & Stenvall 2014, 133–134). Hoitokäytäntöjen kehittämisessä julkisen hoitojärjestelmän tulee ottaa käyttöönsä kokemusasiantuntijoita löytääkseen uusia vaihtoehtoja vääristyneiden hoitokäytäntöjen korjaamiseksi. Vääristyneet hoitokäytännöt ovat seurausta asiakkaiden kokemasta riittämättömästä avunsaannista, joka on muuttanut päihdepotilaiden suhteen viralliseen hoitojärjestelmään hoidon hyväksikäyttäjärjestelmäksi. (Holopainen 2013, 148–149). Analyysin mukaan asiantuntijat toivovat saavansa lisää tietoa asiakkaan jatkohoidossa onnistumisista ja kokemusasiantuntijuudesta.

”must se oli nii hienoo, ku siellä puhu omasta kokemuksesta ja kun puhuu omasta kokemuksesta, ni se avartaa”

”kokemusasiantuntijat on usein se mielettömän hyvä tapa lähestyy, että he puhuu toisella jargonilla kuin me (asiantuntijat), siitä mitä ne palvelut on ja me usein unohdetaan avata sitä, että mitä siellä, lähdepä laitostuntoutukseen, sit ihminen tulee perille, ”ai tällainen juttu” ”

SaTu-projektissa on toiminut kokemusasiantuntija vuoden 2017 aikana. Kokemusasiantuntija toimii palveluohjaajan työparina sairaaloissa tuoden uutta sisältöä ja näkökulmaa työhön. Kokemusasiantuntijan mukaantulo oli uutta ja saattoi sen vuoksi aluksi aiheuttaa hämmennystä sairaaloissa. Asiantuntijoiden välisessä keskustelussa tuli esiin epätietoisuus, hämmennys sekä informaatiokatkos. Asiantuntijat auttoivat toisiaan ymmärtämään, mistä ilmiöstä oli kysymys.

"ihmettelen et, miks heitä pitää olla kaks , se must on kans vähä semmonen mikä tekee sen levottomuuden siinä, että kaks keskustelee siinä aulassa keskenään ja ei oikeen tiedä mitään ja hoitajat lähtee kysymään ja kaksittain mennään, ni se on musta vähä sillee, et jos ajatellaan ammattiryhmittäin, jos sä meet päihdetyöntekijälle, niin aina tulee vaan yksi, jos sä menet psykiatriselle sairaanhoitajalle, niin siellä tapaavat vain yhden, sit on tämä mikä tää kriisijuttu kun tulee niin defusingissä, niin siinä on useampi, mutta siis et minkä takia pitää olla kaks"

"heillä on välillä mukana tämmönen kokemusihmisen , jolla on päihdekokemusta , en muista miksi heitä sanotaan"

"kokemusasiantuntija ja sitte heillä voi myöskin olla opiskelija mukana , mutta ovat he välillä tiiminä SaTu- projektilliset ja välillä yksinkin"

Päihteisiin liittyvän riskikäytön tunnistamisen lisäksi olisi myös puhuttava enemmän siitä, että esimerkiksi alkoholiriippuvuus pystytään nykyisin hoitamaan tehokkaasti. AUDIT- (Alcohol Use Disorders Identification Test) (Seppä 2008, 12) kyselyjä ei tehdä sairaalassa systemaattisesti suosituksista huolimatta. Tässäkin puheeksi ottamisella ja kokemusasiantuntijuudella voisi olla merkittävä vaikutus.

Alkoholiriippuvuusdiagnoosin saanut asiakas saattaa kaikkien osapuolien tahtomatta kokea syyllistämistä, eikä myötätuntoa ole aina saatavilla (Seppä, Alho & Kiianmaa 2010, 5). Häpeän ja ongelman salailun vuoksi päihdeongelmat voivat jäädä hoitamatta tai havaitsematta sairaalahoidon aikana. Alkoholien tai muun päihteen käyttöä ei aina merkitä asiakkaan asiakirjoihin, sillä tieto katsotaan kuuluvan arkaluontoiseksi. Kun tiedot löytyvät asiakirjoista, voidaan potilaan päihteidenkäyttötottumuksia seurata. AUDIT -lomake tulee olla helposti

saatavilla, jotta niitä käytetään vastaanotoilla. (Korpilähde, Tarhala & Paanila 2008, 43).

”meillähän pitäs tehdä ne AUDIT- kyselyt kaikille potilaille , jotka vaan suinki pystyy niitä tekemään, ni siinähän ois jo tietysti semmonen et jos niissä audit pisteissä tulee ni sitte heti välittömästi kysyy että hei, et meil on tämmönen SaTu-projekti”

”piilevää päihteidenkäyttöä paljon toki osa heistä on sit jo palvelujen piirissä, mutta on sellasiakin jotka ei oo niin vielä välttämättä palvelujen käyttäjä, heille tämmösestä tukemisesta vois myöski olla hyötyä et se vois olla yksi mahdollisuus”

”meiän pitäs jakaa AUDIT- testejä, et jos ei henkilökunta halua niitä jakaa eikä koe sitä mitenkää tärkeenä, ni eihän sitä niiku sitä sellasta systemaattista etsintää sitten oo, et se jää toteutumatta, et jos joku työntekijä päättää et en mä halua tehdä, vaikka se missä lukis, missä ohjeissa, et mun tulis toimia näin, et mun mielestä se asenne saattaa vaikuttaa paljonkin”

”meillä ei oo toistaseks sellasia tekijöitä, jotka tietyllä tavalla pakottas työntekijät puhuu kauniimmin, tai tee toi mittari, kysy nämä asiat, vaan ne perustuu valintoihin myös, et vaikka ohjeet on, niin niitä ei välttämättä tehdä sen mukaan”

Päihde- ja mielenterveysongelmaan liittyvä häpeä voi saada potilaan kärsimään erilaisista peloista, eikä hän siksi ole halukas ottamaan päihdeongelmaansa sairaalassa esiin. Asiakkaan kokeman pelon taustalla voi olla esimerkiksi työn menettämisen tai leimatuksi tulemisen pelko. Hoitotyössä on hyvä tiedostaa häpeän ja syyllisyyden ero. Syyllisyys johtuu siitä mitä asianomainen tekee, kun taas häpeä johtuu itsessä olevasta ominaisuudesta, joka tulee nähdyksi. Syyllisyys on tunnetta väärin tekemisestä, kun taas häpeä on arvottomuuden ja tyhjyyden tunnetta (Kassila & Koskela 2016, 56–57). Työntekijän olisi hyvä tunnistaa nämä tunteet ja huomata ero asiakkaan kokemien tuntemusten välillä. Hoitotyöntekijä voi kokea myös avuttomuutta päihteidenkäyttäjän rinnalla (Havio ym. 2008, 67).

Ihmisen saattaa olla helpompi puhua päihteisiin liittyvistä tunteistaan henkilön kanssa, jolla ei ole kiire. Tietoisen arvioinnin kohteeksi joutuminen voi estää potilasta puhumasta ongelmistaan. Asiakas haluaa hänelle kuuluvat etuudet ja hoidon, mutta ei halua eritellä elämänsä viranomaiselle, jos heidän välillään ei ole luottamusta. Asiakkaalla voi olla ristiriitaisia kokemuksia, siitä miten

viranomaisen kanssa tulisi toimia. Joskus asiakkaalle on enemmän hyötyä, kun hän kieltää ongelmat. (Rauhala 2011, 21). Hoitointerventioilla on onnistumisen edellytyksiä vain, jos asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus on toimivaa. (Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Vormo & Ronkainen 2014, 276).

”ehkä (SaTu-projekti) asiakkaalle voi olla sitten vähä turvallisempi vaihtoehto, että siihen ei sisälly mitään virallista eikä arviointia eikä muuta et hänen ei oo pakko niiku mitään kertoa eikä joutua selkää seinää vasten mitattavaksi”

”ni se täytyy olla niiku kaikille hirveen selvä se ero, et ei saa tapahtuu näitä et on tapahtunu sitte yksittäisten potilaiden kohdalla tämmösiä vahinkoja, et marssijärjestys on ollu väärä on menty liian aikaisin ja muuta ja silloin tapahtuu sitten tän virallisen prosessin rikkoutuminen ja ongelmii siinä koska sit ei päästä tekemään kaikille päihdearviota sen takia että potilas myös kieltäytyy, koska hänellä on jo nyt kivempi juttu toisen kanssa”

Uusi palveluiden järjestäminen edellyttää uudenlaisia toimintatapoja jokaisen toimijan työssä; kehittämissideoita tuli esiin asiantuntijaryhmissä. Analyysi antoi viitteitä siihen, että yhteistyön tekemistä tulee jatkaa systemaattisemmin, jotta monitoimijainen rakenne muodostuu selkeäksi kaikille osapuolille. SaTu-projektin työpanoksen muistaminen ja mielessä pitäminen oli sairaaloiden hoitotyössä työskenteleville haasteellista. Sairaalan päihdesairaanhoidajan ja jalkautuvan järjestötoiminnan systemaattinen työparityyppinen työskentely yhdessä asiakasta tavaten voisi tukea asiakasta jatkohoidossa.

”meil on sellaset sijotuslistat, laittas niihin koska SaTu-projekti on et ottas siin aamukokouksessa siinä seitsemältä tai varttii yli seitsemän et tänää SaTu-projekti on täällä, nii voisni muistutella”

”nii koska siin vaihees hoitajat lähtevät raportille ni sit se on ehkä mielessä et tänää, ne vois sit poimia, sen koko päivän on mielessä”

”aamupalaverissa vastaavalla hoitajallahan siinä ois niiku semmonen rooli, et hän voi esimerkiks siinä kysyä, muistuttaa siitä että, hei kattokaas kaikki, että oisko SaTu-projektille”

”sit ku meillä on niin monenlaisii toimijoita siel päivystykses ja sit heil on eri esimiehet niin se on semmonen, että tässä huomaa näin jälkeinpäin että olisi semmosta esimiesyhteistyötä ja työntekijäyhteistyötä voinut vahvistaa”

”tällanen visio, että ku sairaalas on päihdesairaanhoidaja ni hänen työparina voisi olla ihminen , kellä olisi mahdollisuus liikkua ja kuka voisi jatkaa työtä sen kotiutumisen jälkeen”

SaTu-projekti on alkanut kerätä systemaattisesti asiakaspalautetta vuoden 2017 aikana. Järjestö- ja kuntayhteistyön yhteiselle arvioinnille tulee varata säännöllisesti aikaa. Elämäntilannetta ja palveluiden vaikuttavuutta tutkivia mittareita olisi syytä kehittää, sillä palvelun vaikuttavuutta on tutkittava. Asiakkaalla on oikeus saada tietoa palvelun vaikuttavuudesta.

”haasteena on kuitenkin semmosen kovan datan löytäminen vaikuttavuudesta koska ne on niin monen eri tekijän summa miksi joku sitten raitistuu ja sitte kuinka pitkäksi aikaa ja mikä johti sitten mihin”

Analyysin perusteella SaTu-projektin merkitys päivystyssairaaloissa osoittaa juurtumisen merkkejä. Asiantuntijat kuvaavat SaTu-projektityön näkyvän sairaalan arjessa.

”valvontaosastoo myöten SaTu-projektin ihmiset kulkee siellä ja kylmä uskoisin ja luotan siihen, semmonen käsitys mul on osastonhoitajista, et ne luottaa tähän SaTu-projektiin ja pitää tärkeänä, että (SaTu-projektin) yöntekijät kiertää siellä ja näkyy siellä”

”pitäisikö (SaTu-projektin työntekijöitä) olla vähän useampi, kun on kuitenkin 2 sairaalaa eri puolella kaupunkia, et miten aika riittää kaikkeen, et olisko kuitenkin asiakkailla tarvetta enemmänkin”

Sairaalan sosiaalityön ja SaTu-projektin välinen yhteistyö osoittautui erittäin niukaksi, eikä SaTu-projektin kanssa tehtävä yhteistyö näyttänyt saavuttaneen vielä konkretian tasoa. Syynä tähän mainittiin eri johtamisen rakenteet, jotka eivät kuitenkaan ole rakenteellisesti esteenä yhteistyön todentumiselle. Käytännön esteenä mainittiin sairaalan sosiaalityön jäävän etäiseksi osastojen hoitokäytännöistä ja prosesseista. Osastojen ja SaTu-projektin välistä yhteistyön käytäntöjä uudistamalla sosiaalityöllä voisi olla merkittävämpi rooli asiakkaan jatkohoidossa.

SaTu-projektitoiminnan mahdollisesti vakiintuessa on pohdittava uudelleen asiakasmäärien ja työntekijöiden lukumäärä, mikä on riittävä määrä työntekijöitä ja voidaanko mahdollistaa ympärivuorokautinen palveluntarjonta.

5.4 Yhteenveto ja pohdintaa SaTu-projektista

Haasteena nykyisessä päihdepalvelujärjestelmässä on oikea-aikainen palvelun kohdentuminen ja avun saanti. SaTu-projekti on kehittänyt päihde- ja mielenterveysasiakkaiden keskuudessa tehtävää monitoimijaista yhteistyötä sairaaloissa ja työmuoto on alkanut vakiintua. SaTu-projekti tunnetaan sairaalan hoitotyöntekijöiden joukossa sekä vanhojen asiakkaiden keskuudessa. Kuitenkaan kaikki ne asiakkaat, jotka voisivat hyötyä palveluohjaajan tapaamisista eivät analyysin mukaan systemaattisesti kohdennu SaTu-projektin piiriin, eivätkä he myöskään saa tarvitsemaansa tukea muualta. Näyttäisi siltä, päihde- ja mielenterveysongelmista kärsiviä potilaita kotiutuu sairaalasta ilman, että he olisivat saaneet tukea tai ohjausta ongelmien hallintaan ja hoitoon.

Kouluttamalla ja tiedottamalla sairaaloiden sisällä SaTu-projekti on pyrkinyt vastaamaan päihde- ja mielenterveyspotilaiden tarpeisiin. Sairaalan lääkäreiden ja hoitotyöntekijöiden proaktiivinen toiminta on merkittävää hoitosuhteen luomisessa ja monitoimijaisessa yhteistyössä.

Päihdeongelmaisten ihmisten määrä on kasvussa ja alkoholikuolemat lisääntyneet. Piilotetut sekä näkyvät päihdeongelmat jäävät hoitamatta tai havaitsematta vai onko niin, että päihdeongelmia ei ehditä tai haluta sairaalahoidon aikana havaita, sillä päihdehoidon katsotaan kuuluvan toisaalle. On tapauksia, joissa asiakas haluaa pitää päihdeongelman itsellään, eikä ole valmis ottamaan apua vastaan. Harva kuitenkin haluaa olla keskustelematta.

Hoitokustannukset ovat mittavia alkoholin ja päihteiden liikakäytön seurauksista johtuen. Alkoholin suurkulutus ja päihteiden kasvanut käyttö näkyy yhteiskunnassa työelämästä sairauspoissaoloina tai syrjäytymisenä. Päihteiden käyttöön liittyvä stigma on voimakas ja ongelman piilotteluun ajaa päihderiippuvaiseksi leimautumisen pelko. Päihteiden ongelmakäyttäjää ei voi tunnistaa ulkoapäin, eikä ole olemassa päihteiden käyttäjän prototyyppiä.

Hoitohenkilökunta ohjaa asiakkaan SaTu-projektin palveluohjauksen piiriin sairaalassa. Ohjaamisessa työntekijää estäviä yksittäisiä satunnaisia tekijöitä ovat kiire, työn kuormittavuus, epävarmuus, asenne, pelko toisen työntekijän

varpaille astumisesta sekä epätietoisuus oikeasta toimintatavasta. Vie aikaa ennen kuin vanhat työtavat täysin korvautuvat uudella. Uuden ja vanhan toiminnan sulautumisissa ja yhteentörmäyksissä tulee ratkaistavaksi uusia ristiriitoja ja kehitysmahdollisuuksia, joiden kautta toiminta vakiintuu ja leviää verkostossa (Vähäaho 2002, 66).

Monitoimijaisen yhteistyön toimintamallin käyttöönotto sairaalaorganisaatiossa tukisi yksittäisen työntekijän sekä työryhmän vastuullista ja ennaltaehkäisevää toimintaa sekä varmistaisi asiakkaan paremman palvelunsaannin ja yhdenvertaisuuden toteutumisen. SaTu-projektin myötä uudenlaisen toimintatavan käyttöönotto on alkanut vakiintua, mutta muutoksen hidas eteneminen on ymmärrettävää, sillä sairaaloiden asiantuntijaorganisaatioilla on pitkä historia ja ajan saatossa kehittyneitä rutiineja, joita uusi tapa toimia kyseenalaistaa. Tämän vuoksi tarvitaan vielä systemaattista yhteistyön jatkuvuuden takaavaa kehittämistoimintaa, jotta asiakaslähtöinen toimintatapa juurtuu ja systemaattinen toimintamalli vakiintuu.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida työn suunnitteluvaiheen, aineistonkeruun ja analyysin vaiheiden perusteilla sekä prosessin dokumentaatiolla. (Kananen 2012, 172). Toin esiin mahdollisimman yksityiskohtaisesti ja tarkasti tutkimusprosessin kaikki etenemisvaiheet. Luotettavuutta tässä tutkimuksessa varmentaa aineiston luetuttaminen osalla tutkimukseen osallistuneista.

Fenomenografisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit koskevat aineiston sekä merkityskategorioiden validiteettia kahdella tasolla, joita ovat aitous ja relevanssi. Laadullisen *aineiston* luotettavuutta voi mitata tarkastelemalla aineiston aitoutta eli toisin sanoen puhuivatko tutkimushenkilöt samasta asiasta kuin tutkijana oletin ja vastasivatko omat tulkintani tutkimushenkilöiden tarkoittamia ilmaisuja. Tämän vuoksi pyysin osallistujia fokusryhmissä aluksi keskustelemaan monitoimijaisuudesta ja kuvaamaan käsitettä konkreettisesti oman työn näkökulmasta. Näin pystyin varmistumaan, mitä tutkittavat tarkoittivat monitoimijaisella yhteistyöllä, kuinka he ymmärsivät käsitteen ja toivat esiin sen merkityksen. Laadullisessa tutkimuksessa *tulkintojen* validiteetti kertoo siis tutkimuksessa esiin tulleen tiedon luotettavuudesta toisin eli vastaavatko tulkintani tutkimushenkilöiden ilmaisuja ja tarkoittamia merkityksiä sekä vastaavatko tulkinnat teoreettisia lähtökohtia (Ahonen 1994, 129–131). Aineiston analyysissä tein tulkintoja oman ammattitaidon, teoreettisen tiedonhankinnan ja sosiaalialan koulutusohjelman pohjalta. Tulkinnat ja näkökulmat saattavat olla eriäviä terveysalan koulutuksen saaneilla henkilöillä, kuten tulkinnat aina ovat riippuvaisia tutkijasta. Validiteetiltaan luotettava tutkimus tutkii sitä, mitä on luvattu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136–138) eli toisin sanoen aineisto on relevantti tutkimuskysymyksiin nähden. Aineisto vastaa tutkimuskysymyksiin, jotka ovat sivulla 11.

Fenomenografisten tutkimustulosten merkitys perustuu johtopäätösten teoreettisiin ongelmiin, eikä keskity vain kuvaamaan vaan myös selittämään käsityksiä. Luotettavuus perustuu myös *johtopäätösten* validiteettiin eli ovatko tulkintojen merkitykset samoja (aitous), joita tutkittavat ovat tarkoittaneet, eikä ole tutkijana ylitulkinnut ilmaisuja.

Olen pyrkinyt hankkimaan aineistoa syvyysuunnassa, eikä laajuussuunnassa. Siksi tutkimushenkilöiden joukko on pieni, kooltaan 16. Fenomenografinen tutkimus ei voi tavoitella *yleistettävyyttä*, mutta sen avulla voidaan tavoitella *tulosten yleisyyttä*, jotta käsityksiä voidaan tarkastella teoreettisella, universaalien käsitteiden tasolla (Ahola 1994, 152).

Tutkimusraporttia kirjoittaessani olen pyrkinyt luomaan johdonmukaisen raportin ja säilyttämään kauttaaltaan ajatuksellisen yhtenäisyyden tekstissä. Aineistonkeruuprosessi on ollut hyvin järjestetty, koossa pysyvä ja häiriötön. Aineisto on osoittautunut riittäväksi ja henkilöt ovat saaneet rauhassa ilmaista itseään. Aineistonkeruuseen liittyvät erityispiirteet ja eettiset ongelmat olen avoimesti tuonut esiin luvussa, jossa käsittelen tutkimusprosessin eettisyyttä. Tutkimusprosessin kesto kokonaisuudessaan oli 15 kuukautta, joka on oleellinen tieto tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa.

6.2 Tulosten hyödynnettävyys

Fokusryhmähaastatteluja käytetään silloin, kun on tarkoitus kehittää uusia ideoita, paljastaa asiakkaiden tarpeita tai kehittää uusia palveluja. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62.) Fokusryhmähaastattelut tässä tutkimuksessa olivat tyypiltään monitoimijaisen yhteistyön nykytilaa kuvailevia ja arvioivia käsityksiä. Asiantuntijat keskustelivat avoimesti, toivat esiin omia käsityksiä ja kokemuksia monitoimijaisesta yhteistyöstä, yhteistyön kehittämisen näkökulmia sekä SaTu-projektin merkityksiä.

Analyysin tulosten avulla voidaan auttaa vakiinnuttamaan uusi toimintatapa syvemmälle juurtuen sairaalaorganisaatioon ja saman aikaisesti pyrkiä synnyttämään uusia kehittämisinnovaatioita pyrkien tuomaan esiin uutta ymmärrystä ilmiöstä tutkimuksesta nousseiden teemojen avulla. SaTu-projekti ja Tukikohta ry voivat hyödyntää tuloksia oman toimintansa arvioinnissa ja päihdetyön jatkokehittämisessä. Mikäli SaTu-projektille myönnetään jatkotukea Sosiaali ja terveysjärjestöjen avustuskeskuksesta (STEA), voidaan tuloksia tarkastella monitoimijaisen yhteistyön jatkuvuuden näkökulmasta pyrkien vaikuttamaan analyysissä ilmi tulleisiin avaintekijöihin ja kehittämiskohteisiin palvelun vakiinnuttamiseksi.

Sote- ja maakuntauudistusta tehdessä tarvitaan ajankohtaista tutkimustietoa. Tämän tutkimuksen päättyessä ei ollut tietoa, kuinka terveydenhuolto, päivystys sekä päihdepalvelut organisoidaan; tarjotaanko päihteidenkäyttäjille päihdehuoltolain mukaisesti systemaattista tukea ja palveluohjaustyötä päivystyssairaaloissa. Maakunnissa tulisi olla valmius sairaaloiden yhteydessä päihdepalvelujen ja palveluohjauksen järjestämiselle, sillä kysyntää ja tarvetta on valtakunnallisesti. Lapin yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa on luotu malli, joka sopii hyvin pienille paikkakunnille (Vesa ym. 2017). Suuremmissa kaupungeissa voidaan hyödyntää SaTu-projektin luomaa toimintamallia. Sairaaloissa palveluohjausta tai järjestön tukipalvelua tarjoamalla pystytään tavoittamaan oikea-aikaisesti päihteiden ongelmakäyttäjät sekä ne henkilöt, jotka eivät systemaattisesti kohdennu minkään muun palvelun piiriin. Mallia vakiinnuttamalla voidaan myös vähentää sairaalan hoitohenkilökunnan kokemaa kuormitusta.

6.3 Tulosten merkitysten pohdintaa ammattiosaamisen näkökulmasta

Halusin tutkia monitoimijaista yhteistyötä, sillä teema kiinnosti minua oman työn näkökulmasta. Halusin vastata tutkimuksellani ajankohtaiseen työelämän tarpeeseen. Tukikohta ry:ltä noussut aihe, SaTu-projektin ja päivystyssairaaloiden välinen yhteistyö tuki valintaani myös oppimisen näkökulmasta, sillä järjestölähtöisestä päihdetyöstä minulla ei ollut aiempaa

kokemusta. Aihe sopi mielestäni myös hyvin ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opintokokonaisuuteen, jossa teemana on päihteet ja syrjäytyminen.

Tutkimustulokset avasivat hyvin monitoimijaisen yhteistyön rakentumista päivystyssairaaloiden näkökulmasta. Analyysi antoi uutta tietoa niistä tekijöistä, joihin kukin asiantuntija voi omalla panoksellaan olla vaikuttamassa monitoimijaisen yhteistyön rakentumisessa. SaTu-projektista kertovat analyysin tulokset vahvistivat omaa perusteltua näkökulmaani monitoimijaisen yhteistyön hyödystä ja merkityksestä asiakkaan kannalta.

Järjestöjen ja kuntien välistä yhteistyötä tullaan lisäämään sosiaali- ja terveysaloilla eri konteksteissa. Tutkimusprosessi kehitti omaa ajankohtaista päihdeosaamista ja vahvisti käsitystäni, jonka mukaan päihde- ja mielenterveystyön tuki tulisi ottaa käyttöön systemaattisesti terveydenhuollon palveluihin sekä sairaaloiden yhteyteen.

Monitoimijaisen yhteistyön edellytykset ovat organisaatiokohtaisia. Edellytysten todentuminen lähtee organisaation hallinnosta ja yhdessä sovitusta säännöistä, jotka tukevat yksilöä työntekijäkohtaisissa moraalisisissa ja eettisissä ratkaisuissa. Viime kädessä on kyse on kunkin yksilön itsensä johtamisen taidoista ja vuorovaikutuksellisista valmiuksista. Päihde- ja mielenterveysasiakkaan kohtaaminen tulisi ottaa mukaan kaikkiin sosiaali- ja terveysalan koulutuksiin ja opetussuunnitelmiin. Prosessi vahvisti omaa asiantuntijuutta asiakkaan ennakkoluulottomassa kohtaamisessa ja sen merkityksessä.

Tulokset osoittivat, että on tarve kehittää sairaalan päihdepalveluja. Tärkeää on pyrkiä vahvistamaan päihde- ja mielenterveysasiakkaan toimijuutta ja asiakasnäkökulmaa. Päihdehoidossa on korostettu asiakkaiden omatoimisuuden kunnioittamista, joka on tärkeä lähtökohta asiakastyössä. Huomioitava on, että vaatimus päihdeasiakkaan omatoimisuudesta ei välttämättä ole merkki asiakkaan arvostamisesta, vaan se voi olla merkki välinpitämättömyydestä ja kielteisestä asenteesta päihde- ja mielenterveysasiakkaita kohtaan (Nuorvala, Halmeaho & Huhtanen 2007, 139; 141). Päihdehoidon tiukat kriteerit, lyhyet

hoitajaksot ja kotiutumisen myötä hoidon keskeytyminen eivät tue asiakaslähtöisyyttä. Olettamus, että päihderiippuvuuden kanssa kamppaileva henkilö kykenee hakeutumaan itsenäisesti palvelujärjestelmiin on kohtuuton. Torjuva suhtautuminen päihteiden käyttäjiä kohtaan ei tue palvelun ja tuen vastaanottamishalukkuutta, vaan lisää eriarvoisuuden kokemusta, yhteiskunnan kahtia jakautuneisuutta sekä syrjäytymistä.

Asiakkaat ovat enemmän tietoisia omista oikeuksistaan ja siitä, minkälaista palvelua ja kohtelua sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän tulisi tarjota. Sote-uudistus muuttaa palvelujärjestelmää. Päihdepalveluja tulee uudistaa perustasolta lähtien, josta päihdeongelman havaitsemisen ja hoidon tulisi mielestäni alkaa. Sote-uudistukseen liittyvä vaatimus yksityisten palvelujen toimimisesta täysin tasavertaisina julkisten rinnalla näyttää toteutuvan, mutta varmuutta ei ole. Julkisen toiminnan ensisijaisuutta perustellaan palvelujen tasapuolisella turvaamisella kaikille, erityisesti huono-osaisimmille. Uhkana on, että päivystyssairaalan palvelun laatu kärsii muutoksessa. Nähtäväksi jää, kuinka palvelut tullaan Sote- uudistuksen ja maakuntauudistuksen myötä järjestämään. Toivottavaa olisi, että SaTu-projektin ja päivystyssairaaloiden hyvälle alulle edennyt yhteistyö vakiintuu tulevien uudistusten ja palvelurakennemuutosten keskellä. On pohdittava, kuinka toiminta rahoitetaan jatkossa. Valinnanvapautta koskevan uudistuksen toteutuessa päihde- ja mielenterveysasiakkaan palveluiden jatkumot tulisi taata ja palvelun saatavuuden kohentua.

Ammattiosaamisen näkökulmasta tutkimusprosessi vahvisti omaa asiantuntijuutta monitoimijaisessa yhteistyössä tuoden lisäksi merkittävästi uutta tietoa päihdetyöstä ja nykytilanteesta päivystyssairaaloissa. Tutkimusprosessi vahvisti valmiuksiani organisatorisissa taidoissa sekä toi uudenlaista varmuutta toimimiseen erilaisissa monitoimijaisissa rajapinnoissa, kuten esimerkiksi terveysalan toimijoiden kesken. Analyysi vahvisti ymmärrystäni, kuinka kukin toimija omalla työpanoksellaan vaikuttaa, niin organisaation ulkoisissa kuin sisäisissä rajapinnoissa, nämä vaikuttavat monitoimijaisen yhteistyön rakentumiseen sekä työhön heijastuvaan ilmapiirin laatuun. Monitoimijaisen yhteistyön ilmapiirin sekä vuorovaikutussuhteen laatu heijastuu suoraan asiakkaan kokemukseen sekä vaikuttaa asiakasprosessin etenemiseen. Tähän olisi kiinnitettävä mielestäni enemmän huomiota, kun haluamme kehittää

monitoimijaisesti sosiaali- ja terveysalan palveluita. Konkreettisesti yhteisessä työssä olisi sovittava yhteisiä käytännön pelisääntöjä.

Tutkimusprosessi kokonaisuutena oli opettavainen. Tutkimuksen toimintakenttä oli laaja; julkisen sektorin yhdistyminen kolmannen sektorin työelämäkumppaniin. Olennaisen hahmottamisen ja kokonaisuuden rakentamisen lisäksi aloin tarkastelemaan itseäni toimijana verkostossa; ikään kuin ulkoapäin. Nyt jälkikäteen arvioin ja tunnistan entistä kriittisemmin itsessäni ne seikat, jotka vaikuttavat monitoimijaisen yhteistyön rakentumiseen ja kuinka voin oman toiminnan avulla pyrkiä vaikuttamaan. Oma rohkeus ja asenne, epätietoisuudesta huolimatta, on tärkeää. On hyvä osata ääneen perustella itselleen ja työkaverille, miksi toimin tai en toimi tietyssä tilanteessa. Tarvitaan lisää avoimuutta, joustavuutta sekä aikaa yhteisten tavoitteiden eteen työskentelemiseksi. Yhteinen tavoite, joka yhdistää sosiaali- ja terveysaloja on asiakasnäkökulman vahvistuminen.

6.4 Johtopäätökset ja ehdotukset jatkotutkimukselle

Tutkimus antoi vastauksia tutkimuskysymyksiin. Esiin nousseiden näkökulmien ja ilmiöiden myötä on SaTu-projektin myötä on uuden oppimisen kautta tullut myös uudenlaista ajattelua verraten edellisiin tutkimuksiin. Tutkimus vahvisti edellistä tutkimusnäyttöä monitoimijaisen yhteistyön kehittämisen tärkeydestä ja päihde- sekä mielenterveysasiakkaiden hoitoprosessien kehittämisestä. Tutkimus antoi vahvistusta sille, että uusi toimintamalli päihde- ja mielenterveysasiakkaan hoitamisessa päivystyssairaaloissa on otettu positiivisesti vastaan. Muutos vaikuttaa väistämättä myös sairaalan sisäiseen hierarkiaan ja alkaa vähitellen näkyä kulttuurimuutoksena. Järjestötoiminnan luomaa mallia ja ylisektorirajojen tapahtuvaa työparitoimintaa voisi ottaa käyttöön systemaattisesti kohdentaen työtä valtakunnallisella tasolla ja päihdetyötä alueellisesti koskevan tarpeen mukaan. Rajapintatyöskentelyä tulee kehittää tehokkaammin konkretian tasolla sosiaali- ja terveysaloilla, jotta asiantuntemuksen hyödyt yhdistyvät terveydenhuollon ja sosiaalialan

koulutuksen saaneiden henkilöiden kesken. Sosiaali- ja terveysalan yhdistävien käytäntöjen ja yhteisten eettisten ohjeiden kehittäminen tukisi monitoimijaisen asiakastyön edistämistä.

Asiakaslähtöisen työn jalkautuminen edellyttää joustavia rakenteita. Tutkimuksen tärkein johtopäätös liittyy analyysin avaintekijöiden ratkaisujen kehittämistarpeeseen sairaalan sisäisessä suunnittelu- ja kehittämistyössä. Neljä avaintekijää ovat asiakkaan näkökulman vahvistaminen, verkoston dialogin lisääminen, sairaalan sisäinen ja verkoston välinen tiedottaminen sekä monitoimijaisen rajapintatyöskentelyn tehostaminen asiakkaan jatkohoidossa.

Asiantuntijoiden käsitykset ja kokemukset monitoimijaisesta yhteistyöstä SaTu-projektin kanssa olivat pääsääntöisesti erittäin myönteisiä. Analyysissä esiin tulleet ristiriidat ja poikkeavuudet osoittivat asenteiden ja informaatiokatkosten vaikuttavuuden yhteistyön todentumisessa. Analyysin mukaan näyttää siltä, että monitoimijainen yhteistyömalli ei ole täysin päässyt etenemään tasaisesti sairaalan kaikille toimijoille, siksi monitoimijaisista kehittämistyötä olisi syytä jatkaa avaintekijöihin kohdennettuja ratkaisuja etsien. Kehittämisessä ja vaikuttamistyössä on jokaisen toimijan työpanos merkityksellinen.

Tutkimustuloksia voidaan suhteuttaa kaupungin sairaalaorganisaation monitoimijaisen yhteistyön kehittämisessä, laajentamisessa sekä SaTu-projektitoiminnan kehittämisessä. Raportin tuloksia voidaan myös soveltaa eri sosiaali- ja terveysalojen toimipisteisiin kuntien ja järjestöjen välisessä kehittämistoiminnassa. Tuloksia hyödyntämällä asiakkaat voisivat hyötyä päivystyssairaalan toimijaverkoston asiantuntevista palveluista oikea-aikaisella, kokemuksellisesti hyödyttävällä sekä asiakasmyönteisellä tavalla.

Sote-uudistuksen ratkaisu on kesken, uudistuksen myötä tehtävät muutokset palvelujärjestelmässä tähtäävät asiakkaan yhdenvertaisten palvelujen takaamiseen. Yhdenvertaisuus ja valinnanvapauden toteutuminen voivat merkitä päihde- ja mielenterveysasiakkaiden näkökulmasta ratkaisevasti paranevia palvelun saannin mahdollisuuksia. Vaarana ja uhkakuvana voi olla toinen ääripää; päihdeongelmien kasvun myötä yhteiskunnan syvempi jakautuminen ja eriarvoisuuden lisääntyminen, mikäli asiakaslähtöiseen, monitoimijaiseen

yhteistyöhön ei panosteta riittävästi. Tulevassa Sote-uudistuksessa tulee huomioida, että kaikki asiakasryhmät eivät kykene itsenäisesti hakeutumaan palveluiden piiriin. Ongelmien varhainen tunnistaminen, puheeksi otto ja monitoimijainen yhteistyö yhdistettynä jalkautuvaan päihdetyömalliin on merkittävä keino estää esimerkiksi asiakkaan syrjäytymiseen johtava kehitys.

Vie aikaa ennen kuin julkisen sektorin ja järjestöyhteistyön monitoimijainen yhteistyö vakiintuu käytäntöön, siksi toimivan käytännön purkaminen aiheuttaisi lisää hämmennystä asiakkaiden keskuudessa. SaTu-projekti ja Helsingin kaupunki aloittivat yhteistyötoiminnan ja palvelun kehittämisen vuonna 2014 Haartmanin sairaalasta käsin. Vuonna 2017 toimintamalli näyttää juurtumisen merkkejä käytännössä. Näyttää myös siltä, että mallia voidaan olla laajentamassa muihin sairaaloihin. Kuntastrategiassa tulee huomioida uusien toimintamallien vakiinnuttaminen myös budjetoinnin osalta, jotta vuosien yhteinen kehitystyö ei valu hukkaan. SaTu-projektin merkitys päihteiden käyttäjien hyvinvoinnin edistäjänä sekä monitoimijaisuuden kehittämisessä sairaalan päihdehoitotyössä on ollut suuri.

Mikäli systemaattinen päihdetyö ja palveluohjaus päivystyssairaaloissa otettaisiin toimintatavaksi tarvitaan tietoa vaikuttavuudesta. Jatkotutkimuksen aiheena olisi hyvä selvittää päivystyssairaaloiden monitoimijaisen yhteistyön todentuminen asiakkaan kokemana. Tutkimustietoa ja kokemuksia tulee kerätä palvelunkäyttäjän näkökulmasta. Lisäksi tarvitaan myös mittareita vaikuttavuuden arvioimiseksi. Suoraan asiakastyöhön tarvitaan uusia menetelmiä asiakasnäkökulmaa vahvistamaan. Toisaalta uusia menetelmiä ei välttämättä tarvita, mikäli vanhat otetaan systemaattisesti käyttöön. Tulevassa tutkimustyössä olisi tärkeää saada tietoa asiakasta koskevista hyödyistä päihdepalveluissa. Uusien palvelujen suunnitteluvaiheessa asiakkaan kokemusasiantuntijuus tulee nostaa lähtökohdaksi.

Asiakasnäkökulman tutkimisen lisäksi uuden palvelumallin vakiinnuttua tulee tehdä arviointitutkimusta päihdetyön näkökulmasta, esimerkiksi monitoimijaisen yhteistyön tuomista yhteiskunnallisista hyödyistä.

LÄHTEET

- Ahonen, S. (1994). Teoksessa L. Syrjälä, S. Ahonen, E. Syrjäläinen & S. Saari (toim.) Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Fenomenografinen tutkimus (s.114–60). Helsinki : Kirjayhtymä Oy.
- Alasuutari, P. (2011). Laadullinen tutkimus 2.0 (4. uud. p. ed.). Tampere: Vastapaino.
- Aura, O. & Ahonen, G. (2016). Strategisen hyvinvoinnin johtaminen. Helsinki: Talentum pro.
- Behm, M. (2015). Ihanteet ja arki päihteiden käytön puheeksiottotilanteissa päivystysvastaanotoilla : Eettisten periaatteiden toteutuminen. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Itä-Suomen yliopisto. Kuopio: Grano Oy.
- Ehrling, L. (2009). Teoksessa T. Tammi, M. Aalto, A. Koski-Jännes (toim.) Irti päihdeongelmista (s.145–171). Helsinki: Edita.
- Finch, H. & Lewis, J. (2003). Teoksessa Qualitative research practice. A Guide for Social Science Students and Researchers. Focus groups (s. 170–198). London: Sage Publications.
- Gothóni, R., Hyväri, S., Karjalainen, A. L., Kivirinta, M., Kolkka, M. & Vuokila-Oikkonen, P. (toim.) (2016). Osallistavan ja tutkivan kehittämisen opas. (Diak opetus, 2). Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://libguides.diak.fi/tutkehopas>
- Haavisto, K. (2017). Päihdeongelmat ja sosiaalityö. Teoksessa A. Kananoja, M. Lähteinen & P. Marjamäki (toim.) Sosiaalityön käsikirja. (4., uudistettu laitos ed.) (s. 290–298). Helsinki: Tietosanoma.
- Havio, M., Inkinen, M., & Partanen, A. (2008). Päihdehoitotyö (5., uud. laitos ed.). Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (2008). Tutkimushaastattelu : Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Holmberg, J. (2016). Hoitajana mielenterveys- ja päihdetyössä (1. painos ed.). Helsinki: Edita.
- Holopainen, A. (2013). Päihdetyön hoitokulttuurin ongelmia. Teoksessa T. Peltoniemi (toim). Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040 (s.147–149). Helsinki: Lönnberg painot Oy.

- Hyttinen, L. (2001). Yhteisellä matkalla : Palvelunohjauksen toimintamallia hakemassa. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Hyvönen, S. (2004). Moniulotteista ja moniammatillista yhteistyötä muutosten keskellä : Tutkimus perusterveydenhuollon mielenterveystyöstä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto. Saatavilla <http://tampub.uta.fi/handle/10024/67807>
- Häkkilä, K., & Tourula, M. (2013). Järjestöt ja kunta hyvinvointia edistämässä : Näkökulmia järjestö-kuntayhteistyöhön. Helsinki: SOSTE Suomen sosiaali ja terveys.
- Häkkinen, K. (1996). Fenomenografisen tutkimuksen juuria etsimässä. Teoreettinen katsaus fenomenografisen tutkimuksen lähtökohtiin. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos.
- Isoherranen, K. (2004). Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.
- Isoherranen, K. (2012). Uhka vai mahdollisuus : Moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.
- Isoherranen, K., Rekola, L., & Nurminen, R. (2008). Enemmän yhdessä : Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Järnmark, A. (2013). Moniammatillinen yhteistyö Haartmanin sairaalassa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma, Diakonia-ammattikorkeakoulu. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201305066593>
- Kananen, J. (2012). Kehittämistutkimus opinnäytetyönä : Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Karvinen, I. (2015). Vuorovaikutus ja yhteistyö oppimisen ja osaamisen kartuttamisen lähteinä, Teoksessa J. Helminen (toim.) Osaamiseksi kokemus jokainen : Näkökulmia oppimiseen ja hyvinvointialalla tarvittavan osaamisen muodostumiseen (s.109–121).Tallinna: United Press Global.
- Kassila, T., & Koskela, K. (2016). Ihme alkaa nyt : Uusia näkökulmia riippuvuuden taustoihin ja hoitoon. Helsinki: Viisas elämä.

- Korpilähde, A. , Tarhala, M. & Paanila, T. (2008) Teoksessa K-L Seppä (toim.) Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Valtakunnallinen mini-interventiohanke (s. 27–49). Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Helsinki: Yliopistopaino.
- Koski, A.(2015) Teoksessa J. Helminen (toim.) Osaamiseksi kokemus jokainen : Näkökulmia oppimiseen ja hyvinvointialalla tarvittavan osaamisen muodostumiseen. Oppiminen kehittyvässä työyhteisössä (s.192–206). Tallinna: United Press Global.
- Koski-Jännes, A. (2013). Hoitotutkimustieto kentän käyttöön. Teoksessa T. Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040 (s.138–144). Helsinki: Lönnberg painot Oy.
- Krueger, R. A., & Casey, M. A. (2009). Focus groups : A practical guide for applied research (4th ed ed.). Thousand Oaks, Calif.: SAGE.
- Kuula, A. (2011). Tutkimusetiikka : Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys (2., uud. p. ed.). Tampere: Vastapaino.
- Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Vormo, H., Ronkainen, J-E. (2014) Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 79:3 (s. 264–276). Saatavilla 28.10. 2017 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116222/kuussaari.pdf?sequence=2>
- Kuussaari, K., Partanen, A. & Stenius, K. (2013). Teoksessa K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt (toim.) Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Päihdeasiakas sosiaali- ja terveydenhuollon haasteena (s.146–159). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kyngäs, H. (2007). Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- L1325/2014. Yhdenvertaisuuslaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=yhdenvertaisuuslaki%20>
- L1326/2010. Terveydenhuoltolaki. Saatavilla <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

- L41/1986. Päihdehuoltolaki. Saatavilla
<https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1986/19860041?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=p%C3%A4ihdehuoltolaki>
- Laitila, M. (2010). Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä : Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Saatavilla <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0224-5>
- Liamputtong, P. (2011). Focus group methodology : Principles and practice. Los Angeles: SAGE.
- Metsämuuronen, J. (2006). Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp.
- Murto, L. (2003). Sosiaali- ja terveysjärjestöt hyvinvointipalvelujen tuottajina. Teoksessa J. Niemelä & V. Dufva (toim.) Hyvinvoinnin arjen asiantuntijat. Sosiaali- ja terveysjärjestöt uudella vuosituhanella (s.64–85). Jyväskylä: PS-kustannus.
- Mäkelä, K. (1990). Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus.
- Mäkelä, R. & Murto, L. (2013). Päihdehuollon palvelujärjestelmä. Teoksessa T. Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040 (s. 91–97). Turku: Lönnberg painot Oy.
- Mäkisalo-Ropponen, M. (2012). Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla (2. p. ed.). Helsinki: Tammi.
- Möttönen, S., & Niemelä, J. (2005). Kunta ja kolmas sektori : Yhteistyön uudet muodot. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Niikko, A. (2003). Fenomenografia kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Joensuu: Joensuun yliopisto.
- Niiranen, V. (2017) Moniammatillisten verkostojen johtaminen. Teoksessa S. Rissanen & J. Lammintakanen (toim.) Sosiaali- ja terveysjohtaminen (s.129–146). Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Nuorvala, Y. , Halmeaho, A. & Huhtanen, P (2007). Verukkeiden verkossa. Teoksessa S.Hänninen, J. Karjalainen, K. Lehtelä & M. Halmeaho (toim). Pääsy kielletty! : Poiskäännyttämisen politiikka ja sosiaaliturva (s. 116–156). Helsinki: Stakes.

- Nyman, A. (2011). Päihdehoitotyö päivystyksessä. Opinnäytetyö, Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma. Saatavilla <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-201105198661>
- Otala, L. (1996). Oppimisen etu – kilpailukykyä johtamassa. WSOY, Helsinki.
- Payne, M., & Campling, J. (2000). Teamwork in multiprofessional care. Basingstone: Macmillan.
- Pikaopas helsinkiläisen palveluihin (2016). Saatavilla 14.10.2017 <https://www.hel.fi/static/helsinki/palveluopas.pdf>
- Puchalski, C.M. & Ferrel, B. (2010) Making health care whole. Integrating spirituality into patient care. PA: Templeton Press. West Conshohocken.
- Rauhala, H. (2011). Palveluohjaus. Työmalli huumeita käyttävien asiakkaiden kanssa työskentelyyn. Omaiset huumeiden tukena ry. Helsinki: PicaScript Oy.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P., & Hyvärinen, M. (2010). Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino.
- Saaren-Seppälä, T. (2008). Kollektiivinen tietovarantopöytätyössä. Teoksessa J. Parviainen (toim). Kollektiivinen asiantuntijuus (s.309–340). Tampere: Tampere University Press.
- Sairaanhoitajien eettiset ohjeet (2014). Saatavilla 29.10.2017 <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Satka, M., Julkunen, I., Kääriäinen, A., Poikela, R., Yliruka, L. (2016). Käytäntötutkimuksen taito. Kustannuspaikka tuntematon: Heikki Waris -instituutti ja Mathilda Wrede -institutet.
- Seikkula, J. & Arnkil, T.E. (2005). Dialoginen verkostotyö. Helsinki: Tammi.
- Seppä, K. (2008). Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon : Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Selvityksiä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Seppä, K., Alho, H., Kiiänmaa, K., & Aalto, M. (2010). Alkoholiriippuvuus. Helsinki: Duodecim.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Selvityksiä 2006:65. Helsinki: sosiaali- ja terveysministeriö.

- Sosiaalialan ammattihenkilön eettiset ohjeet (2017). Arki, arvot ja etiikka. Saatavilla 29.10.2017 <http://talentia.e-julkaisu.com/2017/eettiset-ohjeet/>
- Sote- ja maakuntauudistus. Hallituksen reformi. Päivystysuudistus kokoaa palveluja alueellisesti - sosiaalipäivystyksen ja terveydenhuollon yhteistyötä vahvistetaan. Saatavilla 28.11.2016 http://alueuudistus.fi/artikkeli/-/asset_publisher/1271139/paivystysuudistus-kokoaa-palveluja-alueellisesti-sosiaalipaivystyksen-ja-terveydenhuollon-yhteistyota-vahvistetaan
- Stewart, D. W., Shamdasani, P. N., & Rook, D. W. (2006). Focus groups : Theory and practice (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Suominen, S. & Tuominen, M. (2007). Palveluohjaus–Portti itsenäiseen elämään. Helsinki: Profami oy.
- Suominen, S. (2002). Henkilökohtainen palveluohjaus : Case management mielenterveystyössä. Helsinki: Omaiset mielenterveystyön tukena, Uudenmaan yhdistys.
- Tukikohta ry (2015) Vuosikirja 2015.
- Tukikohta ry (2017). Saatavilla 3.10.2017 <http://tukikohta.org/>
- Tuomi, J., & Sarajärvi, A. (2009). Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi (5. uud. p. ed.). Helsinki: Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla 4.10.2017 http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Varjonen, V., Tanhua, H. & Forsell, M. (2013). Finland Drug situation 2013. National institute for Health and Welfare. 147 pages. Tampere: Finland 2014.
- Vertio, K. (2014). Vahvemmat yhdessä. Moniammatilliset toimintamallit arjen turvallisuuden parantamiseksi. Sisäinen turvallisuus. Sisäministeriön julkaisu 31/2014. Helsinki: sisäministeriö. Saatavilla http://phekaisevatyo.pbworks.com/w/file/attach/91280424/Vahvemmat_yhdessa_2014.pdf

- Vesa, E.& Orjasniemi, T.& Skaffari, P. (2017). Ikääntyvien päihdeongelmaisten naisten tuen tarpeet ja kotiin jalkautuvan päihdetyön mallin kehittäminen. *Gerontologia*, 31(1) (s.23–37). Saatavilla <https://journal.fi/gerontologia/article/view/61050/22643>
- Virtanen, P. & Stenvall, J. (2014). Älykäs julkinen organisaatio. Helsinki: Tietosanoma.
- Von Wright, J. & Stenius, K. & Naess, O.& Nesvåg, S. (2016). Lokalt nytänkande inom missbruksvården. Saatavilla 27.11. 2017 <http://www.nordicwelfare.org/Publications/Inspirationshefter/Lokalt-nytankande-inom-missbruksvarden/>
- Vähäaho, T. (2002) Asiantuntijuus ja rajanylitykset. Teoksessa I. Pirttilä ja S. Eriksson (toim.) Asiantuntijoiden areenat (s.59–80). Saatavilla https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/47925/SoPhi66_978-951-39-6501-3.pdf?sequence=3

KUVIOT

KUVIO 1. Analyysin vaiheet (mukaillen Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010).

KUVIO 2. Monitoimijaisen yhteistyön edellytykset (Häkkiä & Tourula 2013).

KUVIO 3. SaTu-projektin ja sairaalan välinen yhteistyö ideaalisti pelkistettynä

KUVIO 4. SaTu-projektin merkityksiä päivystyssairaaloiden työyhteisöissä

KUVIO 5. Monitoimijaisuus päihde- ja mielenterveysasiakkaan ympärillä

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Kenttähavainnointimatriisi SaTu-projektin palveluohjaajan työpäivästä arkipäivänä klo 9–15

TAULUKKO 2. Fokusryhmähaastattelujen haastattelu-aika-, paikka, kesto sekä ryhmäkoko

TAULUKKO 3. Fokusryhmiin osallistuneet asiantuntijat (N = 16)

LIITE 1: FOKUSRYHMÄHAASTATTELUN RUNKO

1. LYHYT ESITTELYKIERROS

2. KOKEMUKSET MONITOIMIJAISESTA YHTEISTYÖSTÄ

- Mitä monitoimijainen yhteistyö päihde- ja mielenterveystyössä tarkoittaa oman työsi näkökulmasta?
- Kuinka monitoimijaisen yhteistyön tavoitteet ovat määritelty ja kuinka tavoitteet mielestäsi toteutuvat?
- Mitkä tekijät mahdollistavat tai tukevat monitoimijaisen yhteistyön tavoitteiden toteutumista?
- Mitkä tekijät haastavat tai ovat esteenä monitoimijaisen yhteistyön tavoitteiden toteutumiselle?

3. KOKEMUKSET SaTu-PROJEKTISTA JA YHTEISTYÖSTÄ

- Kuvaile mitä yhteistyö on SaTu-projektin ja sairaalan välillä? Kuinka monitoimijaista yhteistyötä tulisi kehittää?
- Mitä vahvuuksia yhteistyön tekemisessä ja yhteistyökäytäntöjen luomisessa on ollut?
- Millaisia haasteita yhteistyön tekemisessä ja yhteistyökäytäntöjen luomisessa on ollut?
- Miten SaTu-projektin toiminta tukee sairaalan päihde- ja mielenterveystyötä?
- Mitkä ovat tärkeimmät syyt SaTu-projektin kaltaisen työn tarpeellisuudelle?
- Mitä vaikutuksia toiminnalla on ollut potilaisiin tai miten he ovat hyötäneet SaTu-projektin toiminnasta?
- Miten työtä tulisi kehittää , jotta voidaan taata potilaiden yhdenvertaisuus ja palveluiden oikea-aikainen kohdentuminen?
- Miten toimitaan, kun potilas ei ole valmis eikä motivoitunut päihdehoitoon tai keskusteluun?
- Kuinka potilaan ja läheisen näkökulma tulee huomioiduksi käytännön työssä? Miten heidät voitaisi yhteistyötä tekemällä saavuttaa?
- Mitä vaikutuksia SaTu-projektilla on ollut sairaaloiden työyhteisöihin ja miten työyhteisöt ovat hyötäneet toiminnasta?
- Tulisiko jalkautuvaa päihdetyön tukitoimintaa laajentaa systemaattisesti eri sairaaloihin?

LIITE 2 : KUTSU FOKUSRYHMÄHAASTATTELUUN

HYVÄ TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVA

*Mikäli Teillä on kokemusta SaTu-projektin toiminnasta ja/ tai halukkuutta ja motivaatiota kehittää päihde- ja mielenterveystyötä päivystyssairaalan monitoimijaisessa toimintaympäristössä haluan kutsua **Teidät fokusryhmähaastatteluun**. Tutkimus- ja kehittämisaiheena on **MONITOIMIJAINEN YHTEISTYÖ PÄIVYSTYSSAIRAALAN PÄIHDE- JA TUKITOIMINTATYÖSSÄ**.*

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla ja arvioida nykytilaa ja kokemuksia monitoimijaisesta yhteistyöstä, SaTu-projektin ja muiden päihdetyön eri toimijoiden kanssa. Keskustelun tarkoituksena on tuoda esiin kriittistä pohdintaa yhteistyön kehittämisen kohdista potilaan päihde- ja mielenterveyspalvelujen saatavuuden takaamiseksi ja toimivan palvelumallin luomiseksi.

Fokusryhmäkeskustelu taltioidaan litterointia ja analyysia varten, jonka jälkeen tutkimusaineisto hävitetään asianmukaisesti. Fokusryhmähaastattelussa kerättyä aineistoa tullaan käyttämään osana Tukikohta Ry:n SaTu-projektin kehittämistarpeita. Tutkimus on osa opinnäytetyötäni sosiaali- ja terveysalan ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon suorittamisessa (sosionomi yamk). Tutkimus on valmis ja julkaistaan syksyllä 2017.

Fokusryhmähaastattelun ajankohta

Paikka:

Pvm ja kellon aika:

Kesto : 1–1,5 h

KIITOS ETUKÄTEEN TÄRKEÄSTÄ PANOKSESTASI!

LIITE 3: SUOSTUMUSLOMAKE**SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN OSALLISTUMISESTA**

Nimi

Päivämäärä

annan suostumukseni fokusryhmähaastattelussa syntyneen aineiston teema-analyysille tutkimuksessa ja opinnäytetyössä. Suostun, että ryhmäkeskustelu taltioidaan litterointia ja analyysia varten. Tutkimuksen valmistuttua kerätty materiaali tunnistetietoineen hävitetään asianmukaisesti tutkimuseettistä tapaa noudattaen.

Suostumus siihen, että virkanimikettä koskeva tieto tulee esiin valmiissa opinnäytetyössä. Valitse jompikumpi vaihtoehto merkitsemällä rasti ruutuun.

Virkanimike SAA tulla julki tutkimuksessaVirkanimike EI SAA tulla julki tutkimuksessa

Fokusryhmähaastattelua on toisinaan tarpeellista täydentää yksilöllisillä, tarkentavilla teemahaastatteluilla. Suostunko siihen, että tarvittaessa minuun voidaan olla yhteydessä teemahaastattelun sopimista varten.

Kyllä

Ei

OSALLISTUJAN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS

TUTKIJAN ALLEKIRJOITUS JA NIMENSELVENNYS**TUTKIJAN YHTEYSTIEDOT poistettu**

LIITE 4: TUTKIMUSLUPA



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
 Terveys- ja päihdepalvelut
 Päivystys
 Päivystystoimintojen johtajalääkäri

Pöytäkirjanote

16.03.2017

1 (2)

11 §

Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2017-000473

HEL 2017-000473 T 13 02 01

Päätös

Päivystystoimintojen johtajalääkäri päätti myöntää tutkimusluvan [REDACTED] tutkimukselle: " Monitoimijainen yhteistyö päivystyssairaalan päihde- ja tukitoimintatyössä" tässä päätöksessä ilmenevillä ehdoin todeten, että tutkimuslupahakemuksesta antoivat puoltavan lausunnon ylihoitaja [REDACTED] 15.3.2017 ja johtava ylihoitaja [REDACTED] 16.3.2017. Päivystystoimintojen johtajalääkäri nimeää tutkimukseen viraston yhteyshenkilöksi johtavan ylihoitajan [REDACTED]

Päätöksen perustelut

Tutkimusluvan ehdot ovat seuraavat:

- Sosiaali- ja terveysviraston yhteyshenkilö on johtava ylihoitaja [REDACTED]
- Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan sosiaali- ja terveysvirastossa suunnitelman ja lupaehtojen mukaisesti
- Tutkimuksesta ei aiheudu kustannuksia Helsingin sosiaali- ja terveysvirastolle
- Tutkimuksessa syntyvä henkilörekisteri hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä
- Tutkija saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveysvirastoon
- Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön

Postiosoite
 PL 6000
 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
 sosiaaliterveys@hel.fi

Käyntiosoite
 Törmän linja 4 A
 Helsinki 53
 www.hel.fi/ote

Puhelin
 +358 9 310 5015
 Faksi
 +358 9 310 42504

Y-tunnus
 0201256-6

Tiliero
 FI1850001200052430
 Alv.nro
 FI02012566



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
 Terveys- ja päihdepalvelut
 Päivystys
 Päivystystoimintojen johtajalääkäri

Pöytäkirjanote

2 (2)

16.03.2017

(osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 00099 Helsingin kaupunki)

Lisätiedot

Liitteet

- 1 Tutkimuslupahakemus 28.12.2016
- 2 Tutkimussuunnitelma
- 3 Muu liite

Muutoksenhaku

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Otteet

Ote

Hakija

Viraston yhteyshenkilö

Ylihoitaja

Valmistelija

Otteen liitteet

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Liite 1

Liite 2

Liite 3

Liite 1

Liite 2

Liite 3

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 24.3.2017.

Päivystystoimintojen johtajalääkäri

██████████
 päivystystoimintojen johtajalääkäri

Postiosoite
 PL 8000
 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
 sosiaali@terveys@hel.fi

Käyntiosoite
 Toinen tirsä 4 A
 Helsinki 53
 www.hel.fi/ote

Puhelin
 +358 9 310 5015
Faksi
 +358 9 310 42504

Y-tunnus
 0201256-6

Tilinro
 FI1880001200052430
Alv-ero
 FI02012566