

VERKKOAVUSTEINEN PÄIHDEKUNTOUTUSOHJELMA SILTANA KUNTOUTUKSESTA KOTIIN

Asiakasprosessien rajapintojen kuvaus

LAHDEN AMMATTIKORKEAKOULU
Sosionomi (YAMK)
Lasten ja nuorten hyvinvoinnin
turvaaminen
Syksy 2018
Valtteri Tikka

Tiivistelmä

Tekijä(t) Tikka, Valtteri	Julkaisun laji Opinnäytetyö, YAMK	Valmistumisaika Syksy 2018
	Sivumäärä 88	
Työn nimi Verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma siltana kuntoutuksesta kotiin Asiakasprosessien rajapintojen kuvaus		
Tutkinto Sosionomi (YAMK)		
Tiivistelmä Sosiaali- ja terveysalalla on lähes 20 vuotta tavoiteltu saumattomia palveluketjuja, joissa asiakas liikkuisi lähes huomaamattaan palveluntarjoajalta toiselle. Toinen yhtä-aikainen kehityssuunta on ollut verkkoyhteyden kautta tarjottavat tukitoimet. A-klinikkasäätiö pyrki vastaamaan edellisistä jälkimmäiseen toteuttamalla vuosina 2014-2015 kaksi Verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman pilottia. Sittemmin ohjelma on vaki-naistettu osaksi palvelutarjotinta. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli sel-keyttää verkkoavusteisen päihdekuntoutuksen asemaa A-klinikkasäätiön palveluken-tässä ja kehittää eheitä palvelukokonaisuuksia. Tavoitteena kehittämishankkeessa oli tuottaa prosessikuvaukset verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman asiakaspro-sessin rajapinnoilta. Raportin tietoperusta koostuu päihdehuollon ja sen asiakkaiden kuvauksesta, verkon hyödyntämisestä sosiaali- ja terveysalalla sekä palveluketjujen käsitteen avaami-sesta. Prosessien kuvaaminen toteutettiin kahdessa osassa. Hanketta varten perustettu työ-ryhmä laati neljän tapaamisen aikana kuvausten rungon. Tapaamisissa käytettiin rin-nakkaisina menetelminä seinätekniikkaa ja asiantuntijahaastattelua. Tapaamiset ääni-tettiin ja pääasiassa äänitettyyn aineistoon perustuen laadittiin lopulliset kuvaukset prosesseista. Äänitetty aineisto litteroitiin prosessikuvausta käsitteleviltä osilta, luoki-teltiin ja täydennettiin prosessikaavioon. Prosessikuvaukset laadittiin A-klinikkasäätiön tuolloin käytössä olleeseen pohjaan. Tuotoksena syntyi kolme prosessikuvausta, joista ensimmäinen käsitteli asiakkaan saapumista ohjelmaan kolmannen osapuolen läheteellä. Kaksi muuta kuvausta olivat tavoitteen mukaiset; asiakkaan siirtyminen ohjelmaan laituskuntoutuksesta ja poistu-minen jatkotukitoimien piiriin. Prosessien kriittisiksi tekijöiksi todettiin asiakkaan tilan-teen arviointi ja tiedon välittymisen hankaluudet palveluntuottajien välillä.		
Asiasanat Päihdekuntoutus, verkkoavusteinen, palveluketju, palvelukokonaisuus, prosessiku-vaus		

Abstract

Author Tikka, Valtteri	Type of publication Master's thesis	Published Autumn 2018
	Number of pages 88	
Title of publication Web-assisted rehabilitation program for substance abusers as a bridge from institution to home Description of the borderlines of the client processes		
Name of Degree Master of social services		
Abstract Social welfare and health care services have tried to create seamless services for almost 20 years. At the same time online services have developed a lot. A-Clinic Foundation has answered this need by making two pilots with web-based rehabilitation program in 2014-2015. Afterwards the program has become part of the permanent services of the foundation. The purpose of this development thesis was to add a web-based program to a range of services of A-Clinic Foundation. This thesis aimed to describe borderline processes where client moves from institutional rehabilitation to web-assisted rehabilitation and from there to a third party support. The knowledge base of this thesis comprises description of care for the alcohol and drug abusers and its clients, description of use of online services in social and health care and explaining the concept of pathway of services. The process description was divided in to two parts. The first part was creating raw versions of process description in the workgroup which was created for this project. Wall Chart Technique and expert interview were used side by side when working with this group. The workgroup meetings where recorded and the recordings were used to create final versions of process descriptions. The recorded material was transcribed in the parts that dealt with the described process. The transcribed material was categorized and included in the process descriptions. The A-Clinic foundation's own layout was used in describing processes. Three process descriptions were formed. The first one was clients coming to web-assisted program with third party referral and the other two were clients' movement from institutional rehabilitation to web-assisted rehabilitation and from there to third party support. The critical issues found were evaluation of clients' problems and problems with the transfer of information between institutions.		
Keywords Rehabilitation for substance abusers, web-assisted, pathway of services, packaged services, process description		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1	Toimeksiantajana A-klinikkasäätiö	4
2.2	Verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma.....	5
2.3	Tarkoitus ja tavoite.....	7
3	PÄIHDEHUOLLON MUUTOS JA DIGITALISAATIO	9
3.1	Päihdehuollon kenttä ja sen murros	9
3.2	Muutos päihdeasiakkaiden palvelutarpeessa.....	11
3.3	Sähköisten terveydenhuollon palveluiden kehittäminen	14
3.4	Verkkoterapian soveltaminen päihdehuollossa	15
3.5	Palvelu- ja hoitoketjuajattelu ja sen muutos	18
4	KEHITTÄMISHANKKEESSA KÄYTETYT MENETELMÄT	22
4.1	Prosessien kuvaaminen.....	22
4.2	Seinätekniikka	26
4.3	Asiantuntijahaastattelu.....	28
4.4	Sisällönanalyysi	29
5	KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUMISEN KUVAUS	31
5.1	Suunnittelu	31
5.2	Toteutus	32
5.3	Aineiston analyysi.....	38
5.4	Prosessien kuvaaminen.....	41
6	TUOTOKSET ELI PROSESSIEN KUVAUKSET	44
6.1	Veran prosessi suhteessa asiakkaan prosessiin.....	44
6.2	Asiakkaan saapuminen Veraan kolmannen osapuolen läheteellä.....	44
6.3	Asiakkaan saapuminen A-klinikkasäätiön laituskuntoutuksesta	45
6.4	Asiakkaan poistuminen Verasta jatkotuen turvin	45
7	POHDINTA	46
7.1	Eettisyys ja luotettavuus	46
7.2	Hankkeen tulokset suhteessa taustateoriaan.....	48
7.3	Kehittämishankkeen arviointi	51
7.4	Jatkotutkimus ja -kehittämisehdotukset.....	55
	LÄHTEET	56
	LIITTEET	62

1 JOHDANTO

Käsitteinä teknologian hyödyntäminen, etäpalvelu, sähköiset palvelut ja viimeisimpänä digitalisaatio kuvaavat yhteiskunnan, myös sosiaali- ja terveyshuollon kehityskulkua viimeisten 20 vuoden aikana. Vuosituhannen vaihteessa teknologian hyödyntämisen nähtiin tukevan alueellista tasa-arvoa, nykyinen pääministeri Juha Sipilä on todennut digitalisaation olevan ainoa keino pitää koko valtakunta asuttuna (Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma 1999, Tolkki 2016). Tavoitteet vaikuttavat muuttumattomilta. Euroopan komission mukaan sähköiset palvelut voivat parantaa hoidon saatavuutta ja laatua sekä tehostaa terveydenhuollon toimintaa. (Euroopan komissio 2015.)

Digitalisaation kehityksen rinnalla on kulkenut palveluketjun ja sittemmin palvelukokonaisuuden käsite. Teknologian hyödyntäminen ja myöhemmin digitalisaatio sekä palveluketjut ovat käsitteinä liitetty yhteen hallitusohjelmassa vuonna 1999 (Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma 1999). Palveluketjussa ja sen ajankohtaisemmassa käsiteparissa palvelukokonaisuudessa sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakas saa tukea usealta toimijalta samanaikaisesti tai kulkee ohjattuna toimijalta toiselle. Asiakkaan saaman laadukkaan palvelun edellytyksenä on tiedon siirtyminen toimijoiden väliltä. Tiedon siirtyminen taas edellyttää toimivia sähköisiä rakenteita. Työ tietojärjestelmien kehittämisessä on valtakunnan tasolla edelleen kesken, pääministeri Juha Sipilän hallituksen sähköisiä julkisia palveluita koskevissa kärkihakkeissa mainitaan kansalaisten yksityisyyden suojan varmistaminen sekä tiedon siirtymisen toimijalta toiselle parantaminen (Valtioneuvoston kanslia 2015, 26).

Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaassa (2015, 11) puhutaan asiakasprosessista, jonka suunnitellussa tulee ottaa huomioon asiakkaan kokonaistilanne. Niin ikään soveltamisoppaassa sosiaalityön määrittelyssä sen tehtäväksi asetetaan asiakasta tukevien kokonaisuuksien koordinointi tarvittaessa yli sektorirajojen. Soveltamisoppaassa otetaan kantaa sosiaalihuoltolain mukaisen asiakassuunnitelman laatimiseksi yli sektorirajojen muodostaen asiakasta tukevan palvelukokonaisuuden. Laissa on asiakassuunnitelmassa maininta yhteistyöstä muiden asiakasta palvelevien toimijoiden ottamisesta huomioon. (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2015, 11, 31, 72.) Laki tai soveltamisopas ei kuitenkaan huomioi tai ota kantaa asiakkaasta viimekädessä vastuussa olevasta toimijasta.

Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisemassa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa helposti saatavilla olevat avohuollon palvelut ovat voimakkaasti painottuneita. Suunnitelman suurimpina teemoina ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, ehkäisevä työ sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen yhtenä kokonaisuutena ”yhden oven periaatteella” painottuen perus- ja avohoitopalveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö

2012a, 14.) Sosiaalihuoltolain soveltamisopas (STM 2016) nostaa esille niin ikään asiakaslähtöisyyden korostumisen.

Palveluiden yhdistäminen ja kynnyksen saada hoitoa ja palvelua vaikuttaa olevan voimissaan oleva kehityskulku. Digitalisaatio omalta osaltaan luo painetta uudistaa palveluita ja mahdollisesti helpottaa asiakkaan kokonaistilannetta palvelevien kokonaisuuksien luomista. A-klinikkasäätiö toteutti verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman pilotin vuonna 2014. Sitten toiminta on vakinaistettu ja nimeä on ajankohtaistettu Verkkoterapiaksi. Tavoitteena on ollut luoda uusi matalan kynnyksen palvelu ja toisaalta tavoittaa asiakkaita, joilla ei ole mahdollisuutta saada hoitoa A-klinikoilla esimerkiksi suurien etäisyyksien vuoksi. Pilotin aikana heräsi ajatus ketjuttaa A-klinikkasäätiön omia palveluita verkkoavusteiseen päihdekuntoutusohjelmaan. Tämän kehityshankkeen on ollut tarkoitus toimia pohjarakenteena yhden mahdollisen ketjun rakentamiselle. Kehittämishankkeessa kuvataan asiakkaan siirtymistä laitostuntoutuksesta kotiin ja satunnaisiin käynteihin A-klinikalla verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman avustuksella. Saatuja tuloksia peilataan palveluketjun ja -kokonaisuuden käsitteisiin.

Verkkoavusteisen terapian on todettu kohtaavan parhaiten asiakkaan, jonka psykiatriset ongelmat ovat lieviä tai keskisuuria (Stenberg 2016, 74). Samoihin tuloksiin on päädytty verkossa toteutuneen päihdehoidon osalta (Schwartz, Gryczynski, Mitchell, Gonzales, Moseley, Peterson, Ondersma & Grady 2014, 1097). Suuremmissa ongelmissa avun tarjoaminen on hyvä aloittaa muilla keinoilla, intensiivisellä avohoidolla tai laitostuntoutuksella. Tämän kehittämishankkeen tarkoituksena oli selkeyttää verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman asemaa A-klinikkasäätiön palvelukentässä ja kehittää eheitä palvelukokonaisuuksia. Tavoitteena oli muodostaa prosessikuvaukset verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman rajapinnoilta. Yhtenäistä palvelupolkua pyritään löytämään kuvaamalla asiakasprosessia tämän siirtyessä palveluiden välillä ja pohtimalla prosessin sujuvuutta suhteessa palveluketjujen ja -kokonaisuuksien teoriaan. Verkkoavusteisesta päihdekuntoutusohjelmasta käytetään raportissa rinnakkain nimeä kokonaisuudessaan tai lyhennettä Vera.

Toisessa luvussa esitellään kehittämishankkeen lähtökohtia, taustaorganisaatiota ja kohdetta. Kolmannessa luvussa tarkastellaan sähköisiä palveluita, päihdehuoltoa ja palvelujen ketjuttamisesta. Kehittämismenetelmiä käsitellään neljännessä luvussa. Viides luku käsittää kehittämishankkeen etenemisen kuvaukset suunnitelmasta analyysiin ja prosessikuvauksen laatimiseen. Kuudennessa luvussa esitellään prosessikuvaukset ja seitsemännessä luvussa on pohdintaa suhteessa kehittämishankkeen kohteeseen ja itse hankkeeseen.

Salassapitosopimuksen mukaisesti tästä Theseuksessa julkaistavasta versiosta on poistettu kuudennessa luvussa esitetyt prosessien sanalliset kuvaukset sekä liitteenä olleet prosessikuvauspohjaan tehdyt kuvaukset ja salassapitosopimuksen kopio. Tiivistelmässä esitetty sivumäärä vastaa alkuperäisen version sivumäärää. Sisällysluettelo on päivitetty vastaamaan Theseukseen julkaistavaa versiota.

2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Toimeksiantajana A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiö toimi kehittämishankkeen toimeksiantajana hankkeen suunnittelun ja toteutuksen aikana. Raportin kirjoittamisen aikana toimeksiantaja muuttui A-klinikka Oy:ksi. A-klinikkasäätiö on yksityinen voittoa tavoittelematon organisaatio, jonka tavoitteena on vähentää päihdehaittoja ja muita psykososiaalisia ongelmia. Säätiön toimintaan kuului hoito- ja kuntoutuspalveluiden lisäksi yhteiskunnallista vaikuttamista, päihteenkäytön ehkäisyä, viestintää, koulutusta sekä kehittämis- ja tutkimustoimintaa. Hoito- ja kuntoutuspalvelut muodostuvat avo- ja laituskuntoutuksesta sekä asumispalveluista. Avokuntoutusta tarjoavista palveluista parhaiten tunnettuja lienevät A-klinikat ja Nuorisoasemat. A-klinikka on tarkoitettu päihde- ja muista riippuvuusongelmista kärsiville henkilöille ja heidän läheisilleen. (A-klinikkasäätiö 2015a, 8, 19). Laituskuntoutuksen palveluihin kuuluvat muun muassa katkaisuhoidot ja kuntoutusyksiköt. Nimensä mukaisesti katkojen katkaisuhoidon tavoitteena on katkaista akuutti päihteen käyttö ja luoda siten edellytyksiä kuntoutukselle. Kuntoutusyksiköt tarjoavat pidempiä hoitajaksoja, joissa tarjottu hoito sisältää tavallisesti lääkehoitoa ja psykososiaalista kuntoutusta. (A-klinikkasäätiö 2015a, 19.)

Kaiken kaikkiaan A-klinikkasäätiön ja vuodesta 2016 lähtien A-klinikka Oy:n palvelukokaisuus sisältää laajan kirjon erilaisia palveluja. Palvelutarjonta elää kuitenkin muutoksessa yhdessä yhteiskunnallisen muutoksen ja sosiaali- ja terveysalaa koskevien valtakunnallisten muutosten kanssa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen ja siihen valmistautuminen ovat jo nyt vaikuttaneet Säätiön palveluihin. Samoin Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2009 (Mieli 2009) mukainen mielenterveys- ja päihdepalveluiden parempi yhteensovittaminen on tuonut tarvetta muutokselle kunnille ja kansalaisille tarjottavissa palveluissa. (A-klinikkasäätiö 2015a, 18; A-klinikkasäätiö 2017, 3-4.)

Päihdepalveluiden kentän muutoksen ohella muuttuvat myös palveluita tarvitsevien ja haaveiden asiakkaiden tarpeet. Moniongelmaisten ja useita päihteitä käyttävien nuorten ja nuorten aikuisten määrä on kasvussa. Asiakkaiden tarpeiden muutosta kuvaa palveluiden kysynnässä tapahtuneet muutokset. Muutoksia on tapahtunut erityispalveluiden ja matalan kynnyksen palveluiden tarpeen kasvussa. Säätiön tasolla asiakasmäärät kuntoutusyksiköissä ovat olleet laskussa ja samalla kasvaneet palveluissa, joihin asiakkaat voivat hakeutua omatoimisesti. (A-klinikkasäätiö 2015a, 18.)

Kesällä 2015 A-klinikkasäätiössä toteutuneen organisaatiouudistuksen myötä palvelualueiden määrä väheni neljään, joista kolme on alueellisia palvelualueita ja neljäs muodostuu

valtakunnallisista hoitopalveluista. (A-klinikkasäätiö – Yleisesite). Vuosi 2016 oli A-klinikkasäätiön toiminnan kannalta edellistä merkittävämpi vuosi. Uusi säätiölaki astui voimaan mahdollistaen säätiöiden harjoittaman liiketoiminnan, uusi hankintalaki haki vuoden aikana muotoaan luoden epäilyä kilpailun kiristymisestä edelleen, sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksesta käyty keskustelua kävi jo tuolloin kuumana. A-klinikkasäätiö perusti vuonna 2016 A-klinikka osakeyhtiön pitäen itsellään sen täyden omistajuuden. Säätiön harjoittama palvelutoiminta siirrettiin osakeyhtiön alaisuuteen. (A-klinikkasäätiö 2017, 3-4.)

Kehittämishanketta varten haettiin tutkimuslupa vuonna 2016 toimesta olleilta A-klinikkasäätiön tutkimuspäälliköltä ja kehittämisjohtajalta. Toimeksiantosopimuksen laatiminen jäi organisaatiouudistusten laatimatta kirjallisena. Suullinen toimeksiantosopimus tehtiin syksyllä 2015 silloisen Hämeen palvelualueen kehittämisjohtajan kanssa. Kirjallinen sopimus oli tarkoitus laatia keväällä 2016, jolloin kehittämisjohtaja siirtyi muihin tehtäviin. Lopulta sopimus laadittiin kirjallisena vasta ennen hankkeen raportin valmistumista 6.11.2018 A-klinikka Oy:n kehittämis- ja laatupäällikön ohjeistuksen mukaan. Sopimus päädyttiin laatimaan uudelleen, kun kehittäjän toiveesta kehittämis- ja laatupäällikkö perehtyi hankkeen raporttiin. Tarve salassapitosopimuksen laatimiseen nousi tuolloin esille. Salassapitosopimus ja uusi toimeksiantosopimus laadittiin 26.11.2018, kun hankkeen työelämän ohjaaja saatiin päätettyä. Kopio toimeksiantosopimuksen ja salassapitosopimuksen sähköisestä versiosta on raportin liitteenä. Hankkeen kokonaisprosessin kuvaamisen yhteydessä luvussa seitsemän käsitellään aihetta laajemmin.

Salassapitosopimuksen mukaisesti kehittämishankkeen tuotokset, prosessikuvaukset salataan. Tämä koskee liitteenä olevia prosessikuvauspohjaan laadittuja kuvauksia ja lukua kuusi, jossa kuvaukset ovat avattuna sanallisesti laajemmin.

Raportissa käytetään ensisijaisesti termiä A-klinikkasäätiö tai Säätiö kuvaamaan toimeksiantajaa, koska palvelutoiminnan muutos osakeyhtiön alaisuuteen tapahtui kehittämishankkeen toteutusvaiheen jälkeen. Etenkin pohdinnassa käytetään rinnakkain myös toimeksiantajasta termiä A-klinikka Oy.

2.2 Verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma

Vuonna 1998 Tiimi-lehdessä ilmestyneessä artikkelissa Päihdehuolto ja tietoyhteiskunta pohdittiin tietotekniikan mahdollisuuksia päihdeongelmien hoidossa ja sen mukanaan tuomia uhkia uusien riippuvuuksien hoidossa. Verkossa tapahtuvan tukemisen, joka tuolloin tarkoitti verkossa tehtäviä testejä ja tiedottamista, koettiin tukevan erityisesti enemmän eristyksissä olevia henkilöitä. Toisaalta artikkelissa maalailtiin myös uhkakuvia

tulevaisuudesta, jossa väestön eristäytyminen lisääntyy ja kasvokkaiset kohtaamiset vähenevät. (Peltoniemi 2009, 163-175.)

Verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma on A-klinikkasäätiön kehittämä ja tuottama palvelu. Ohjelmassa yhdistyvät asiakkaan itsehoito ja työntekijän tarjoama kuntoutus. Palvelu on yhdistelmä asiakkaan ja työntekijän tapaamisia kasvokkain sekä asiakkaan itsenäisesti tekemiä verkossa sijaitsevia kirjallisia tehtäviä ja työntekijän niihin antamaa palautetta. Kirjallisista tehtävistä saatavan palautteen lisäksi asiakkaan kanssa reflektoidaan hänen tilannettaan toistuvilla tapaamisilla kasvokkain. (Strömberg 2014a; 2014b.)

Sähköisten palveluiden ollessa jo pitkään osa A-klinikkasäätiön toimintaa, on myös ajatus verkossa tapahtuvasta asiakastyöstä elänyt kauan. Vuonna 2011 laaditussa strategiassa huomioidaan muuttuvan kentän mukanaan tuomat haasteet ja tuodaan esille tarvetta kehittää uusia tapoja tuottaa palveluita (A-klinikkasäätiö 2011, 1). A-klinikkasäätiön vuoden 2015 keskeiseksi tavoitteeksi oli nimetty paremmin kansalaisia tavoittavien ja palvelevien palvelukonseptien kehittäminen, muun muassa verkkoavusteiset palvelumuodot. (A-klinikkasäätiö 2015b, 3.) Vuoteen 2019 tähtäävässä strategiassa digitalisaatio on aiempaa voimakkaammin esille ja sen nähdään vaikuttavan tässä kehittämishankkeessa esille tuleviin teemoihin; tiedonsaannin helpottumiseen, avo- ja laitoshoidon välisen kuilun madaltumiseen ja asiakasprosessin sujuvuuteen. (A-klinikkasäätiön strategia 2019, 3)

A-klinikkasäätiön verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelman pilotti perustui kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (Strömberg 2014b). Ohjelmassa pyritään kiinnittämään asiakkaan huomio siihen, mitä hänessä tapahtuu tietynlaisissa tilanteissa. Tavoitteena on, että asiakas oppii havainnoimaan itseään ja seuraamaan käyttäytymistään. Kasvokkain toteutuvan terapian tavoin verkkoavusteisessa päihdekuntoutuksessa keskeisessä roolissa on asiakkaan ja työntekijän suhde, terapeutin allianssi. (Ranta 2014, 3-4.)

Verkossa tapahtuvan kuntoutuksen etuina voidaan nähdä asiakkaan mahdollisesti huolellisempi paneutuminen kirjallisiin tehtäviin verrattuna keskusteluun kasvokkain, tasalaatuisen, jäsenelty tehtävärunko kaikille asiakkaille, hoitoon hakeutumisen kynnyksen madaltuminen ja palveluiden saatavuuden alueellisen epätasa-arvoisuuden väheneminen. Lisäksi verkkoavusteisen kuntoutuksen voidaan nähdä olevan kustannustehokas vaihtoehto. (Strömberg 2014a.)

Asiakkaan osallistuminen verkkoavusteiseen kuntoutukseen perustui asiakkaan hoitosuunnitelmaan. Verkkoavusteisen kuntoutuksen ohjelman pilottia ei eriytetty esimerkiksi alkoholiin ja huumeiden käyttäjien kesken, vaan sama ohjelma toteutetaan kaikille. Asiakkaiden on mahdollista aloittaa kuntoutus ilman aiempaa kontaktia, laitoshoidon jälkeen ja ollessaan jo avohuollon palveluiden asiakas. Kuntoutukseen osallistuvalla asiakkaalla

edellytetään mahdollisuutta käyttää verkkoyhteyttä, tietokoneen hallinnan perustasoa ja toimivaa sähköpostiosoitetta. Lisäksi asiakkaalla tulee olla kyky tuottaa ajatuksiaan kirjallisesti ja motivaatiota käsitellä päihdeongelmaa sekä halua hakea siihen muutosta. (Strömberg 2014a.)

Verkkoavusteisen päihdekuntoutuksen ohjelman pilotti jakautui viiteen moduuliin, jotka sisältävät yhteensä 28 verkossa täytettävää tehtävää. Jokaiseen moduuliin sisältyy vähintään yksi tapaaminen työntekijän kanssa kasvokkain. Ohjelma arvioitu kesto on neljästä kuuteen kuukautta. Asiakkaan retkahtaessa ohjelman aikana avataan ylimääräinen kyseiseen teemaan keskittynyt moduuli. (Strömberg 2014a.)

Uuden palvelun toimintaa on kokeiltava ennen käyttöönottoa. Kokeilu tulisi toteuttaa todenmukaisessa ympäristössä tosiasiasiallisilla asiakkailla. Palvelun kokeiluja voidaan toteuttaa useammalla testiryhmällä ja kokeilla erilaisia vaihtoehtoja palvelun toteuttamiselle. Kokeiluun osallistuville asiakkaille voidaan kertoa osallistumisesta pilottiin, jolloin mahdolliset epäonnistuneet kokeilut eivät levitä niin herkästi huonoa mainetta. (Kinnunen 2004, 80.) Verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma toteutettiin ensin pilottina marraskuun 2014 ja huhtikuun 2015 välisenä aikana (Tourunen 2014). Pilotin verkkoavusteiset osiot olivat mukana oleville kunnille maksuttomia. Pilotin seurannasta ja arvioinnista vastaa A-klinikkasäätiön tutkimusryhmä. Ryhmän on tarkoitus selvittää asiakkaan tilanteessa tapahtuneita muutoksia ja kerätä asiakkaiden, työntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden (kuntien) kokemuksia ja arvioita pilotista. Kokeilun jälkeen tavoitteena on vakinaistaa verkkoavusteinen päihdekuntoutus osaksi A-klinikkasäätiön palvelutarjontaa. (Tourunen 2014.) Lahdesta pilottiin osallistuvat A-klinikka ja Pitkämäen kuntoutuskeskus. Verkkoavusteisesta päihdekuntoutusohjelmasta käytetään tässä raportissa rinnakkain myös virallista lyhennettä Vera.

Vuosina 2014-2015 pilotoitu ohjelma on raportin esittämisen hetkellä vakiinnuttanut paikansa A-klinikka Oy:n palvelutarjottimella. Ohjelman nimi on vaihdettu Verkkoterapiaksi ja tukea tarjotaan neljällä eri vahvuisella asteella. (A-klinikka Oy.)

2.3 Tarkoitus ja tavoite

Kehittämishankkeen tarkoitus oli selkeyttää verkkoavusteisen päihdekuntoutuksen asemaa A-klinikka Oy:n palvelukentässä ja kehittää eheitä palvelukokonaisuuksia. Tavoitteena kehittämishankkeessa on tuottaa prosessikuvaukset verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman asiakasprosessin rajapinnoilta. Prosessikuvauksen ensimmäinen osa aloitetaan, kun asiakas saa tietoonsa verkkoavusteisen ohjelman olemassaolosta ja päättyy, kun asiakas on ainoastaan päihdehoidon osalta verkkoavusteisen ohjelman käyttäjä.

Prosessikuvauksen toinen osa alkaa, kun asiakkaan kanssa aloitetaan jatkotukitoimien pohtiminen. Toinen osa päättyy, kun asiakkuus verkkoavusteiseen ohjelmaan loppuu.

Tässä kehittämishankkeessa ei kuvata verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman kokonaisprosessia, jonka kuvaamisesta huolehtivat ohjelman kehittäjät.

3 PÄIHDEHUOLLON MUUTOS JA DIGITALISAATIO

3.1 Päihdehuollon kenttä ja sen murros

Päihdehoidon toteuttamista määrittää Päihdehuoltolaki 41/1986. Päihdehuoltolain (41/1986, 1§, 3§) mukaan päihdehuollon tavoite on kaksijakoinen. Yleisenä tavoitteena on ehkäistä ja vähentää ongelmakäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja. Kohdennettuna tavoitteena on käyttäjän ja hänen läheistensä toimintakyvyn ja turvallisuuden edistäminen. Laki velvoittaa kuntia järjestämään päihdehuollon kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. (Päihdehuoltolaki 41/1986, 1§, 3§.) Kunta voi järjestää palvelut itse, yhteistyössä toisten kuntien kanssa tai ostaa ne yksityisiltä palveluntuottajilta, kuten A-klinikkasäätiöltä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksista 733/1992, 4§).

		<i>Palvelun muoto</i>	
		Laitoshoito/-huolto	Avohoito
<i>Palvelun erikoistumisaste</i>	Erityisesti päihdeongelmallisille tarkoitettut palvelut	Kuntoutuslaitokset Katkaisuhoitolaitokset Laitosmuotoiset asumispalvelut Ensisuojat	A-klinikat Nuorisoasemat Päiväkeskukset ja muu avomuotoinen toiminta; tuettu asuminen
	Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut	Terveyskeskusten vuodeosastot Yleissairaalat Psykiatriset sairaalat	Sosiaalitoimistojen sosiaalityö Perusterveydenhuolto ja psykiatrinen avohoito

TAULUKKO 1. Päihdepalveluiden jakautuminen (Kaukonen 2000, 109).

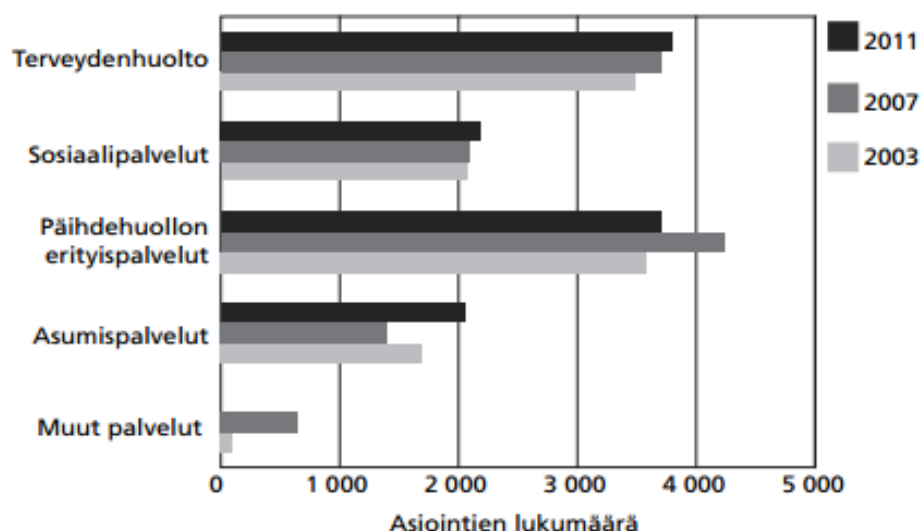
Kaukonen (2000, 109) määrittelee päihdepalveluiden tarkoittavan kaikkia niitä palveluita, joihin asiakkaat hakeutuvat päihdepalvelujen vuoksi. Arkikielessä päihdepalveluiksi mielletään kuitenkin usein päihdehuollon erityispalvelut. Ensisijaisesti asiakasta pyritään hoittamaan peruspalveluiden piirissä ja tarvittaessa heidät ohjataan erikoispalveluiden piiriin. (Kaukonen 2000, 108-109.) Taulukossa 1 päihdepalvelut ovat jaettu yleisiin palveluihin ja erityispalveluihin horisontaalisesti ja laitoshoitoon ja avohoitoon vertikaalisesti. Nelikenttään merkityt palvelut ovat kuntien tarjoamia palveluita 1990-luvulla (Kaukonen 2000,

109). Merkittäviä uusia palvelumalleja ei päihdehuollon piiriin ole 1990-luvun jälkeen kuitenkaan tullut. Verkkoavusteinen päihdekuntoutus sijoittuisi avohoidon ja päihdeongelmallisille tarkoitettujen palveluiden risteyskohtaan. Uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) on tuonut mukanaan muutoksia myös päihdehuollon toteuttamiseen kunnissa. Uudistuneen lain tavoitteeksi on asetettu peruspalveluiden vahvistaminen ja sen avulla korjaavien palveluiden tarpeen vähentäminen. Kuten Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaalihuoltolain soveltamisoppaassakin todetaan, muutos ei tule tapahtumaan hetkessä ja sen toteuttaminen edellyttää ylimääräistä panostusta sekä peruspalveluiden kehittämiseen että erityispalveluiden ylläpitämiseen samanaikaisesti. (STM, sosiaalihuoltolaki – soveltamisopas 2016, 3.) Merkittäviä muutoksia päihdehuollon erityispalveluihin ei kuitenkaan tule todennäköisesti toteutumaan.

Suomalainen päihdehoito elää tällä hetkellä murroksessa. Hoidon painottuminen laitospainotteiseen on mahdollisesti antamassa tilaa uudistetuille avohuollon palveluille. Kunnat ovat vähentäneet laitospainotteisuuden käyttöä ja karsineet omia kuntouttavia yksiköitä, samalla kuitenkin panostaen avohuollon saatavuuden parantamiseen. Toisaalta avohuollon suosimiseen ajavat sen edullisuus verrattuna laitospainotteiseen kuntoutukseen, mutta myös ajattelunmallin muutos; asiakas hyötyy enemmän, jos häntä tuetaan selviämään omasta arjestaan laitosympäristössä toimimisen sijaan. (Kuljukkanen, Niskala, Partanen, Kuussaari & Vorma 2013, 76-77.) Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2009 julkaisemassa Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa helposti saatavilla olevat avohuollon palvelut ovat voimakkaasti painottuneita. Suunnitelman suurimpina teemoina ovat asiakkaan aseman vahvistaminen, ehkäisevä työ sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden järjestäminen yhtenä kokonaisuutena ”yhden oven periaatteella” painottuen perus- ja avohuollon palveluihin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 14.) Sosiaalihuoltolain soveltamisopas (STM 2016) nostaa esille niin ikään asiakaslähtöisyyden korostumisen.

Päihteisiin liittyviä asiakastilanteita selvitetään sosiaali- ja terveyspalveluissa neljän vuoden välein toteutettavilla päihdetapauslaskennoilla. Laskennalla kerätään tietoa yhden vuorokauden aikana sosiaali- ja terveyspalveluissa asioineilta asiakkailta. Vuoden 2011 laskennassa tapaukset painottuivat terveydenhuollon palveluihin ja päihdehuollon erityispalveluihin. Terveydenhuollon palveluissa eniten tapauksia oli psykiatrisilla poliklinikoilla ja terveyskeskuksissa, päihdehuollon palveluissa tapaukset keskittyivät A-klinikoille. Sosiaalipalveluissa päihteisiin liittyviä asiakastapauksia oli eniten sosiaalitoimistoissa ja kotipalveluissa. (Kuussaari, Kaukonen, Partanen, Vorma & Ronkainen 2014, 264, 272.) Asiakkuuksien määrät ovat päihdehuollon erityispalveluissa vähentyneet ja kasvaneet yleisissä terveyspalveluissa kuten kuviosta 1 käy ilmi. Tilastossa terveydenhuollon osalta ei välttämättä huomioida asiakkaita, joilla päihteidenkäyttöön liittyvät ongelmat ovat olleet

toissijainen diagnoosi. Terveysthuollon suureen tilastolliseen kasvuun on saattanut vaikuttaa myös avohuollon asiakkuuksien siirtyminen sosiaalihuollosta terveydenhuoltoon kunnallisella puolella. (Kuussaari, Ronkainen, Partanen, Kaukonen ja Vorna 2012, 644.)



KUVIO 1. Päihde-ehdotin asiointi palveluissa (Kuussaari ym. 2012, 645).

Painopisteen siirtyminen laitoshoidosta avohuoltoon ja erityispalveluista yleisiin palveluihin luo painetta A-klinikkasäätiön ja A-klinikka Oy:n palvelukentän muutokselle. Verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman juuret ovat osittain tapahtuneessa ja tapahtuvassa muutoksessa ja liittyvät ainakin osittain laajempaan yhteiskunnalliseen muutokseen, jossa palvelut keskittyvät suuriin kaupunkeihin pienten kuntien palveluiden kuihtuessa. Tämän kehittämishankkeen taustan taas voi nähdä olevan palveluketjujen muodostamisessa, suurimmat asiakashävikit päihdehuollon palveluissa ovat siirtymisissä palveluista toiseen.

3.2 Muutos päihdeasiakkaiden palvelutarpeessa

Päihdepalveluiden asiakkaiden tarkastelua voidaan lähestyä useammasta näkökulmasta. Vuonna 2016 suomalaisista miehistä 21 prosenttia ja naisista 5 prosenttia ilmoitti juovansa alkoholia vähintään kuusi annosta alkoholia ainakin kerran viikossa. Liikaa alkoholia samana vuonna miehistä käytti 41 prosenttia ja naisista 24 prosenttia. Liiallisen käytön kriteerinä toimi AUDIT-C -haastattelussa kuuden pisteen ylittäminen. Haastattelu

muodostuu kolmesta kysymyksestä: Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholi-juomia? Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia? Kuinka usein olette kerralla juonut kuusi tai useampia annoksia? Kukin kysymys pisteytetään 0-4 -asteikolla, yhteispistemäärän ollessa 0-12. (THL 2017, 46-47.) Tilastollisesti suomalaisten alkoholinkäyttö on kasvanut vuodesta 1982 vuosituhaten vaihteeseen ja pysynyt sen jälkeen tasaisena. (Helldán & Helakorpi 2015, 17-18.)

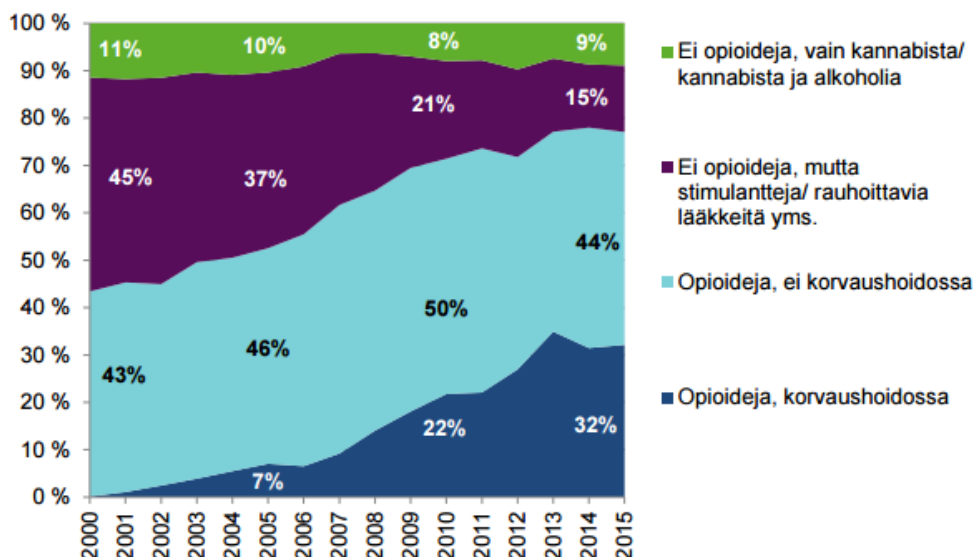
Toinen lähtökohta on tarkastella päihde-ehtoisia käyntejä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tai päihdehuollon erityispalveluissa. Päihde-ehtoisia käyntejä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tilastoidaan neljän vuoden välein. Tuorein saatavilla oleva tilasto on vuodelta 2011. Tilastosta ilmenee alkoholin olevan selkeästi eniten käytetty päihde, jonka vuoksi palveluiden piiriin hakeudutaan runsaalla 90 prosentilla tapauksista. Tilastoiduista asiakkaista 53 prosenttia käytti kuitenkin vain alkoholia. Laittomista huumekaikkeista kannabis on voimakkaimmin edustettuna. Päihdehuollon erityispalveluihin hakeutuu eniten 30-39-vuotiaita asiakkaita. Vain alkoholia käyttävät olivat iäkkäämpiä ja heidät kohdattiin useimmiten terveyskeskuksissa. Muita päihteitä käyttävät asiakkaat hakeutuivat päihdehuollon erityispalveluihin useammin. Kahdeksan prosenttia tilastoiduista päihdeasiakkaista oli asunnottomia. Saman verran heistä kävi ansiotyössä. (Kuussaari ym. 2014, 265-275.)

Päihdehuollon huumehoidosta julkaistaan vuosittain tilastoja huumeiden ongelmakäytöstä ja huumehaitoista. Tiedot kerätään Pompidou-lomakkeella vapaaehtoisesti tutkimukseen osallistuvilta huumehoitoa toteuttavilta yksiköiltä. Vapaaehtoisuuden vuoksi tilastot eivät ole tarkkoja, mutta antavat jonkin asteisen kuvan huumeiden käytön vuoksi hoitoon hakeutuneista asiakkaista. Arviolta joka neljännessä huumehoidon asiakkaasta täytetään Pompidou-lomake. Tilastojen perusteella naisten osuus huumehoidossa on kasvanut 26 prosentista vuosituhaten alussa 33 prosenttiin vuonna 2015. Asiakkaiden ikäkeskiarvo on noussut kyseisinä vuosina 26 vuodesta 31 vuoteen. (Forsell & Nurmi 2016, 2-4.)

Kuvion 2 mukaisesti opioidien käyttäjät ovat merkittävästi suurin ryhmä päihdehuollon huumeasiakkaista. Tai asetettuna toisin, opioidien ongelmakäyttäjä on todennäköisemmin päihdehoidossa. Suomi poikkeaa muusta Euroopasta siinä, että Suomessa käytetään lähes ainoastaan synteettisiä opioideja, buprenorfiinia ja metadonia. Opioidien käyttö vaikuttaa lisääntyneen vuosituhaten taitteesta, stimulanttien ja rauhoittavien käyttö taas vähentyneen kannabiksen ja alkoholin käytön pysyessä melko tasaisena. (Forsell & Nurmi 2016, 6-7.)

Kaikki päihteidenkäyttäjät eivät ole palveluiden piirissä omasta tai yhteiskunnasta johtuvista syistä. Päihde-ehtoisten käyntien tilastoinnissa asiakkaat ovat tavalla tai toisella

hakeutuneet tai päätyneet palveluiden piiriin ja asiakkaan päihdekäyttö on ainakin jossain määrin ollut mahdollista ottaa puheeksi. Laittomien huumeiden käyttäjät ovat useimmiten päihdehuollon erityispalveluiden asiakkaita. (Kuussaari ym. 2014, 275.)



KUVIO 2. Päihdehuollon huumeasiakkaat opioidien käytön mukaan 2000-2015. (Forsell & Nurmi 2016, 7).

Päihdeongelmaisten hoitoon pääsemistä on selvitetty vuonna 2012 suurimpien 13:n kunnan osalta. Ennen avohoitoon pääsyä suuri osa hoitoa tarjoavista yksiköistä edellytti hoidon tarpeen arviointia. Arviointiin asiakkaat pääsivät pääasiassa ilman odottamista tai muutaan päivän sisällä hoitoon hakeutumisesta. Avohoidon aloittaminen oli mahdollista muutamien viikkojen sisällä. Yksittäisissä yksiköissä hoitoon pääsyn odottaminen saattoi venyä kuitenkin kuukausien mittaiseksi etenkin huumeiden käyttäjien kohdalla. Katkaisuhoidon asiakkaat pääsivät nopeasti, välittömästi hakeutumisen jälkeen tai muutaman päivän sisällä. Huumevieroitushoitoon jonot olivat suuremmat ja odotusaika vaihteli muutamista päivistä kuukauteen. Kuntouttavaan hoitoon pääsemistä asiakas joutui keskimäärin odottamaan muutamia viikkoja. (Kuljukka, Niskala, Partanen, Kuussaari & Vorma 2013, 65-69.)

3.3 Sähköisten terveydenhuollon palveluiden kehittäminen

Euroopan komissio määrittelee sähköisten terveydenhuoltopalveluiden tarkoittavan palveluja, joissa tieto- ja viestintäteknikan avulla pyritään parantamaan sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa, seuranta ja hallintoa. Sähköiset palvelut voivat parantaa hoidon saatavuutta ja laatua sekä tehostaa terveydenhuollon toimintaa. (Euroopan komissio 2015.) Tietotekniikan suhde sosiaali- ja terveydenhuoltoon on kaksijakoinen. Toisaalta se mahdollistaa uusien palveluiden kehittämisen ja toisaalta tietotekniikka luo painetta muuttaa olemassa olevia rakenteita. (Ruotsalainen 2000, 7.) Suomessa on sähköisiä terveyspalveluita käytössä jo sähköisen ajanvarauksen, sähköisten lomakkeiden, omahoitoa ja terveyden edistämistä tukevien verkkomateriaalien, terveyden seurantaan tarkoitettujen testien ja mittauksen, yhteydenpidon omahoitajan kanssa ja sairauksien hoitoon tarkoitettujen omahoitopalveluiden muodossa (Jauhiainen, Sihvo & Ikonen 2014, 41.) Töitä sähköisten palveluiden kehittämiseksi on tehty yli 20 vuotta. Juha Sipilän hallitusohjelmassa sähköiset palvelut ja digitalisaatio mainitaan toistuvasti hyvinvointia ja terveyttä koskeissa kärkihankkeissa. Sähköiset palvelut liitetään asiakaslähtöisyyteen omahoidon ja neuvonnan kautta. Moniammatillisen yhteistyön parantamiseksi tietosuojalainsäädäntö nähdään tarpeelliseksi uudistaa. Kymmenen vuoden tavoitteeksi on asetettu maltillisesti tietojärjestelmien toimiminen. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20-21.) Pääministeri Juha Sipilä on haastattelussa keväällä 2016 todennut digitalisaation olevan ainoa vaihtoehto pitää koko Suomi asuttuna. (Tolkki 2016.)

Kaste 2012-2015 –ohjelma nosti sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämiskohteeksi tietotekniikan käytön tiedon hallinnassa ja palveluiden tehostamisessa. Ohjelma esitti etäpalvelumallien käyttöönottoa palveluiden saatavuuden helpottamiseksi. Ohjelman esittämiä palveluita ovat esimerkiksi erilaiset sähköiset neuvonta- ja tukipalvelut. Tiedon hallintaa pyrittiin tukemaan kehittämällä kokonaisarkkitehtuuria eli toiminnan, tiedon, tietojärjestelmien ja teknologian yhteen toimivuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 17, 27-28.)

Assi-hankkeen yhteydessä selvitettiin kansalaisten sähköisten terveyspalveluiden käyttöä Pohjois-Karjalan ja Ylä-Savon kunnissa. Kyselyyn vastasi 796 henkilöä. Vastaajista 83 prosenttia oli etsinyt terveyteen tai sairauteen liittyvää tietoa verkosta, 64 prosenttia oli käyttänyt e-reseptiä ja 8 prosenttia oli osallistunut terveyttä tukevaan vertaisryhmään verkossa. Viisiportaisella Likert-asteikolla (täysin eri mieltä-täysin samaa mieltä) vastaajat kokivat osaavansa hakea tietoa verkosta keskiarvolla 4,41, omaavansa tietotekniikan perustaidot keskiarvolla 4,08 ja olevansa halukas käyttämään sähköisiä terveyspalveluita keskiarvolla 3,84. Ikäluokittain vastauksen kulkivat lähes samassa linjassa, mutta putosivat yli 70-vuotiaiden kohdalla. (Jauhiainen, Sihvo & Ikonen 2014, 45-47.)

Sähköisten palveluiden käytöstä terveydenhuollossa käyttöesimerkiksi käy Medined-oma-terveyspalvelun toimimista omahoidon tukena pitkäaikaissairailta. Asiakas kirjautuu palveluun verkossa verkkopankkitunnuksilla tai tunnistusavaimella. Palvelu on yhteydessä potilastietokantaan ja asiakas pystyy selaamaan omia terveystietojaan. Esimerkiksi diabetesta sairastavalle voidaan palveluun avata osio verensokeriarvojen kirjaamista varten. (Sihvo, Tyyskä, Jauhiainen & Kurki 2014, 82.)

Laajojen, valtakunnallisten kehittämishankkeiden loppuraporttien perusteella sähköisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kehittäminen on ollut Suomessa melko kivikkoinen tie. Suomessa sähköisten terveydenhuollon palveluiden kehittäminen on liittynyt läheisesti pyrkimykseen luoda saumattomia palveluketjuja. Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta käynnistettiin vuonna 1998 niin sanottu makropilottihanke, jossa pyrittiin kehittämään sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Makropilotin toteutus rajoittui Satakunnan alueelle. Makropilotin vastoinikäymisiä olivat muun muassa yritysyhteistyötä toteuttaneen yrityksen konkurssi ja tiukat salassapitomääräykset. (Liikanen 2002, 9.) Vuosina 2010-2015 toteutetun sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuuden tavoitteena oli luoda kansalaisille verkkopalveluita oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja avuntarpeen itsearvioimiseksi, palveluiden valinnan helpottamiseksi ja viestinnän palveluntarjoajan kanssa (Värmälä 2015, 5). Ohjelman loppuraportissa todetaan ohjelmaan valittujen hankkeiden olleen jossain määrin vääriä ja saavuttujen hyötyjen olleen merkittävästi tavoiteltua pienempiä. (Owalgroupp 2015, 1.)

Kansalaisten valmiudet käyttää sähköisiä palveluita ja tekniikan kehitys ovat mahdollistaneet sähköisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden täyden hyödyntämisen (Hyppönen, Hämäläinen & Reponen 2015, 29).

3.4 Verkkoterapian soveltaminen päihdehuollossa

Psykoterapeutteja on Suomessa verrattain vähän ja etäisyydet ovat suuria. Hoidon saatavuuden parantaminen on aiheuttanut tarpeen etsiä tilanteeseen uusia ratkaisuja. Vaihtoehtoja perinteiselle kasvokkain tapahtuvalle terapialle ovat muun muassa videoavusteinen lyhytterapia ja verkkoavusteinen terapia. (Joutsenniemi, Stenberg, Reiman-Möttönen, Räsänen, Isojärvi & Sihvo 2011, 1-2.) Kehittämishankkeen kannalta keskeinen on verkon avustuksella tuotettu terapia. Verkkoterapian kotimaisissa sovelluksissa asiakas tekee verkossa sijaitsevia tehtävämoduuleja ja on verkon kautta yhteydessä ohjaavaan tukihenkilöön. Verkossa olevat tehtävät ja tehtävä rakenne ovat kohdennettu tiettyyn ongelmaan. (Holmberg & Kähkönen 2011, 692.) Videoavusteisessa psykoterapiassa asiakas ja terapeutti ovat toisiinsa yhteydessä reaaliaikaisesti verkon välityksellä. Videoavusteinen terapia vastaa tehokkuudeltaan kasvokkain tapahtuvaa terapiaa terapiasuhteen edetessä

lähes yhtenevästi. Etäterapiassa hyödynnetään tutkittuja ja todennettuja hoitoja etäyhteyden avulla. Ainakin teoriassa etäterapioilla voidaan hoitaa samoja potilasryhmiä kuin kasvokkain toteutulla terapialla, joskin suurimmat hyödyt ovat saatu lievien ja keskivaikeiden psykiatristen häiriöiden hoidossa. (Stenberg 2016, 68, 74.)

Suuri osa verkkoavusteisista terapiaohjelmista perustuu kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan. Kognitiivis-behavioraalisella terapialla pyritään vaikuttamaan asiakkaan kokemukseen, tekemällä niistä vähemmän ylitsepääsemättömiä ja hallittuja. Negatiiviset kokemukset elämässä ja elämästä vaikuttavat yksilön uskomusjärjestelmiin, joka edelleen saa yksilön huomion kiinnittymään enemmän negatiivisiin puoliin. (James 2010, 17-19.) Kognitiivis-behavioraalisessa terapiassa on usein rajattu aika, terapia on strukturoitua ja tapaamisten välillä on kotitehtäviä. Verkkoterapian toteutuksessa internetissä toimivat sovellukset ovat suosituimpia. Verkkoterapian erottaa internetin itsehoito-ohjelmista terapeutin tuki ja terapian ennalta suunniteltu eteneminen. Ennen terapian aloittamista terapian vastuuhenkilö tekee alkukartoituksen. Verkkoterapian etuina ovat yhdenmukainen toteutuminen sekä riippumattomuus ajasta ja paikasta. Terapian saatavuus paranee. Verkkoterapiaan on mahdollisesti pienempi kynnys hakeutua. (Joutsenniemi ym. 2011, 1-2; Holmberg & Kähkönen 2011, 692-693.)

Joutsenniemi, Stenberg, Reiman-Möttönen, Räsänen, Isojärvi ja Sihvo (2011) selvittivät verkkoterapian vaikuttavuutta vertaamalla ja kokoamalla yhteen kolmentoista ulkomaisen tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksiin osallistuneista 82-87 prosenttia oli ollut tyytyväinen verkon kautta toteutettuun terapiaan. Kaikissa tutkimuksissa verkkoterapian todettiin vähentäneen oireita jonopotilaisiin verrattuna. (Joutsenniemi ym. 2011, 5.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa päihderiippuvaisten hoitoa tehostettiin verkossa toteutetulla kognitiivis-behavioraalisella terapiasovelluksella. Hoitoon kuului lisäksi yksilö- ja ryhmätapaamisia. Vertailuryhmä kävi läpi muutoin saman hoidon, mutta ilman verkko-sovellusta. Kuntoutujien päihteidenkäyttöä seurattiin intensiivisesti alkometrillä ja virtsasta otettavilla huumeeseuloilla. Osallistujien käyttötausta poikkea kotimaisesta päihteidenkäytöstä merkittävästi, enemmistön (59 prosenttia) ensisijainen ongelmapäihde oli kokaiini, jota seurasivat alkoholi, opiaatit ja kannabis. Vertailuryhmässä positiivisia näytteitä oli 53 prosenttia, verkkosovellusta käyttäneillä 34 prosenttia. Pisimmät päihteettömät jaksot seulojen perusteella olivat verkkosovellusta käyttäneissä 22 päivää ja vertailuryhmässä 15 päivää. Verkkoavusteisen terapiasovelluksella näytti olevan selkeä vaikutus päihteidenkäyttöön. Verkkoavusteinen sovellus ei sisältänyt suoraa yhteyttä terapeuttiin, vaan tehtävien tekeminen ja sisällön seuraaminen verkossa olivat kuntoutujan vastuulla. (Carroll, Ball, Martino, Nich, Babuscio, Nuro, Gordon, Portnoy, Rounsaville 2008, 881-886.)

Isossa-Britanniassa toteutetussa tutkimuksessa selvitettiin kognitiivis-behavioraalisen verkkoterapian vaikutuksia depressiossa. Terapiaohjelma oli niin ikään jaettu viiteen moduuliin, jotka avautuvat, kun edellinen moduli on käsitelty. Osallistujiin oltiin ohjelman lisäksi viikoittain yhteydessä puhelimitse. Kuuden viikon ohjelman jälkeen osallistujien kokemus depressio oli vähentynyt merkittävästi verrattuna vertailuryhmään, joka ei ohjelmaa käyttänyt. Masennuksen kokeminen väheni myös kuuden ja kahdentoista kuukauden jälkeen tehdyissä seurannoissa. Verkkoterapiaa oli aiemmin kokeiltu ilman puhelimitse tapahtuvaa seurantaa. Tuolloin asiakaspudotus oli ollut merkittävästi suurempaa, joten ihmiskontaktilla, vaikka se tapahtuisi puhelimitse, on merkityksensä verkossa toteutetussa interventiossa. (Mackinnon, Griffiths & Christessen 2008, 130-133.)

Verkossa toteutettu päihdehoito voi olla yhtä tehokasta ja joissakin tilanteissa jopa tehokkaampaa kuin kasvokkain toteutettu hoito. Verkossa toteutettu päihdehoito palvelee kuitenkin vain, jos päihteidenkäyttö on ollut vähäistä tai kohtuullista. (Schwartz, Gryczynski, Mitchell, Gonzales, Moseley, Peterson, Ondersma & Grady 2014, 1097.) Kognitiivisissa terapioissa keskeisessä asemassa on terapeutin ja potilaan välinen vuorovaikutus. Terapia on yhteistä tutkimustyötä, jonka seurauksena potilas voi päätyä muuttamaan ajattelumallejaan. (Kuusinen 2001, 16.)

Verkossa toteutettu psykoterapia voi toimia reaali maailmaa turvallisemmassa ympäristössä. Verkkoterapian on arveltu voivan asettua sillaksi terapeutin turvaton vastaanoton ja uhkaavan reaali maailman välille. Verkosta voi muodostua turvallinen ympäristö, jossa asiakas voi kokeilla ajatusmalleja turvallisesti, koska ne tapahtuvat virtuaalisesti, verkossa. (Botella, Quero, Baños, Perpiñá, García Palacios & Riva 2004, 40-41.)

Ehkä tunnetuimpia verkkoterapian sovelluksia Suomessa ovat Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin ylläpitämän Mielenterveystalon nettiterapiat. Nettiterapioiden hoito-ohjelmat toimivat selaimella ja potilaan tukena on psykologi, joka seuraa ohjelman etenemistä, kommentoi potilaan tekemiä tehtäviä ja vastaa tämän esittämiin kysymyksiin. Nettiterapiat ovat tarkoitettu lievien ja keskivaikeiden mielenterveyden ongelmien hoitoon. (Mielenterveystalo.) Nettiterapia on ajatusmaailmaltaan ja toteutukseltaan lähimpänä A-klinikkasäätiön verkkoavusteista ohjelmaa. Verkkoterapian sovellusten läheisyys selittynee Veran viitekehityksenä toimivalla kognitiivis-behavioraalisella terapiasuuntauksella ja mallin ottamisella olemassa olevista palveluista (Strömberg 2014b).

Verkkoterapiaa ja verkkokuntoutusta ei tule termeinä sekoittaa toisiinsa. Kansaneläkelaitos on määritellyt verkkoavusteisen kuntoutuksen tarkoittavan ”tietotekniikan käyttöä kuntoutuksen menetelmänä, välineenä ja toimintatapana.” Verkkoavusteinen kuntoutus tukee kuntouttavaa toimintaa, ohjausta ja motivointia. Kelan määritelmään verkkoavusteisesta

kuntoutuksesta kuuluu olennaisena osana sosiaalinen prosessi eli vuorovaikutus muiden kanssa. Verkon hyödyntäminen antaa asiakkaalle mahdollisuuden osallistumiseen itselleen sopivaan aikaan, sopivassa tahdissa ja sopivassa paikassa. (Kelan avo- ja laitostuotoisen kuntoutuksen standardi 2011, 43.) Kelan määritelmä verkkokuntoutuksesta koskee kuntoutuskursseja, joissa on useita erillisiä lähipäiviä kuntoutusta. Vaikka tämän kehittämishankkeen kohteen nimi sisältää sanan kuntoutus, ovat sen juuret kuitenkin verkossa tapahtuvassa terapiassa.

3.5 Palvelu- ja hoitoketjuajattelu ja sen muutos

”Saumattomalla palveluketjulla [tarkoitetaan] toimintamallia, jossa asiakkaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja muun sosiaaliturvan asiakaskokonaisuuteen liittyvät palvelutapahtumat yhdistyvät asiakaslähtöiseksi ja joustavaksi kokonaisuudeksi riippumatta siitä, mikä toiminnallinen yksikkö on palvelujen järjestäjä tai toteuttaja.”

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palveluketjujen kokeilusta (38, 811/2000).

Palveluketjulla tarkoitetaan toimintamallia, jossa asiakkaan tilanteen vaatimat toimet muodostavat ajasta, paikasta ja toteuttajasta riippumattoman kokonaisuuden. Palveluketju käsittää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. (Ruotsalainen 2000, 15.) Saumattomien palveluketjujen kokeilua koskevan laki ei enää ole voimassa. Voimassa olevat lait eivät toisistaan tunne palveluketjun käsitettä. Lähin vastaavan sisällön omaava käsite lienee palvelukokonaisuus, joka määritellään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. Lain mukaan palvelukokonaisuus on ”yhden tai useamman terveydenhuollon palvelujen antajan tuottamien palvelutapahtumien yksilöity kokonaisuus.” (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007). Sosiaalihuollossa laadittava asiakassuunnitelma sisältää paljon samoja elementtejä palveluketjun kanssa. (Ruotsalainen 2000, 15). Hoitoketju nimikkeen käyttö on taas rajattu käsittämään potilaan liikkumista terveydenhoidon piirissä. Tavallisesti hoitoketjulla on ymmärretty perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sopimukseksi moniammatillisesta yhteistyöstä. (Nuutinen 2000, 1821.) Olemassa olevat palveluketjun määritelmät liittyvät tavalla tai toisella saumattomien palveluketjujen kokeiluun. Asiakastietojärjestelmän laadimista koskevassa sanastossa palveluketju määritellään suunnitelmalliseksi ja yksilölliseksi eri palveluperustein järjestettäväksi palveluprosessien kokonaisuudeksi. Määritelmässä huomioidaan palveluketjun vastuussa olevan tahon tarve, joka tulee olla nimetty toimintayksikkö, joka seuraa ja ohjaa ketjua. (Lehmuskoski & Kuusisto-Niemi 2008, 47.) Palveluketju käsitteenä voi luoda kuvan, jossa asiakas kulkee ketjun läpi linkki kerrallaan. Todellisuudessa asiakas voi olla useassa palveluprosessissa samanaikaisesti. Toisaalta

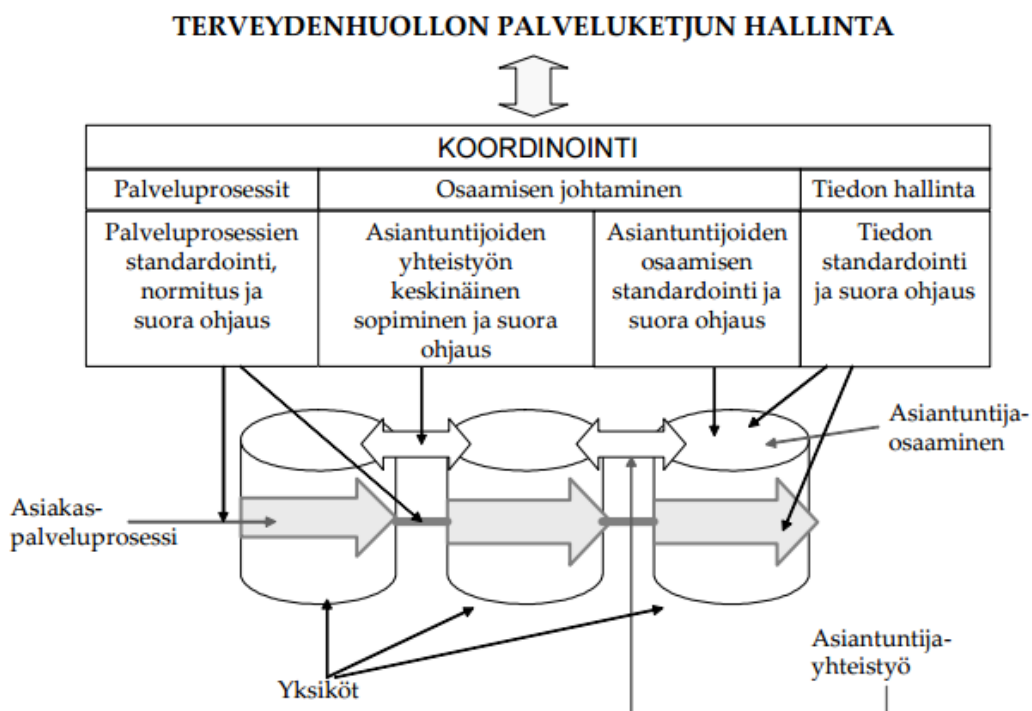
asiakkaan palveluprosessit ja niiden muodostamat palveluketjut eivät välttämättä ole kosketuksissa keskenään.

Palveluketjun ominaisuuksia ovat palveluiden asiakaslähtöisyys, asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, organisaatorajat ylittävä palvelu ja esteetön tiedon kulku. Ominaisuudet edellyttävät asiakkaan näkökulman nostamista ja pitämistä esillä, palveluprosessien yhdistämistä asiakkaan näkökulmasta saumattomiksi kokonaisuuksiksi, palveluketjun hallinnan kehittämistä sekä organisaatioiden välisen yhteistyön kehittämistä. Saumattomien palveluketjujen on ollut tarkoitus jossain määrin tuoda palveluita lähemmäs asiakasta, osaksi asiakkaan verkostoa. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistävien palveluketjujen edellytyksenä on yhteisen kielen rakentaminen kahden eri toimialan välille. Saumattomien palveluketjujen kokeilun taustalla on ollut asiakkaan hoidon tai palvelun katkeaminen hänen siirtyessään palvelun piiristä toiseen. (Ruotsalainen 2000, 18.)

Palveluketjut ja tietotekniikan kehittyminen ja hyödyntäminen kulkevat käsi kädessä. Palveluketjut edellyttävät esteetöntä tiedonkulkua organisaatioiden ja toimintayksiköiden välillä. Tietotekniikka mahdollistaa, ainakin jossain määrin tämän. Saumattomien palveluketjujen kokeilun ajankohtaan tieto asiakkaan saamista palveluista tai hoidosta muissa organisaatioissa välittyi huonosti eteenpäin. Vaikeudet olivat pahimpia yksityisten palveluntuottajien ja julkisen sektorin toimijoiden välillä. Esteettömän tiedonkulun kääntöpuolena on huoli yksityisyyden suojasta. Järjestelmän tulee taata, ettei asiakkaan tietoja pääse katsomaan ulkopuoliset. Tietojen siirtäminen edellyttää aina asiakkaan suostumusta. Mielenkiintoista kyllä, palveluketjujen koskevan kokeilulain toteutusajankohtana ei asiakastietojen siirtämiseen ollut olemassa tai suunnitteilla sitä helpottavia ratkaisuja. Sekä sosiaali- että terveydenhuollossa olivat käytössä omat alueelliset tietojärjestelmänsä, jotka eivät välttämättä kyenneet olemaan yhteydessä toisiinsa. (Ruotsalainen 2000, 20.) Edelleen sosiaali- ja terveydenhuollon tietokannat ovat erilliset. Terveydenhuollossa tapahtunut suuri muutos on kuitenkin Kanta-arkiston käyttöönotto. Terveydenhuollon yksiköt tallentavat potilastiedot arkistoon asiakkaan luvalla ja ne ovat asiakkaan ja häntä hoitavien muiden terveydenhuollon yksiköiden käytettävissä. (Kanta 2016.) Sähköisten palveluiden kehittämisen painopistealueet ovat edelleen samat kuin kuusitoista vuotta sitten. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen sähköisiä julkisia palveluita koskevissa kärkihakkeissa mainitaan kansalaisten yksityisyyden suojan varmistaminen sekä tiedon siirtymisen toimijalta toiselle parantaminen (Valtioneuvoston kanslia 2015, 26).

Palveluketjujen kokeilussa asiakkaan aseman muuttaminen passiivisesta palveluiden ja hoidon kohteesta aktiiviseksi toimijaksi koettiin tärkeäksi. Asiakkaan tulee olla tietoinen palveluketjun sisällöistä, ketjussa liikkuvasta häntä koskevasta tiedosta ja hänen tulee

pystyä vaikuttamaan ketjuun valittuihin palveluihin. (Ruotsalainen 2000, 20-22.) Sosiaali-
huoltolaki (1301/2014, 1§) kantaa edelleen asiakaskeskeisyyden korostamisen perinnettä.
Lain soveltamisoppaassa asiakaskeskeisyyden liitetään palveluiden rakentaminen asiak-
kaan tarpeiden perusteella ja asiakkaan osallistumista palvelutoiminnan suunnitteluun.
(Soveltamisopas 2015, 4.)



KUVIO 3. Palveluketjun hallinta (Tanttu 2007, 162).

Palveluketjun jatkuvuus on erityisen tärkeää asiakkaan vaihtaessa toimintayksiköstä tai organisaatiosta toiseen. Jatkohoitoa tai –tukea tarjoavalla yksiköllä tulee olla tarpeellinen tieto asiakkaan tilanteesta ja palvelun tarpeesta. Jatkohoidon tulee vastata asiakkaan tuen tarvetta. (Tanttu 2007, 69, 123.) Erityisesti laajojen palveluketjujen kohdalla, joissa asiakas käy läpi useita palveluprosesseja, on vastuuorganisaation nimeäminen tärkeää. Samoin vastuiden jakaantuminen eri organisaatioiden välillä tulisi olla selkeästi määriteltynä. Yhteistyö ja toimintojen koordinointi on sosiaali- ja terveydenhuollossa ajoittain hankalaa jo yhden organisaation sisällä. Palveluketjujen vaarana ilman selkeää yhteistä sopimusta on, ettei kukaan tiedä ketjun kokonaiskuvaa. (Ruotsalainen 2000, 20, 23.)

Tanttu (2007) nimeää väitöskirjatutkimuksessaan terveydenhuollon hoitoketjun kriittisiksi pisteiksi osaamisen kohdentamisen, asiantuntijoiden välisen yhteistyön ja tiedonkulun potilaan siirtymisen yksiköstä toiseen rajapinnoilla. (Tanttu 2007, 121)

Palveluketjujen toiminta perustuu tulosityksikköajatteluun kuten kuviossa 3 on esitetty, vaikka itse toiminta on prosessilähtöistä asiakkaan näkökulmasta. Palveluketjujen hallinta edellyttää yksiköiden yhteistyötä asiakkaan kokonaishoidon näkökulmasta. Toimintakulttuurin tulisi olla asiakaslähtöinen ja perustua hänen hoidon tarpeeseensa. Konkreettisista toiminnoista ja kustannuksista vastaavat kuitenkin yksiköt. Palveluketjujen ohjaus on haastavaa ja se edellyttää johtotason yhteistyötä hoitoa antavien yksiköiden välillä. (Tanttu 2007, 162-164; Ruotsalainen 2000, 20.) Palveluketjujen hallinnan ja tehokkuuden kehittämisen ensimmäiset tehtävät ovat prosessien kuvaaminen, arviointi, kriittisten kohtien havaitseminen ja kehittäminen. Erityisiä kriittisiä pisteitä ovat asiakasprosessin rajapinnat yksiköiden välillä. Prosessien omistajat, vastuuhenkilöt, vastaavat yksikön asiakasprosessista ja sen rajapinnoista. (Tanttu 2007, 162-164.)

Keskeistä palveluketjujen sujuvuudessa on asiantuntijoiden välinen yhteistyö hoitoa antavien yksiköiden välillä. Toimintakäytäntöjen tulee olla ennalta sovitut ja yksiköillä tiedossa etenkin asiakkaan siirtyessä yksiköiden välillä. (Tanttu 2007, 164.)

Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaassa (2015, 11) puhutaan ainakin asiakasprosessista, jonka suunnittelussa tulee ottaa huomioon asiakkaan kokonaistilanne. Niin ikään soveltamisoppaassa sosiaalityön määrittelyssä sen tehtäväksi asetetaan asiakasta tukevien kokonaisuuksien koordinointi tarvittaessa yli sektorirajojen. Soveltamisoppaassa otetaan kantaa sosiaalihuoltolain mukaisen asiakassuunnitelman laatimiseksi yli sektorirajojen muodostaen asiakasta tukevan palvelukokonaisuuden. Laissa on asiakassuunnitelmasta maininta yhteistyöstä muiden asiakasta palvelevien palveluiden ottamisesta huomioon. (Sosiaalihuoltolain soveltamisopas 2015, 11, 31, 72.) Laki tai soveltamisopas ei kuitenkaan huomioi tai ota kantaa asiakkaasta viimekädessä vastuussa olevasta toimijasta.

Päihdepalveluiden asiakkaat ovat usein moniongelmaisia, he ovat useiden tahojen asiakkaina. Toisin kuin hoitoketjuissa terveydenhuollon piirissä, jossa asiakas liikkuu selkeästi esimerkiksi sairaalaosastolta toiselle, päihdetyössä toimijat työskentelevät usein päällekkäin. Kuitenkin päihdepalveluiden piiriin tullaan usein lähetteellä, jolloin kontakti toisaalle on olemassa, mutta apua kaivataan etenkin päihdeasioiden hoitamiseen. Muodostuu ketju, vaikka asiakas olisi edelleen ensimmäisen toimijan palveluiden asiakas.

4 KEHITTÄMISHANKKEESSA KÄYTETYT MENETELMÄT

4.1 Prosessien kuvaaminen

Prosessi on joukko toisiinsa liittyviä toistuvia toimintoja, joiden avulla syötteet muutetaan tuotoksiksi (Juhta 2012, 2).

Prosessi on sarja muutoksia systeemin ja sen ympäristön tilassa. Prosessi alkaa tietyistä tilasta ja päättyy toiseen. Erilaisia prosesseja ovat muun muassa leivän voitelu, kehittämishanke ja palvelun tuottaminen. Prosessi voi olla toiminnassa liukuhihnamaisesti lakkaamatta tai sen voi käynnistää jokin heräte. (Pitkänen 2009, 69, 71.) Luvun aloittaneen lainauksen mukaan prosessi voidaan jakaa syötteisiin, tietoon ja materiaaliin, joka toiminnan avulla muutetaan tuotoksiksi, tuotteiksi ja palveluiksi. Lainauksesta jäävät uupumaan resurssit, ihmiset ja laitteet, joiden avulla toimintoja toteutetaan, mutta jotka ovat oleellisesti kuuluvat prosessin käsitteeseen. (Laamanen 2004, 20.)

Prosesseja voidaan jakaa muun muassa ydinprosesseihin, tukiprosesseihin ja avainprosesseihin. Ydinprosessit ovat prosesseja, jotka ovat organisaation olemassa olon kannalta keskeisiä ja tuottavat asiakkaille arvoa. Ydinprosesseihin voidaan liittää vaade asiakkaan tarpeesta prosessin käynnistäjänä ja tarpeen tyydytyksestä prosessin päättäjänä, kun tuote tai palvelu on vastaanotettu. Asiakkaan oleminen prosessin käynnistäjänä ja päättäjänä aiheuttaa sen, etteivät prosessit välttämättä pysy organisaation rajojen sisäpuolella. Ydinprosessit voivat siis ylittää osasto, organisaatio tai toimialarajoja. Tukiprosessit ovat olennaisia ydinprosessien toteutumisessa. Avainprosessi on organisaation menestymisen kannalta keskeisin prosessi. Prosessien ja prosessiketjujen toimivuus on organisaatioille merkittävä kilpailuvaltti. (Laamanen & Tuominen 2011, 21-22; Pitkänen 2009, 69, 71.)

Prosessiomistajien tehtävät ja vastualueet riippuvat siitä, mitä organisaatiomallia noudatetaan. Pienin rooli prosessinomistajalla on tulosityksikköorganisaatiossa, jossa esimiesvastuu on edelleen tulosityksikön esimiehillä. Laajin rooli prosessiomistajalla taas prosessiorganisaatiossa, jossa omistaja vastaa resursseista ja vastaavat organisaation toiminnasta. Mallista huolimatta prosessiomistajien tehtäviin kuuluvat prosessikuvausten laatiminen ja ylläpitäminen, toiminnan kuvausten mukaisuudesta vastaaminen, suorituskyvyn mittaaminen, prosessin kehittäminen sekä prosessin rajapinnoista ja yhteystyöstä toisiin prosesseihin vastaaminen. (Virtanen & Wenberg 2007, 142-144.)

Yli organisaatorajojen kulkevien prosessien kehittäminen on haastavaa. Kehittämisessä avainasemassa ovat prosessien omistajat. (Laamanen & Tuominen 2011, 21-22.) Asiakkaan kokonaisprosessi voi esimerkiksi johtaa usean yksikön ja toimialan yli. Usean osaproessin kokonaisuudessa tulisi määritellä kokonaisuudesta vastaava taho ja omistajien tulisi keskenään sopia vastuualueista (Juhta 2012, 4).

Prosessien kuvaaminen on osa prosessien kehittämistä. Sekä kuvaaminen että kehittäminen alkavat prosessien tunnistamisella. Prosessille määritellään alku ja loppu sekä tavallisesti tunnistetaan prosessin asiakkaat, syötteet, tuotteet ja toimijat. Prosessin tunnistamisessa luodaan perusteet toiminnan kehittämiseksi. Väärin tunnistettu prosessi ja sitä seurannut kehittäminen vaikuttaa organisaation toimintaan heikentävästi. Yleisin tapa rajata prosessit on prosessien aloittaminen ja päättäminen asiakkaaseen. Prosessien tunnistamisessa voidaan lähteä liikkeelle asiakkaan prosessista, joka alkaa ennen asiakkaan saapumista organisaation toiminnan piiriin. Voidaan pohtia miten organisaation toiminta vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen parantavasti. Tunnistamisen jälkeen kuvataan halutut ydinprosessit. Kuvausten perusteella prosessien heikkoja kohtia voidaan tunnistaa ja prosesseja parantaa. (Laamanen 2004, 50-53, 64.)

Prosessikuvaus on yksinkertaistettu malli todellisesta monimutkaisesta ilmiöstä (Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 21). Kuvaus saatetaan herkästi mieltää prosessin kaaviokuvaksi, johon on piirretty joukko toisiinsa yhdistettyjä symboleita. Pelkkä kaaviokuva ei kuitenkaan ole vielä riittävä kuvaus prosessista. (Laamanen 2004, 77-79.) Esimerkiksi JHS 152 standardissa prosessit kuvataan kaaviokuvan lisäksi sanallisesti tekstiosuuteen ja tiivistetysti kansilehdelle (Juhta 2012, 1). Prosessien hahmottamiseen vaikuttaa merkittävästi toimiala, jossa organisaatio toimii. Esimerkiksi teollisuuden alalla materiaalsen tuotteen tekeminen on ainakin teoriassa helpohko kuvata. Haastavammaksi kuvaaminen menee, kun siirrytään palveluiden tuottamiseen, jolloin ennakoimattomasti toimivat asiakkaat luovat hyvin eri tavalla eteneviä prosesseja. (Laamanen 2004, 20-21.) Karimaan (2001, 11-12) mukaan kuvauksia prosesseista voidaan laatia erilaisia käyttötarkoituksia varten:

- Kuvaus ohjaa resurssien määrittämistä.
- Kuvauksesta pitäisi saada helposti ja selkeästi käsitys prosessin kulusta.
- Kuvaus helpottaa prosessin hallintaa.
- Kuvaus mahdollistaa prosessin arvioinnin ja kehittämisen.

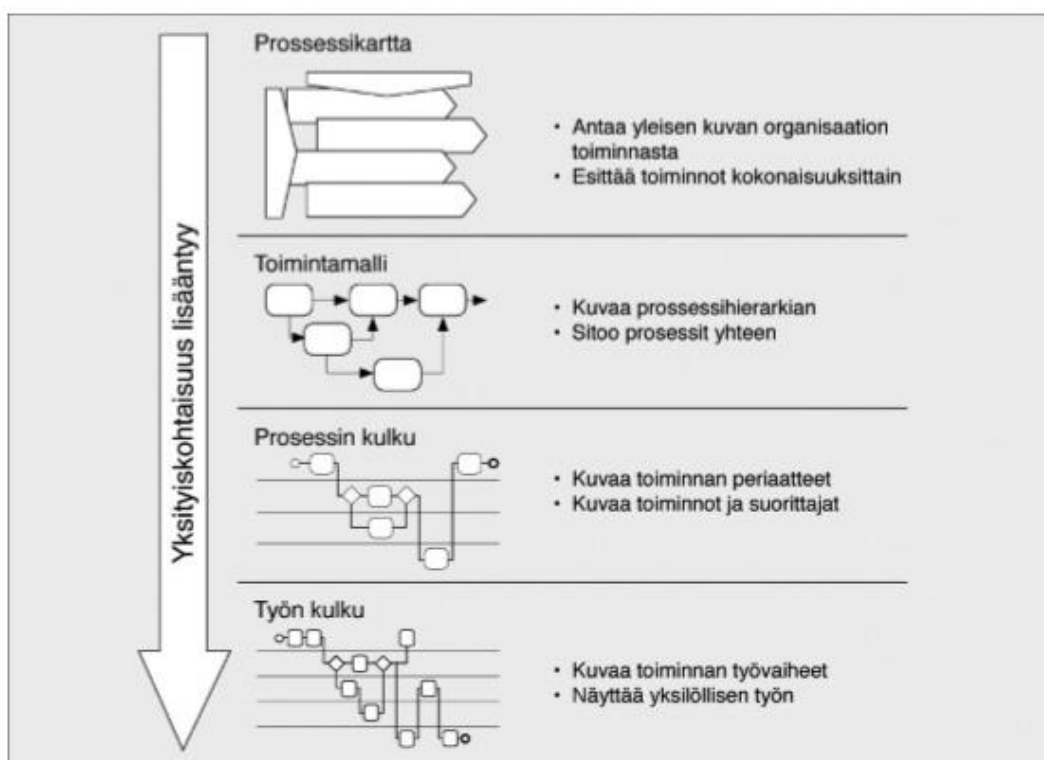
Rajaamalla ja kuvaamatta jättämisellä prosessikuvauksesta saadaan tavoitteiden mukainen, selkeä ja ymmärrettävä esitys. Kuvausta ei tehdä vain kuvauksen tekemisen vuoksi, vaan se tehdään todelliseen tarpeeseen. (Luukkonen ym. 2012, 21.)

Prosessien kuvaamisen tavoite vaihtelee sen mukaan kenen näkökulmasta mallinnusta tarkastelee. Tavoitteet ovat erilaiset riippuen siitä tarkasteleeko asiaa johdon, työntekijän, kehittäjän vai asiakkaan silmin tai tarpeista käsin. Kuvauksen tilaaja ei ole aina se, jonka näkökulmasta kuvaus luodaan. (Luukkonen ym. 2012, 26.) Kuvaamiselle asetettuja tavoitteita vaikuttavat myös siihen kuvataanko prosessien nykyistä tilaa, hieman parannettu tilaa vai ideaalitulannetta. Jos nykyinen toiminta organisaatiossa ei toimi, voi olla hyvä jättää prosessien nykyisen tilan kuvaaminen väliin ja keskittyä ideaalitulanteen kuvaamiseen. Prosessikuvaukset voidaan laatia myös kahdelta näkökulmasta, joista toinen on nykytilan kuvaus. Tällöin on mahdollista saada selkeä esitys siitä, mitä tulisi muuttaa. Nykytilan kuvaamisessa on kuitenkin riskinä sen hetkisten toimintamallien ja samalla puutteiden vahvistaminen. (Laamanen 2004, 86-87.)

Prosessikuvauksen tasoilla tarkoitetaan tavallisesti sitä miten tarkkaan ja yksityiskohtaisesti prosessin osat on kuvattu ja mitä asioita nostetaan paremmin näkyviin. Tasoilla kuvataan eri asioita ja tavoitteen kannalta olennaisia asioita kuvataan tarkemmin. Tavoitteen kannalta tarpeettomat osat piilotetaan kuvauksen selkiyttämisen vuoksi. (Luukkonen ym. 2012, 28.) Erilaisia tasomalleja on olemassa useita ja ne poikkeavat toisistaan kuvaamisen tavoiltaan, sisällöiltään sekä käyttötarkoituksiltaan. Esimerkiksi Julkisen hallinnon tiedonhallinnan neuvottelukunnan laatima JHS 152 standardissa kuvaus voidaan laatia neljälle tasolle, joista jokainen kuvaa prosessin etenemistä tarkemmalla tasolla. Tasojen eroja selvitetään kuviossa 4. Tasoille kuvatut toiminnot voivat organisaatiosta riippuen mennä osittain limittäin. Prosessia kuvatessa ei ole tarkoituksenmukaista kuvata prosessin etenemistä kaikilla tasoilla tai kaikkien tasojen kuvaamista ei ole tarpeellista tehdä yhtä yksityiskohtaisesti. Kuvaamisen tavoite määrittelee kuvattavat tasot ja tarkkuuden. (Juhta 2012, 2-6.)

Mäkisalo (2003, 170) puhuu hoitoketjun kriittisistä pisteistä terveydenhuollon prosesseissa. Kriittisiä pisteitä ovat esimerkiksi hoitoketjun prosessien rajapinnat. Tavallisia kriittisiä pisteitä ovat hoitoyksiköstä toiseen siirtymiset. (Mäkisalo 2003, 170.) JHS 152 standardin mukaisesti prosessien rajapinnat kuvataan toimintamallin tasolla (Juhta 2012, 7). Organisaatioiden rajapintoja voidaan nähdä olevan organisaation ja toimintaympäristön erottavana rajana, organisaatioiden yhteytenä toisiinsa, organisaatiota suojaavana rajaitana ja reittinä, jonka kautta organisaatio hankkii resurssit (Rapanen 2006, 39).

Tässä kehittämishankkeessa kuvattavat prosessit voidaan nähdä joko kahden ydinprosessin alaprosesseina tai verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman ydinprosessin alaprosesseina. Asiakkaan tullessa verkkoavusteiseen ohjelmaan esimerkiksi laitoskuntoutusjaksolta on kuvattavan prosessin alkupiste laitoskuntoutusjakson ydinprosessin loppuvaiheissa. Laitoskuntoutuksen loppuvaiheen työskentelyssä pyritään sopimaan asiakkaan jatkohoidosta.



KUVIO 4. Prosessien kuvaustasot (Juhta 2012, 6).

Prosessikuvausta laadittaessa tulisi nimetä toimijat yksilöinä osastojen tai tiimien sijasta. Sanavalinnoilla on yksinkertaisessa kuvauksessa paljon merkitystä. Toiminta tulisi kuvata konkreettisesti, mitä prosessin missäkin vaiheessa tehdään. Ei esimerkiksi kirjoiteta "hoitoneuvottelu" vaan suositetaan muotoa "kutsuu koolle hoitoneuvottelun". (Laamanen 2004, 81.)

Prosessien kuvaamisessa tulisi lähteä liikkeelle prosessin rajaamisesta. Määritellään prosessille alku ja loppu. Prosessin asiakkaat tulee esittää kuvauksessa, samoin mahdolliset

sidosryhmät. Kuvaamin kehittämistä helpottaa, jos tiedetään mitkä ovat asiakkaat tarpeet ja toiveet. Prosessille määritetään tavoite. Tavoitteella voi olla kytköksiä organisaation strategiaan, muttei välttämättä. Tavoitteen hakemisesta väkipakolla strategiasta voi olla prosessin kehittämiselle jopa haittaa. Ennen prosessin lopullisen kuvauksen valmistumista olisi hyvä, jos prosessille suorituskyvylle olisi määritelty mittarit. Mittareiden asettaminen luo mahdollisuudet prosessin arvioinnille. (Laamanen 2004, 89-90.)

4.2 Seinätekniikka

Seinätaulutekniikka mainittiin prosessikirjallisuudessa kuvausten laatimista tukevaksi menetelmäksi (Kettunen & Simons 2001, 153, Luukkonen, Mykkänen, Itälä, Savolainen & Tamminen 2012, 55). Seinätekniikkaa on hyödynnetty menneinä vuosikymmeninä useissa kehittämishankkeissa ja viimeisen vuosikymmen aikana seinätaulutekniikkaa on käytetty erityisesti prosessien kuvaamisessa ja muutamissa opinnäytetöissä. Esimerkiksi palvelukeskuksen laatuprojektia käsittelevässä opinnäytetyössä seinätekniikan avulla seurattiin hankkeen etenemistä (Routi-Pitkänen & Virtanen 2007, 29). Tässä kehittämishankkeessa voi nähdä kahta menetelmää käytetyn päällekkäin tai ainakin limittäin. Seinätaulutekniikka nähdään omana, itsenäisenä menetelmänä, joka samalla loi haastattelurungon myöhemmin kuvattaville asiantuntijahaastatteluille.

Seinätekniikkaa ja rikastettuja kaavioita voidaan hyödyntää tiedon analysoinnissa ja kuvaamisessa. Prosessin osat, esimerkiksi tekijät, toiminnot ja välineet, merkitään värillisille pienille papereille ja niitä ryhdytään kasaamaan esimerkiksi kalanruoto- tai uimaratakaavioon. (Toivanen ym. 2007, 48-49.) Työn nostaminen seinälle auttaa kokonaisuuksien hahmottamisessa. Se on menetelmänä joustava ja luovuutta tukeva. (Outinen, Lempinen, Holma & Haverinen 1999, 139.) Seinätekniikka on Kari Saaren-Seppälän 1970-luvulla kehittämä suunnittelutyön apuväline. Menetelmä kehitettiin atk-suunnitteluprojekteihin, mutta sitä voidaan hyödyntää kaikessa suunnittelu- ja kehittämistöissä. Menetelmän etuina ovat tiedon näkyminen samalla kertaa koko paikalla olevalle ryhmälle ja esille nostettujen tietojen helppo muokattavuus. (Saaren-Seppälä 1987, 8.)

Kuvaan merkityt asioiden on tarkoitus auttaa palauttamaan mieleen asiaan liittyvä tietokokonaisuus. Kuvaan ei saa liittää liikaa asioita, jotta kokonaisuuden hahmottaminen ei vaikeudu. Jos asioita liitetään kuvaan liian vähän, yhteinen työskentely kuvattavan asian ympärillä vuorostaan vaikeutuu. (Saaren-Seppälä 1987, 10-11.) Saaren-Seppälä (1987, 48-50) esittää mahdollisiksi tietolähteiksi käsiteltävän asian tiimoilla työskenteleviä ihmisiä ja valmiita dokumentteja. Ihmisiltä tietoja voidaan kerätä pyytämällä heitä kirjaamaan esimerkiksi käsiteltävään asiaan liittyviä toiveita, ongelmia, tekoja tai toimijoita paperiliuskoille. Tietolähteiksi voidaan pyytää esimerkiksi kymmenen organisaation edustajaa ja

pyytää heitä kirjoittamaan kymmenen asiaa liuskoille. Lopputuloksena saadaan 100 teemaan liittyvää tietoa, joista toki osa voi tulla esille useaan kertaan. Valmiista dokumenteista voidaan tulostaa ja leikata liuskojen kokoisiksi otteiksi tärkeitä tietoja. Liuskojen lisäksi voidaan käyttää osia valmiista dokumenteista ja hyödyntää valokuvia. (Saaren-Seppälä 1987, 17, 48-50.)

Saaren-Seppälän (1987, 17) kuvaamassa menetelmässä on jonkin verran yhteisiä elementtejä aivoriihi-työskentelyn kanssa. Muun muassa irrallisia ajatuksia ja ideoiden alkuja ei tyrmätä vaan ne voidaan jättää taululle etsimään paikkaansa. Tauluja voidaan laatia siirtymällä yleiseltä tasolta yksityiskohtiin, muodostaa yksityiskohdilta yleisen tason kuvaus tai yhdistämällä nämä kaksi. Aiemmin laadittuihin tauluihin voidaan palata ja muokata niitä, jos myöhemmissä tauluissa tulee esille seikkoja, jotka vaikuttavat niihin. Työn alussa taulut saavat olla seikkaperäisiä ja niihin merkattavia ajatuksia ei alussa kriittisesti arvioida. Työn tuloksena tulee kuitenkin olla selkeät ja yksiselitteiset taulut. (Saaren-Seppälä 1987, 35-37.)

Taulujen kehittäminen voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen; tiedon keruuseen, tiedon järjestämiseen ja oppimiseen. Tietoa kerätään alussa osallistujilta ja valmiista dokumenteista. Tiedon järjestämisessä pyritään mahdollisimman selkeään lopputulokseen. Järjestettäessä tietoa samalla rajataan esille nostettavia asioita ja nähdään, mistä alueista tietoa on vielä liian vähän. Järjestämällä pyritään löytämään asioiden välisiä riippuvuussuhteita ja lainalaisuuksia. Tietoja on hyvä järjestää eri tavoin ennen päättymistä lopulliseen malliin. Valmiista tauluista käydään keskustelua ja pyritään löytämään yhteinen ymmärrys esille olevasta asiasta. Samalla syntyy uusien taulujen aihioita. (Saaren-Seppälä 1987, 41-42, 47.) Saaren-Seppälä (1987) ei puhu aineiston analyysistä, vaikka hän käytännössä aiheita käsittelee. Seinätaulutekniikassa aineiston analyysi keskittyy kuvien muodostamiseen ja samassa yhteydessä käytyyn keskusteluun osallistujien kesken. Saaren-Seppälä (1987) puhuu ryhmittelystä, jossa kerätty aineisto jaetaan ryhmiksi yhdessä osallistujien kesken, samalla käydään jokainen tieto läpi ja varmistetaan, että osallistujan ymmärtävät esillä olevan asian samalla tavalla (51). Aineistoa voidaan ryhmitellä teemojen mukaan, se voidaan hahmotella aikajärjestyksen perusteella, päättelyketjun mukaan, ristiintaulukoidella tai käyttämällä erilaisia matriiseja. (Saaren-Seppälä 1987, 51-59.)

Kuvien kautta esillä oleva tieto välittyy huomattavasti luettua tekstiä nopeammin. Tekstiä luettaessa aivot pystyvät käsittelemään noin sata merkkiä sekunnissa, kuvaa katsoessa aivot rekisteröivät valtavan määrän tietoa hetkessä. (Saaren-Seppälä 1987, 16.) Seinätekniikan yhteydessä kehittämishankkeessa aineistonkeruun aikana käytettiin De Bonon ajatteluhattuja menetelmänä. Menetelmässä on tarkoituksena purkaa ajattelua osiin, jolloin

osallistujien on helpompaa keskittyä yhteen ajattelumalliin kerrallaan. Kuusi ajatteluhattua ovat kuvitteellisia erivärisiä hattuja, joista jokainen kuvaa erilaista ajattelumallia. Kun kuvitteellinen hattu painetaan päähän, lähestytään käsiteltävää asiaa valitusta näkökulmasta. Menetelmä voi alkuun aiheuttaa muutosvastarintaa, jonka De Bonon mukaan pitäisi mennä nopeasti ohi. (De Bono 1990, 157-158.) Ajatteluhatut mainitaan seinätekniikan yhteydessä niiden päällekkäisen käytön ja ajatteluhattujen alisteisuuden vuoksi.

4.3 Asiantuntijahaastattelu

Asiantuntijahaastattelulla tarkoitetaan tiedon hankkimista tutkittavasta ilmiöstä tai prosessista. Tutkimuksen kohteena eivät ole haastateltavat henkilöt vaan heidän oletettu tietonsa tutkimuksen kohteesta. Haastateltavat asiantuntijat valikoituvat sen perusteella, että he ovat osallistuneet tutkittavaan ilmiöön tai prosessiin tai he ovat todistaneet sitä. Mahdollisia haastateltavia on siis hyvin rajattu joukko. Haastatteluissa pyrkimyksenä on tosiasiallisen tiedon hankkiminen, joka aiheuttaa sen, että haastatteluissa myös väärät vastaukset ovat mahdollisia. Esimerkiksi verrattaessa tutkimukseen, jossa selvittää kulttuurillisia merkityksiä ovat kaikki saadut tiedot tosia kokemuseräisyytensä vuoksi. (Alastalo & Åkerman 2010, 373-377.) Yleisesti haastattelututkimuksessa kyse on aina todellisuuden tulkinnassa useammalla tasolla. Haastateltava tuottaa omaa näkemystään haastattelijan johdolla ja haastattelija tulkitsee vastauksia tukeutuen omaan näkemykseensä. (Puusa 2011, 73.)

Usein asiantuntijahaastatteluja käytetään, kun tietoa tutkimuksen kohteesta on hyvin niukasti. Asiantuntijahaastattelut auttavat tuolloin kohdentamaan tiedonhankintaa. Kesken-eräisestä prosessista voi dokumentoitua tietoa olla vähän, jolloin asiantuntijahaastatteluilla saadaan prosessin kulkua tarkennettua. Faktatieto on tuotettu vuorovaikutustilanteessa. Asiantuntijahaastatteluilla saatua aineistoa tulisi analysivaiheessa verrata muuhun olemassa olevaan aineistoon. Faktojen voi nähdä olevan osa yhdessä tuotettua todellisuutta. Jossain määrin täytyy uskoa ja luottaa siihen, että todellinen maailma ja siinä elävät haastateltava ja haastattelija ehkäisevät ainakin suuria ylilyöntejä. (Alastalo & Åkerman 2010, 373-377.)

Asiantuntijahaastattelujen toteuttamisessa aineiston analyysi ja hankinta sivuavat toisiinsa. Tavallisesti haastatteluja varten on syytä laatia jokaiselle asiantuntijalle tai heidän muodostamalleen ryhmälle oma haastattelurunkonsa. Rungon laatiminen taas edellyttää huolellista ennakkovalmistautumista ja tutkittavan kohteen dokumentteihin tutustumista. Taus-tatyö helpottaa myös tarkentavien kysymysten esittämistä ja yhteisen kielen löytämistä haastateltavan kanssa. Tapahtumien kuvausta laaditaan taustatietojen avulla yhdessä haastateltavan kanssa. (Alastalo & Åkerman 2010, 378-381.) Taustatietojen kerääminen

ja tutkittavaan aiheeseen perehtyminen on toki tarpeellista, oli kyse asiantuntijahaastattelusta tai ei. (Puusa 2011, 80.)

Asiantuntijahaastatteluissa haastateltavien anonymiteetti on hankalasti lähestyttävä asia. Anonymiteettia on paikoitellen mahdotonta taata asiantuntijoiden kapean asiantuntijuuden vuoksi. Tämä voi vaikuttaa siihen, etteivät haastateltavat tuo kaikkia tietoja esille tai haluaivat ottaa kunnian onnistumisista. (Alastalo & Åkerman 2010, 383.)

Alastalon ja Åkermanin (2011) määritelmän mukaan asiantuntijahaastattelu lähestyy teemahaastattelua. Teemahaastattelussa haastattelija on ennakkotietojensa perusteella laatinut teemat, jotka muodostavat haastattelun rungon. Teemat luovat strukturoituja kysymyksiä löyhemmät raamit haastattelulle; sekä haastateltava että haastattelija voivat viedä keskustelua eteenpäin määrätyn teeman sisällä, haastattelija rooli on nimenomaan keskustellevampi. Onnistuneen haastattelun voidaan edellyttää haastattelijalta hyvää ymmärrystä ja hyviä tietoja käsiteltävästä asiasta, jotta keskustelua voidaan ohjata antamaan tutkimuksen kannalta tarvittavaa aineistoa. Riittävää perehtyneisyyttä aiheeseen vaaditaan jo myös käsillä olevan aiheen pilkkomisessa teemoihin. (Puusa 2011, 81-83.)

Hankkeessa käytettiin tiedonhankinnassa asiantuntijahaastattelua pienryhmässä. Ryhmähaastattelu mahdollistaa moniäänisemmän aineiston verrattuna yksilöhaastatteluun. Haastattelijan rooli on ohjata tarvittaessa keskustelua pysymään määrittelyssä aiheessa. Haastateltavat saavat keskustella aiheesta ja esittää myös toisilleen kysymyksiä. (Puusa 2011, 84-85.)

4.4 Sisällönanalyysi

Kun laadullisen tutkimuksen aineisto on saatu tavalla tai toisella kerättyä, alkaa tavallisesti aineiston analysointi. Analyysin tavoitteena on saada aineistosta muokattua riittävän selkeä kokonaisuus, jonka perusteella sitä voidaan alkaa tulkitsemaan (Puusa 2011, 116). Aineiston käsittely voidaan jakaa karkeasti luokitteluun, analysointiin ja tulkintaan, jotka sivuavat toisiaan. Laadullisessa analyysissä aineistoa lähestytään tutkimusongelmasta käsin. Aineistosta saa harvoin kaivettua vastauksia tutkimusongelmaan suoraan. Aineistoon tutustuminen auttaa purkamaan tutkimusongelmaa pienempiin osiin, joita analyysissä lähdetään käsittelemään. Kysymykset tulee muotoilla avoimiksi, jolloin jää tilaa ennako-oletuksista poikkeaville tulkinnoille. Usein aineisto on äänitetty tai videoitu ja aineiston käsittelyn ensimmäinen askel on sen litterointi. Äänitetyn aineiston litteroinnissa on usein kannattavaa pohtia litteroidaanko koko äänitetty aineisto vai onko tutkimuskysymysten kannalta edullisempaa keskittyä olennaiseen sisältöön. Litteroinnin kohdentaminen liittyy suoraan myös aiheen rajaamiseen. Rajaamisen tulee olla perusteltua ja

johdonmukaista, sen tulee liittyä tutkimuskysymyksiin ja -ongelmana sekä tutkimuksen tavoitteisiin. (Ruusuvuori, Nikander & Hyvärinen 2010, 10-16.)

Sisällönanalyysi typistyy herkästi aineiston luokitteluksi vailla todellista analyysia. Luokittelu ei tarkoita samaa kuin analyysi, jonka tekemiseen tarvitaan reflektiivisempää otetta. (Salo 2015, 166.) Täysin aineistolähtöinen analyysi on mahdotonta, tutkimusongelmat, aineiston keruu ja luokittelussa tehdyt valinnat ovat olleet tutkijan tietoisia valintoja ja siten ovat vaikuttaneet siihen, millainen aineisto lopulta on saatu kerättyä. Ennen luokittelun aloittamista tulee päättää mitä lähdetään luokittelemaan. Vastauksen tulisi selvittää tutkimusongelman kautta. Luokittelun aloittaminen edellyttää havaintoyksikön valintaa eli mitä aineistosta ryhdytään keräämään. Ovatko ne ilmaisuja, toimintoja, asenteita, arvoja vai jokin muuta. (Ruusuvuori ym. 2010, 18-20.)

Poiketen perinteisestä järjestyksestä, että ensin kerätään aineisto esimerkiksi haastattelemalla ja sitten ryhdytään sitä analysoimaan, asiantuntijahaastattelussa Alastalon ja Åkermanin (2011) mukaan aineiston keräämistä ja analyysia ei voida selkeästi erottaa toisistaan. Aineiston analysointi on jossain määrin alkanut jo ennen haastatteluja taustamateriaalin keräämisellä ja siihen perehtymisellä, jotta itse haastattelussa päästään todennäköisemmin käsittelemään keskeisiä asioita. Jos asiantuntijahaastattelussa tavoitteena on mahdollisimman tarkan ja kutakuinkin paikkaansa pitävän kuvauksen synnyttäminen tapahtuneista asioista, on kuvaus laadittava yhdessä haastateltavan kanssa, vuoropuheluna, jolloin haastateltava on osallisena analyysissa. Materiaalin kerääminen ja analysointi ennen haastatteluja auttaa kysymään tarkentavia kysymyksiä juuri oikeista aiheista, niistä joihin ei vastausta ole muualta saatavissa. Toisaalta ennakoon hankittua aineistoa voidaan tutkia yhdessä haastateltavan kanssa. Aineiston analysointi jatkuu haastatteluiden jälkeen litteroinnilla ja kuvausten täydentämisellä. Halutessaan tutkija voi lähettää valmiit kuvaukset haastateltaville, jolloin he voivat niitä tarkentaa tai korjata. (373-378, 390.)

5 KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUMISEN KUVAUS

5.1 Suunnittelu

Ensimmäiset viitteet kehityshankkeen aiheeksi syntyivät kesällä 2014, kun kehittäjän tieto Veran tulevasta pilotista ja siihen liittyvistä mahdollisista kehittämistarpeista tuli kehittäjän tietoon. Aihe varmistui syksyllä 2014 tapaamisessa, jossa olivat paikalla silloisen Hämeen palvelualueen kehittämisjohtaja ja atk-vastaava sekä Veran pilottiin osallistuva Pitkämäen kuntoutuskeskuksen ohjaaja. Tapaamisessa syntyi irrallinen ajatus Verasta ”siltana” Säätiön avo- ja laitoshoidon välillä. Ajatus jatkoi tapaamisessa elämistään ja muotoutui tarpeeksi kuvata prosesseja, joissa asiakas siirtyy Säätiön palveluissa Veran kautta. Verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman pilotti oli juuri alkamaisillaan ja asiakkaiden haku käynnissä. Samalla varmistui kehittämisjohtajan toimiminen kehittämishankkeen ohjaajana työelämän puolelta.

Lopullisesti aiheen valinta varmistui, kun kehittämishankesuunnitelman raakaversio kirjoitettiin aiheesta kehittävän tutkimuksen kurssille harjoitustyönä Lahden ammattikorkeakoulussa. Tämän jälkeen aihetta oli hankala muuttaa, kun hankesuunnitelma oli lähes valmis. Suunnitelman raakaversio lähetettiin silloisen Hämeen palvelualueen kehittämisjohtajalle kommentoivaksi. Tiedonhankinnan ja analysoinnin menetelmäksi kehittäjä valitsi seinätaulutekniikka, joka alun perin löytyi onnekkaan sattuman kautta prosessien kuvaamista käsittelevästä verkkodokumentista. Suunnitelman edetessä kehittäjä ja Hämeen palvelualueen kehittämisjohtaja tapasivat kaksi kertaa ja muutoin yhteydessä suunnitelman edistymiseen liittyen. Kehittäjä sai hyvin vapaat kädet laatia suunnitelmaa kehittämishankkeen toteuttamiseksi aiheen antamista raameissa. Kehittämisjohtajan tehtäväksi jäi kommentoida ja hyväksyä suunnitelmaa sen laatimisen edetessä.

Tietolähteeksi valikoitui seinätaulutekniikan kautta kehittämisryhmä, johon kuuluivat Lahdessa verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman ensimmäisen pilotin parissa toimivat A-klinikkasäätiön kaksi työntekijää. Ennen kehittämisryhmään ja sen osallistujiin päätymistä pohdittiin vaihtoehtoina tiedon keräämistä suuremmalta ryhmältä, esimerkiksi kaikilta pilottiin osallistuvilta työntekijöiltä tai Hämeen palvelualueelta osallistuvilta työntekijöiltä. Suuremman osallistujaryhmän saaminen samaan aikaan kokoon edes videopuheluiden avulla olisi ollut haastavaa. Kehittäjä pohti työryhmän tapaavan ensisijaisesti kolme kertaa, joiden lisäksi olisi mahdollista sopia kaksi ylimääräistä tapaamista varalle. Jokaiselle tapaamiselle kehittäjä laati karkean suunnitelman sisällöstä. Tapaamisten suunnitelmiin jätettiin tarkoituksella liikkumavaraa, koska menetelmästä ei ollut kehittäjälle tai

kehittämisryhmään osallistuville käytännön kokemusta. Kehittämisryhmän tehtäväksi tuli olla ensisijainen tietolähde ja analyysin toteutuksen väline seinätaulutekniikan mukaisesti.

5.2 Toteutus

Kehittämishankkeen toteutus alkoi suunnitelman mukaisesti keväällä 2015. Tarkoituksena oli perustaa tiedonhankintaa ja prosessikuvausten ytimien muodostamista varten työryhmä, johon kuulusivat kehittäjän lisäksi Lahdessa verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman pilotin parissa työskentelevät A-klinikkasäätiön työntekijät sekä mahdollisesti entisen Hämeen palvelualueen kehittämisjohtaja.

Kehittämishankkeen onnistumiseen vaikuttavat työryhmään valittavat henkilöt. Osallistujien tietojen ja taitojen tulee mahdollisimman hyvin kattaa kehittämisen kohteen eri osa-alueet. (Saaren-Seppälä 1987, 81.) Kehittäjä oli yhteydessä työryhmään osallistuviin työntekijöihin jo ennen suunnitelman lopullisen version valmistumista. Kehittämisjohtaja jäi pois työryhmän kokoonpanosta ennen varsinaisen työskentelyn aloittamista hänen toimipaikkansa ollessa Hämeenlinnassa ja aikataulujen yhteensovittamisen ollessa hankalaa. Lopulta kehittämisjohtaja jäi kokonaan pois hankkeesta, mutta siihen palataan myöhemmin. Lopullinen työryhmä koostui kehittäjästä ja kahdesta Veran pilotin työntekijästä. Toisen työntekijöistä toimi pilotin ainoana laituskuntoutuksessa työskentelevänä työntekijänä. Ryhmä oli pieni, mutta sen katsottiin kattavan hankkeen kannalta keskeiset osa-alueet.

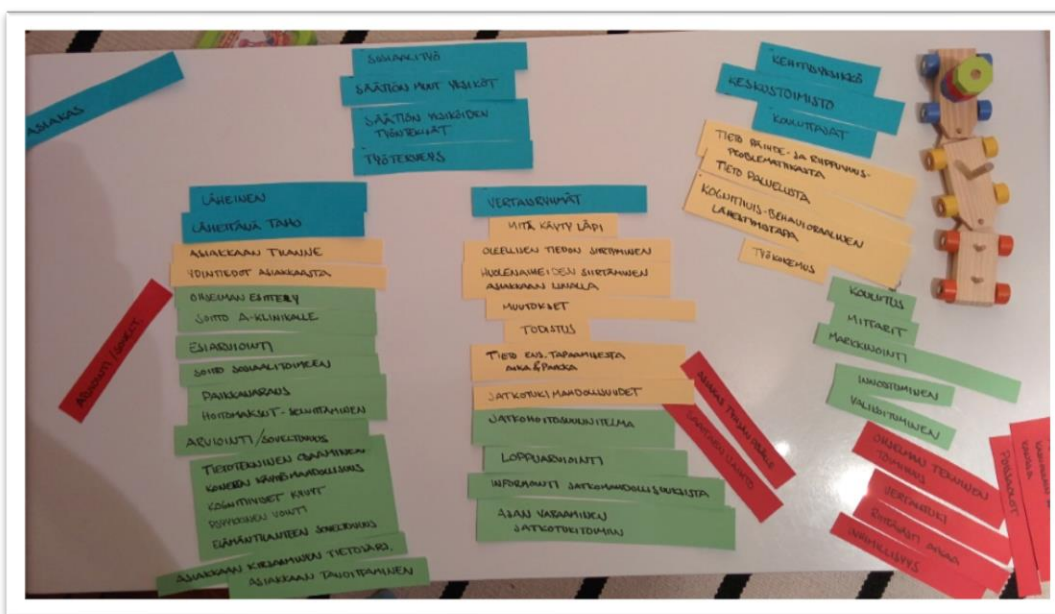
Kevään 2015 aikana työryhmä tapasi yhteensä neljä kertaa. Suunnitelmaan kirjattuna alkuperäisenä ajatuksena oli, että tapaamia olisi ensisijaisesti kolme ja varalle olisi mahdollista sopia kaksi ylimääräistä tapaamista. Aineiston tuottaminen vei yllättävän paljon aikaa alussa ja ylimääräinen tapaaminen oli tässä kohden tarpeen. Työryhmän tapaamiset äänitettiin ja äänityksiä käytettiin myöhemmin tarkentamaan tapaamisten aikana laadittuja prosessikuvausten runkoja. Äänittämiseen kysyttiin joka tapaamisella suullinen lupa.

Kehittäjä pyysi ryhmän työelämän edustajia 15.4.2015 sähköpostitse ennen ensimmäistä tapaamista pohtimaan ja kirjaamaan yksinkertaisia Veran sisääntulo- ja poistumisvaiheisiin liittyviä asioita, ihmisiä ja ilmiöitä. Ennakkotehtävän tuotoksista oli tarkoitus muodostaa seinätaulujen ensimmäiset liuskat. Molemmat edustajat olivat ennakkotehtävästä tietoisia, mutta kiireeseen vedoten se oli jäänyt tekemättä.

Ensimmäinen tapaaminen

Kehittäjä sopi ensimmäisen tapaamisen 22.4.2015 silloisen Lahden A-klinikan tiloihin. Ensimmäinen tapaaminen keskittyi lähes yksinomaan taulutekniikan edellyttämän tiedon tuottamiseen. Tapaamisen alkuun kehittäjä esitteli työmenetelmän ja kysyi lupaa

tapaamisten äänittämiseen. Kehittämishankkeeseen kerättäviksi teemoiksi kehittäjä oli valinnut keltainen kuvaamaan tietoa, sininen toimijoita, vihreä tekoja, punainen riskejä ja vaaleansininen mahdollisuuksia. Värien käyttö kuvissa auttaa esillä olevan asian hahmotamista symboleja nopeammin (Saaren-Seppälä 1987, 15). Kehittäjä ohjeisti työryhmää käymään keskustelua asiakkaan saapumisesta Veraan ja siitä poistumisesta sekä samalla kirjaamaan esille tulevia toimijoita, tekoja, tietoja ja riskejä liuskoille. Keskustelun annettiin elää väljissä raameissa, jotta kuvattavasta asiasta saataisiin mahdollisimman laaja kuva ja oleellisia asioita ei jäisi kirjaamatta. Myöhemmin yhteisesti tarpeettomaksi koetut rönsyt voidaan leikata pois ja keskittyä itse asiaan. Työryhmän tapaamisissa työskentely aloitettiin yksityiskohtien keräämisellä. Myöhemmin osat muodostivat kokonaisuu-
det kaavioiden muodossa.

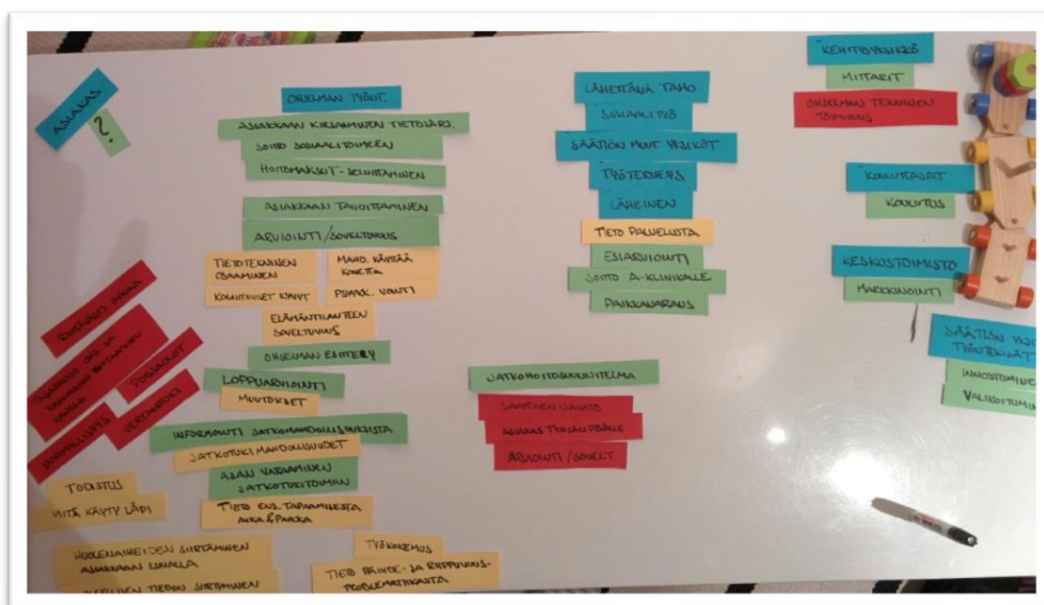


KUVA 1. Liuskojen ryhmittely asiakkaan saapumiseen ja poistumiseen.

Ensimmäisellä tapaamisella kehittäjälle selvisi, ettei Veran pilotissa ollut varsinaisia lähetäviä toimijoita, joiden kautta asiakkaat olisivat ohjelmaan tulleet. Pilotissa mukana olleet työntekijät olivat valinneet asiakkaat heille entuudestaan tutuista asiakkaista. Tämä aiheutti kehittämishankkeen tavoitteen kannalta sen, ettei prosessikuvauksia voisi sitouttaa suoraan konkreettisesti tapahtuneisiin asiakastilanteisiin, vaan niistä tulisi ennemminkin

hypoteettisia ”näin prosessi luultavasti menisi” –kuvauksia. Asiasta keskusteltiin tapaamisessa ja hypoteettisten prosessien malliin päädyttiin yhdessä. Päätöksen seurauksia käsitellään tarkemmin pohdinnassa.

Ensimmäisen tapaamisen aikana käydyt keskustelut tuottivat tietoa prosessista sekä rajoivat sitä. Prosessien kuvaaminen aloitetaan tavallisesti valitsemalla kuvattava prosessi ja rajaamalla se määrittelemällä prosessille alku ja loppu (Laamanen 2004, 89). Vaikka prosessille ei tässä vaiheessa tavoitteellisesti määritelty alkua ja loppua, käsiteltiin prosessin alkamista ja päättymistä paljon. Selkeä rajaaminen olisi jossain määrin sotinut myös seinätaulutekniikan tiedon tiivistymisen periaatetta vastaan. Ensimmäisessä tapaamisessa määriteltiin lähes huomaamatta prosessin asiakas tai asiakkaat.



KUVA 2. Liuskojen ryhmittely toimijoittain.

Kuvien muodostaminen oli tarkoitus aloittaa työryhmän ensimmäisen tapaamisen aikana. Tiedon kerääminen ja työmenetelmään sisään pääseminen veivät kuitenkin aikaa. Lisäksi toinen työelämän edustajista pääsi paikalle myöhässä. Rajallisten aikaresurssien vuoksi sovittiin kehittäjän laativan tapaamisten välissä saaduista tiedoista muutamia erilaisia seinäkuvia ja lähettävän ne kuvatiedostoina muille työryhmän jäsenille alustuksena toista tapaamista varten. Liuskoja asiasanoineen kertyi ensimmäisessä tapaamisessa 51, joista

yhden kehittäjä leikkasi neljään osaan siirtelyn helpottamiseksi. Liuskoille kerättyjä tietoja voidaan järjestää monella tapaa. Yksinkertaisin tapa on laatia liuskoista listoja valitun tai aineiston antaman määritelmän mukaan. Kehittäjä järjesti ensimmäisellä tapaamisella liuskoille kirjoitetut asiasanat kahteen pääryhmään, Veran prosessin alkuun ja loppuun, sekä näiden ulkopuolelle jääviin määrittelemättömiin liuskoihin, kuten *Keskustoimistoon* vastaavana toimijana tai *työntekijöiden koulutukseen*. Jako on esillä kuvassa 1.

Toinen kehittäjän laatima lista oli toimintojen, tietojen ja riskien järjestäminen toimijoittain, kuvassa 2. Kolmas tässä käytetty järjestämismetodi oli liuskojen järjestäminen aikajärjestykseen. Aikajärjestyksen laatimisessa kuvaan otettiin mukaan tekoja, tietoja sekä riskejä ja toiveita käsittelevät liuskat. Aikajärjestystä rikastutettiin edelleen toimijoilla, jolloin kuva alkoi muistuttaa prosessikuvauksen runkoa. Ryhmittelyä katsomalla selviää asiakkaan roolin kapeus ensimmäisen tapaamisen jälkeen.

Toinen tapaaminen

Toinen tapaaminen järjestettiin samoihin tiloihin 6.5.2015. Toisen tapaamisen keskeisin tavoite oli saada prosessikuvausten rungot laadittua. Pohjana kuvausten laatimisessa käytettiin ryhmittelyä aikajärjestykseen ja sen rikastettua versiota, jotka oli lähetetty kuvastiedostoina ennen tapaamista työryhmän jäsenten sähköposteihin. Ensimmäinen käsiteltävä prosessi oli asiakkaan saapuminen Säätiön ulkopuolisen lähettävän tahon kautta, josta valmis prosessikartta on esillä kuvassa 3. Seuraavaksi kuvattiin asiakkaan poistuminen Verasta.

Kuvasta sisältö hahmotetaan nopeasti ja ne tukevat sanallista kertomista. Kuvien tulee olla niin isoja, että kaikki osallistujat pystyvät seuraamaan niitä ongelmitta. (Saaren-Sepälä 1987, 14.) Fläppipaperille merkittiin ensin prosessiin osallistuvat toimijat, asiakas, lähettävä taho, sosiaalityöntekijä ja Veran työntekijä. Seuraavaksi paperille siirrettiin jo liuskoille kirjoitettuja toimintoja, tietoja ja riskejä aikajärjestyksessä kehittäjän ohjeistuksella ylhäältä alas niiden toimijoiden alle, joita liuskat koskettivat. Liuskojen kiinnittämisen yhteydessä käytiin keskustelua toimintojen järjestyksestä ja tarvittaessa kirjoitettiin ja lisättiin taululle uusia liuskoja. Tässä vaiheessa kuvasta ulkopuolelle jäävät liuskat jätettiin sivuun. Tällaisia ensimmäisessä tapaamisessa esille tulleita ”versoja” olivat muun muassa työntekijöiden koulutusta ja yleistä ohjelman markkinointia käsittelevät liuskat. Osa ulkopuolelle jääneistä teemoista herätti kuitenkin paljon keskustelua tapaamisessa ja sen jälkeen. Esimerkiksi markkinoinnin merkitykseen palattiin myöhemmin ja se lopulta päättyi valmiiseen prosessikuvaukseen. Samoin arvioinnista käytiin laajaa keskustelua. Arviointi päättyi lopulta kuvauksiin usean toimijan teoksi.

Kuvattavista prosesseista tässä vaiheessa ulkopuolelle jäi asiakkaan siirtyminen verkkoavusteisesta kuntoutusohjelmasta laituskuntoutusjaksolle. Ulkopuolelle jäämiseen vaikutti merkittävästi se, ettei yksikään pilotin asiakkaista ollut vastaavassa tilanteessa. Kehittämishankkeen suunnitteluvaiheessa laituskuntoutusta odottavia asiakkaita oli ollut.



KUVA 3. Valmis prosessikaavio.

Ryhmän toisessa tapaamisessa luodut kuvat olivat esillä lopputapaamisten ajan juuri edellä mainitun ajatuksen vuoksi. Suuria muutoksia kuviin ei tullut, mutta esimerkiksi työstettäessä asiakkaan ohjelmasta poistumisen prosessia saatettiin palata saapumisprosessiin uusien huomioiden myötä. Palaaminen saattoi hidastaa prosessia, mutta mahdollisti laaja-alaisemman keskustelun ja vaikutti samalla korjaamisen myötä kuvausten luotettavuuteen.

Kolmas tapaaminen

Kolmannessa tapaamisessa keskityttiin prosessiin, jossa asiakas siirtyy A-klinikkasäätiön laitoskuntoutusjaksolta Veraan. Tapaaminen pidettiin 20.5.2015. Keskustelua käytiin itse

prosessin lisäksi sen eroavaisuuksista suhteessa prosessiin, jossa asiakas saapuu läheteellä. Tapaamisella käytettiin myös De Bonon kuusi ajatteluhattu -menetelmää. Hatuista oli ennakkoon valittu kolme hattua käytettäväksi tapaamisessa; punainen, musta ja vihreä eli intuitio, riskit ja hulluttelu. Faktoihin keskittyviä hattua ei haluttu käyttää, koska työryhmän toiminta oli toistaiseksi keskittynyt tosiasiallisen tiedon keräämiseen. Suunnitelman mukaisesti menetelmää oli tarkoitus hyödyntää aiemmin, heti prosessin rungon valmistuttua. Keskusteluun alati tulleen uuden sisällön vuoksi ajatteluhattujen hyödyntäminen jäi myöhemmälle. Ajatteluhatut nostivat seinätauluun muutamia uusia ajatuksia erityisesti koskien huolen aiheita ja riskejä. Punainen, intuitiota koskeva hattu herätti työryhmän pohtimaan pääasiassa omia tunteita verkkoavusteisen ohjelman prosessin aikana.

Neljäs tapaaminen

Neljännessä tapaamisessa kuvia avattiin vielä niin, että niistä poistettiin hypoteettiset elementit, jotka eivät pilotissa toteutuneet ja jäljelle jäivät pilotissa konkreettisesti tapahtuneet asiat. Samat asiat jäivät kuitenkin esille, mutta toimijat vaihtuivat. Tapaaminen pidettiin 10.6.2015. Tapaamisen aluksi jatkettiin edellisellä kerralla kesken jäänyttä pohdintaa Veran aloitustapaamisen sisällöstä, jos asiakas saapuu Säätiön omasta yksiköstä. Keskustelun painopiste oli asiakkaan sitouttamisessa ja sen eroissa riippuen siitä saapuuko asiakas Säätiön kuntoutusyksiköstä ohjelmaan vai kolmannen osapuolen läheteellä.

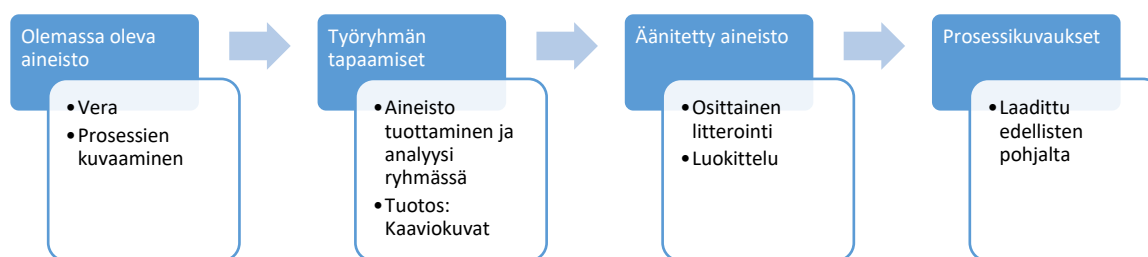
Tapaamisille oli varattu aikaa kaksi tuntia tapaamista kohden. Käytössä oleva aika hyödynnettiin kokonaisuudessaan aiheen parissa työskentelyyn. Mahdollisuutta ylittää varattua aikaa ei ollut osallistujien muiden työtehtävien vuoksi. Tapaamiset tuottivat kaksi toisistaan poikkeavaa aineistoa. Konkreettinen ja tapaamisissa valmistunut aineisto oli liuskoista ja fläppipapereista yhdessä muodostetut prosessikaavioiden raakaversiot. Tapaamisissa käydyt keskustelut olivat ensisijainen aineisto prosessikuvausten kansi- ja tekstisivujen laadintaan. Tapaamiset tuottivat äänitettyä aineistoa noin kaksi tuntia joka tapaamiselta.

Tapaamiset toteutuivat aikataulussa ja enimmäkseen suunnitelman mukaisesti, vaikka ennalta suunnitellut tapaamisten sisällöt veivät ennakoitu pidemmän aikaa. Äänityksen oli suunnitelman mukaisesti tarkoitus purkaa ja analysoida kesän 2015 aikana. Tässä kohdassa sattuma puuttui peliin ja kaksi ennakoimatonta vastoin käymistä hidastivat kehittämishankkeen etenemistä. Kehittäjän läpiپییرissä tapahtuneen kuolemantapauksen vuoksi äänitetyn aineiston purkaminen ja analyysi siirtyivät lopulta toteutuvaksi loppuvuodesta 2015. Kesällä toimeksiantajalla toteutunut organisaatio- ja palvelualueuudistus aiheuttivat epätietoisuutta Veran jatkumisesta pilotin jälkeen sekä työelämän ohjauksesta. Hämeen palvelualueen kehittämisjohtajan työtehtävät vaihtuivat ja kehittäjän oman työyksikkö

siirtyi hallinnollisesti uudelle palvelualueelle. Uusi ohjaaja hankkeelle löytyi lopulta marraskuussa 2015. Ohjaajaksi tuli perustetun Valtakunnallisten palveluiden palvelualueen silloinen kehittämisjohtaja. Hän siirtyi uusiin tehtäviin kevään ja kesän 2016 aikana ja kehittämishanke jäi sen jälkeen ilman työelämän yhteyshenkilöä. Toteutuva organisaatiouudistus vaikutti kuitenkin kehittämishankkeen ohjaukseen käytettyihin resursseihin heikentävästi.

5.3 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi voitaneen karkeasti jakaa lineaarisen ketjun linkiksi, joka seuraa aineiston keräämistä ja edeltää johtopäätösten tekoa. Analyysin voi kuitenkin nähdä alkavan jo tutkimuksen kohteeseen tutustumisesta ja ennakkomateriaalin keräämisestä kuten aiemmin Alastalon ja Åkermanin (2011) mukaan asiantuntijahaastatteluja koskevassa kappaleessa todettiin (378-380). Aineiston analyysin rajat hämärtyvät tässä tutkimushankkeessa ja ainoastaan osa analyysistä on mahdollista tunnistaa perinteistä kaavaa noudattavaksi. Kehittämisen kohteen, verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman, ollessa kehittäjälle entuudestaan melko tuntematon oli ensimmäinen analyysin osa perehtyä kohteesta saatavilla olevaan aineistoon. Kuviossa 5 on kuvattu aineiston analyysi ennakkotietoihin perehtymisestä valmiisiin prosessikuvauksiin.



KUVIO 5. Analyysin eteneminen kehittämishankkeessa.

Aineistosta keskeisimmässä osassa olivat verkkoavusteisen ohjelman prosessikuvaukset, joihin kehittämishankkeen tulokset tulivat linkittymään. Alastalon ja Åkermanin (2011) mukaiset perustelut asiantuntijahaastatteluihin osallistuvien maailmaan tutustumisesta toteutuvat tässä hankkeessa melko hyvin (378-380). Kehittäjä tunsi molemmat haastateltavat

ja heidän toteuttamansa perustyön ennakoon sekä työskenteli itse samassa organisaatiossa. Näin ollen asiantuntijoiden työhön liittyvien arvojen, maailmankuvan ja kielen voidaan katsoa olleet tuttua. Seinätekniikan käyttämisen ollessa vallitsevassa asemassa työryhmien tapaamisissa, jäi ennakkotietojen vaikutus tapaamisten kulkuun asiantuntijahaastatteluiden haastattelurunkoa pienemmäksi.

Analyysin toinen vaihe ajoittui työryhmän tapaamisiin. Seinätaulutekniikalla tuotetut prosessikuvausten uimaratakaaviot olivat työryhmän tapaamisten tuloksena syntyneitä tuotoksia. Työryhmän tapaamisissa aineistoa tuotettiin ja sitä analysoitiin samanaikaisesti keskustellen. Tapaamisten välissä kehittäjä laati seuraavalle tapaamiselle ohjelmanrunon edellisen tapaamisen sisältöjen perusteella, joka edellyttää edellisen tapaamisen jonkin asteista analysointia. Työryhmien tapaamisia ei käsitellä uudelleen tässä luvussa, koska niiden eteneminen on kuvattu jo aiemmin.

Kun työryhmän tapaamisia käsiteltiin edellisessä luvussa, tässä luvussa kuvataan tapaamisten äänitykset käsittävän aineiston raaka-analyysia, luokittelua. Analyysilla oli selkeä tavoite, saada aikaan prosessikuvaukset siirtymisistä. Vaiheiden irrottaminen toisistaan on jossain määrin keinotekoisia, mutta helpottanee lukijan työtä. Analyysia käsitteleviä tai sivuavia teemoja on tunnistettavissa seuraavassa, prosessien kuvaamista käsittelevästä luvussa.

Tapaamisten kulku myös äänitettiin ja äänitetyn aineiston oli tarkoitus tuottaa prosessikuvausten tekstiosuus. Koko kerättyä aineistoa ei ole tarpeellista aina litteroida. Aineistoa voidaan rajata koskemaan tutkimusongelman kannalta keskeisiin teemoihin, mutta rajaamisen tulee olla perusteltua ja johdonmukaista. (Ruusunen ym. 2010, 14.) Ennen äänitysten litterointia aineistoa rajattiin kehittämishankkeen tavoitteen mukaisesti koskemaan asiakkaan saapumista ja poistumista verkkoavusteisesta ohjelmasta. Saapumisesta ja poistumisesta käsittelevät keskustelut oli tarkoitus litteroida tarkemmin. Äänityksissä esille tulleet rajauksen ulkopuolelle jääneet ajatukset oli tarkoitus kirjata kuitenkin ylös mahdollista hyödyntämistä varten. Myöhemmin rajaamisen ulkopuolelle jääneiden osa-alueiden kirjaaminen osoittautui hyödylliseksi tukiprosessien löytämisen kannalta.

Aineistoa ei litteroitu sanatarkasti, koska se ei olisi vastannut aineistolle annettua tavoitetta. Prosessin kulun konkreettiset tapahtumat oli mahdollista saada esille epätarkemmalla kirjoittamisella. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2009, 222) kirjoittavat aineiston sanatarkan litteroinnin olevan usein tarpeellista, mutta aineistoa usein rajattavan tutkittavien teemojen mukaisesti. Litteroinnin tarkkuuden he toteavat riippuvan analyysin tavoitteista. Aineisto litteroitiin tapaamisittain edellä kuvattujen periaatteiden mukaisesti. Litteroitua aineistoa kertyi ensimmäisellä kuuntelukerralla 10 sivua sisältäen kehittäjän lyhyet

muistiinpanot ja keskeisten sisältöjen aikamääreet, jotta myöhemmillä kuuntelukerroilla asiaan palaaminen helpottuisi.

Aineistoa käsiteltiin sisällönanalyysin avulla. Litterointia seuraava askel analyysi etenemisessä on litteroidun aineiston luokittelu tutkimusongelmaan, keskeisiin käsitteisiin ja tutkimuksen lähtökohtiin perustuen. Usein aineisto jaetaan ensin suurempiin, karkeisiin luokkiin, joita on myöhemmin mahdollista tarkentaa. Luokittelun tavoitteena on helpottaa aineiston hahmottamista. Luokittelu mielletään usein sisällönanalyysiksi, vaikka se on vasta jonkinlainen raaka-analyysi. (Ruusuvaori 2010, 18-19.) Analyysi toteutui aineistolähtöisesti, luokittelun keskeisten teemojen noustessa aineistosta. Ensisijaiset luokat olivat asiakkaan prosessin alku ja loppu. Työryhmän tapaamisten perusteella tiedettiin arvioinnin nousseen keskeiseksi teemaksi keskusteluissa, joten se nostettiin omaksi luokakseen. Aineiston käsittelyn edetessä materiaalia, joka ei sopinut kolmeen laadittuun luokkaan kertyi paljon. Laadittiin kaksi uutta luokkaa käsittämään asiakkaan ja työntekijän toimintaa yleisellä tasolla, ei koskien joko saapumis- tai poistumisprosessia. Asiakasta ja työntekijää koskeviin luokkiin kertyi jonkin verran materiaalia, joka rajattiin tarkemman litteroinnin ulkopuolelle. Kehittämishankeen keskittyessä asiakkaan saapumiseen verkkoavusteiseen ohjelmana laitostuntoutuksesta, irrotettiin asiakkaan saapumisesta omaksi luokakseen asiakkaan saapuminen laitostuntouksesta. Äänitettyyn aineistoon palattiin useaan kertaan luokittelun aikana. Ensimmäisen kuuntelukerran auki kirjoitetusta aineistosta poimituja asioita lihavoitettiin ja keskustelua avattiin muistiinpanoihin laajemmin.

Analyysissa esimerkiksi Veran pilottiin kuuluneen arviointikäynnin sisällöstä ja merkityksestä sekä sen olemassa olon oikeutuksesta ei tapaamisissa laadituissa uimaratakaavioissa ollut merkintää prosessissa, jossa asiakas saapuu kuntoutusjaksolta. Asia nousi uudelleen esille litteroidussa aineistossa päätyen ohjelman alkua koskevaan luokkaan. Arviointikäynti nähtiin tarpeettomaksi, mutta keskustelun edetessä sen sisällöksi pohdittiin tutustumiskäyntiä, koska kasvokkain kohtaaminen ennen Veran alkua koettiin tärkeäksi asiakassuhteen luomisen kannalta. Lopulliseen prosessikuvaukseen asia ei kuitenkaan päätenyt kuvauksen suppeuden vuoksi.

Aineistolle ei tässä yhteydessä ryhdytty tekemään tarkempaa analyysia, vaan useiden tutkijoiden vähättelemä luokittelu sai tässä yhteydessä riittää. Äänitetyn aineiston tavoitteena oli tuoda lihaa tapaamisissa tuotettujen kaavioiden ympärille faktatietoina tai mahdollisina faktatietoina. Mahdollisina siksi, koska osa prosessien kuvauksista oli lopulta hypoteettisia asiakaspudokkuuden vuoksi.

Analyysivaiheessa aineistosta nousi esille kokonaisuuksia, joiden hyödyntäminen suoraan prosessien kuvaamisessa näyttäytyi hankalalta. Tällaisia teemoja olivat muun muassa

työntekijän jaksaminen ja innostumisen ylläpitäminen sekä asiakkaan esiharkinnan vaiheet ennen hoitoon hakeutumista. Vaikka asiantuntijahaastatteluilla pyritään usein tuottamaan faktatietoa, usein sivutuotteena saadaan kulttuurillista haastatteluaineistoa aikaiseksi (Alastalo & Åkerman 2010, 374-375). Prosessikuvausten ulkopuolelle jäänyt materiaali rajattiin suurelta osin pois, koska se ei tukenut hankkeelle asetettuja tavoitteita.

5.4 Prosessien kuvaaminen

Kehittämishankesuunnitelmaan kirjattuna ajatuksena oli toteuttaa varsinainen prosessien kuvaaminen Säätiöllä käytössä olevan prosessikuvauslomakkeiden avulla. Kehittäjä koki lomakkeen kuitenkin kehittämishankkeessa kuvattavien hyvin rajattujen prosessien kuvaamiseen hankalaksi. Säätiön kuvauspohja ei sellaisenaan mahdollistanut toimijoittain eriteltyjen prosessikaavioiden esittämistä. Lisäksi Säätiön kuvauspohjaan ei ollut saataville ohjeistusta. JHS152 –standardin mukainen prosessien kuvaaminen oli tullut kehittäjälle tutuksi hankesuunnitelman laadinnan yhteydessä ja toistuvasti Lahden ammattikorkeakoulun Toiminnan laatu ja tuloksellisuuden arvioinnin –kurssilla, joten kuvaamisen kehittäjä päätti toteuttaa standardin mukaisesti. JHS152 -standardin mukaisen kuvaamisen kehittäjä hyväksyi silloisen Hämeen palvelualueen kehittämisjohtajalla.

Työryhmän tapaamisten tavoitteena oli laatia prosessien kaaviokuvat seinätaulutekniikan avulla. Tavoite saavutettiin hyvin ja tapaamisten aikana valmistui kolme fläppipaperille värikkäin kartonkipalojen avulla laadittu kaaviota. Fläpille tehdyt kaaviokuvat toimivat pohjana sähköisesti tehdyille kaavioille. Sähköiseksi muuttamisen yhteydessä fläppikaavioita jouduttiin muokkaamaan ja virtaviivaistamaan. Fläppipaperille oli kirjoitettu prosessin yksittäisiä elementtejä, joista useat koskettivat prosessin samoja toimintoja.

Kaaviokuvien valmistuttua täytettiin JHS152 -standardin mukaiset kansilehdet ja prosessikaaviota runsassanaistemmin kuvaavat tekstisivut. Tekstisivulle siirrettiin prosessien osat kaaviokuvista. Osien kirjallisessa avaamisessa käytettiin ensisijaisesti litteroitua ja luokiteltua aineistoa. Edelleen kehittäjä palasi äänitettyyn aineistoon, jos analysoidussa aineistossa ei ollut riittävän selkeää vastausta, joka täyttäisi prosessikuvauksen tekstiosuuden kohtaa. Luokitellussa aineistossa ei esiintynyt tässä yhteydessä ristiriitaisuuksia itsensä kanssa. Tekstisivuille materiaali tuli kuitenkin saada mahdollisimman yksinkertaiseen ja tiiviiseen muotoon, jolloin osa luokitellussa aineistossa esiintyvistä pohdinnasta jäi tässä yhteydessä paitsioon. Esimerkiksi asiakkaan saapuessa verkkoavusteiseen ohjelmaan laitoskuntoutuksesta prosessikaaviossa ei ole mainintaa, että asiakkaan on todennäköisesti helpompi tulla, kun hän on jo saman toimijan asiakkaana.

Kaaviokuviiin prosessit tulisi kirjata mahdollisimman konkreettisesti ja selkeästi (Laamanen 2004, 92). Tapaamisissa käydyissä keskusteluissa kommentoitiin asiakkaan paikkaa seinätaululla viimeisenä. Valmiiseen prosessikaavioon asiakas siirrettiin ensimmäiseksi, onhan hän omalla toiminnallaan prosessin aloittaja. Laamanen (2004, 80) kokee asiakkaan asettamisen kaaviossa ensimmäiseksi tai ylimmäksi tärkeänä, koska prosessin on tarkoitus palvella asiakasta. Prosessikuvauksen tehtävänä on toiminnan kuvaamisen lisäksi nostaa esille prosessin kriittisiä pisteitä (Laamanen 2004, 92). Jo työryhmän keskusteluissa tärkeään rooliin nousi asiakkaan ja ohjelman välisen suhteen arvioiminen, sopiiko ohjelma asiakkaan sen hetkiseen elämäntilanteeseen. Tätä voidaan pitää etenkin saapumisprosessin kriittisenä pisteenä. Poistumisprosessissa arviointi nousee myös keskeiseen asemaan sen määrittäessä asiakkaan saamaa jatkotukea. Valmiit prosessikuvaukset lähetettiin kommentoivaksi työryhmän jäsenille ja Valtakunnallisten hoitopalveluiden kehittämisjohtajalle. Työryhmän jäsenten palautteesta korjattiin prosessikuvaukseen seuraavat:

1. Lähettävän tahon työntekijän tulee olla yhteydessä Veran työntekijään maksusitoumuksen varmistamisen vuoksi. Asiakas voi lisäksi olla yhteydessä Veran työntekijään. Aiemmassa versiossa lähettävän tahon työntekijä tai asiakas on yhteydessä Veran työntekijään.
2. Asiakkaan saapuessa asiakkaalle voidaan antaa ohjelman esitteet tutustuttavaksi.

Laadittujen prosessikuvausten pohjalta kuvatut prosessit kirjoitettiin auki tähän raporttiin. Varsinaiset kuvausten oli tarkoitus olla raportin liitteenä. Vapaamuotoisempi kirjaaminen raporttiin edellytti edelleen prosessien tiivistämistä. JHS152 -standardin mukaisesti tehdyissä kuvauksissa yksittäiset toiminnot saavat olla hyvin pieniä makrotason toiminnan kirjauksia. Esimerkiksi yksittäisten puhelinsoittojen kirjoittamista omana lukunaan ei kehittäjä nähnyt raportin tavoitteen mukaiseksi. Tiivistettäessä prosessit virtaviivaistuivat ja selkenivät edelleen merkittävästi. Kehittäjä mietti prosessikuvausten laatimista A-klinikkasäätiön omaan prosessikuvauspohjaan uudelleen ja lopulta päätyi kuvausten siirtämiseen siihen. Siinä missä JHS152 -standardin mukaisessa kuvauksessa on mahdollista kuvata yksittäisiä toimintoja tiedonkulkuineen selkeästi, mahdollisti Säätiön oma kuvauspohja suurempien elementtien jakamisen pienempiin sisältöihin. Jälkimmäisellä oli lopulta enemmän tarvetta ottaen huomioon prosessien lyhyiden ja sen, ettei tarvetta tarkalle makrotason kuvaukselle ollut.

Verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman tilanne oli loppuvuodesta 2015 epäselvä. Ohjelmaa pilotoitiin uudelleen kohdennettuna rajatummalle kohdejoukolle kuin ensimmäisessä pilotissa. Ohjelman levittäminen valtakunnalliseksi palveluksi näytti epäselvältä. Epäselvyys ohjelman tulevaisuudesta aiheutti epäselvyyttä myös kehittämishankkeelle.

Keväällä 2015 ajatuksena vielä oli hankkia aineistoa haastattelemalla myös mahdollisia lähettäviä tahoja, joista asiakkaita saattaisi saapua Veran piiriin. Mahdollisia lähettäviä tahoja ei toisen pilotin perusteella kuitenkaan tulisi välttämättä olemaan, joten tämä vaihtoehto jätettiin pois. Ohjaava opettaja oli myös ratkaisun kannalla. Toissijaiseksi aineistoksi pohdittu tutkimusryhmän ensimmäisestä pilotista laatiman arvioinnin hankkiminen osoittautui odotettua työläämmäksi. Aineisto saatiin käyttöön loppukeväästä 2016. Aineisto osoittautui melko suppeaksi. Arvioinnin laatimista oli hankaloittanut asiakkaiden suuri pudokkuus. Ohjelman aloitti 39 asiakasta ja lopetti 12. Ohjelman keskeyttäneiden suureen osuuteen nähtiin vaikuttaneen asiakkaiden valitseminen mahdollisimman erilaisilla taustoilla. (Tourunen & Kaskela 2015.)

Pilotin arvionnista saatu aineisto ei varsinaisiin prosessikuvauksiin tuonut uutta materiaalia sen käsitellessä koko ohjelman prosessia. Työryhmässä saatua aineistoa se kuitenkin hieman rikastutti. Pilottiin osallistuneet työntekijät kokivat ohjelman soveltuvuuden arvioinnin ja ohjelman oikea-aikaisuuden tärkeiksi. (Veran pilotti/Ohjaajien loppupalautetta 2015.)

Vaikka seinätauluille kirjoitettuna ja keskustelun avauksissa käytettiin termiä lähettävä taho yleiskäsitteenä kuvaamaan kaikkia mahdollisia asiakkaita lähettäviä yksiköitä, painotui keskustelussa voimakkaasti työterveyshuolto. Työterveyshuollon rooli päihdeongelmien ehkäisyssä on ollut kehittämisaikana kansallisessa Mieli 2009-ohjelmassa. Ohjelman aihetta käsittelevänä tavoitteena oli lisätä työterveyshuollon täydennyskoulutusta ja kehittää työterveyshuollon koordinaatoroolia työpaikan, terveydenhuollon ja kuntoutuksen välillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016, 19).

6 TUOTOKSET ELI PROSESSIEN KUVAUKSET

Toimeksiantajan ja kehittäjän laatiman salassapitosopimuksen mukaisesti tässä luvussa esitetyt prosessien sanalliset kuvaukset ovat Theseukseen ladattavasta versiosta poistettu ja luvusta 6.1 sisältöä on poistettu. Liitteinä olleet prosessikuvauspohjaan tehdyt kuvaukset ovat tästä versiosta myös poistettu. Lukuun jätettyä tekstiä ei ole muokattu tätä kappaletta lukuun ottamatta.

6.1 Veran prosessi suhteessa asiakkaan prosessiin

Prosessien tunnistamisessa ehkä helpoin vaihtoehto on seurata asiakkaan prosessia läpi palveluiden (Laamanen 2004, 53). Vaikka työryhmän tapaamisissa käsiteltiin ensisijaisesti prosessien välisiä siirtymisiä ja asiakkaan liikkumista palveluntarjoajalta toiselle, nousi aineistossa esille kolme eritasoista prosessia. Etenkin työryhmän ensimmäisissä tapaamisissa käsiteltiin melko paljon verkkoavusteisen ohjelman kehittämisprosessia. Kehittämisprosessista nostettiin esille koulutus, koskien sekä A-klinikkasäätiön henkilökuntaa että sidosryhmiä, markkinointi ja tiedottaminen. Kehittämisprosessin käsittely ei ole tämän hankkeen tarkoituksen mukaista, joten se jätetään seuraavassa tarkastelussa vähemmälle huomiolle. Markkinoinnin ja tiedottamisen asemaa käsitellään kuitenkin myöhemmin osana asiakkaan ohjelmaan saapumisprosessia.

Toinen selkeästi esille noussut aihe oli asiakkaan toipumisprosessi etenkin ennen kuin asiakas hakeutuu avun piiriin. Asiakkaan prosessi alkaa ennen kuin hän tulee palveluiden asiakkaaksi. Päihdehuollon asiakkaan prosessin voidaan alkaa alkavan, kun asiakas itse tai joku hänen läheisistään huolestuu päihteiden käytöstä. Aineistossa käytettiin ”ahaa-elämyksen” käsitettä kuvaamaan asiakkaan heräämistä. Työryhmältä kerätyssä aineistossa pohdittiin prosessin alkavan paljon ennen palvelun piiriin saapumista. Huolen heräämisen ja mahdollisen puheeksi ottamisen jälkeen asiakas on luultavasti yrittänyt itsenäisesti vähentää tai lopettaa käyttöä. Hän on mahdollisesti etsinyt tietoa. Yritysten jälkeen hän ottaa päihteiden käytön puheeksi palveluiden tarjoajan kanssa. Vaihtoehtoisesti huoli voi olla palveluntarjoajan esille nostama. Tuolloin palveluprosessi alkaa puheeksi ottamisesta.

6.2 Asiakkaan saapuminen Veraan kolmannen osapuolen läheteellä

Asiakkaan saapumista Verkkoavusteiseen päihdekuntoutusohjelmaan kolmannen osapuolen läheteellä voidaan pitää saapumisprosessin perinteisenä kuvauksena.

6.3 Asiakkaan saapuminen A-klinikkasäätiön laitostuntoutuksesta

Asiakkaan saapuminen Veraan Säätiön laitostuntoutusjaksolta eroaa edellisestä prosessista lähtökohdiltaan. Prosessin käynnistävä syöte on asiakkaan pohdinta omasta selviytymisestään laitoksesta kotiutumisen jälkeen ja siihen liittyvä jatkotuen tarpeen pohtiminen.

6.4 Asiakkaan poistuminen Verasta jatkotuen turvin

Asiakkaan poistumisen prosessi verkkoavusteisesta ohjelmasta jatkotuen piiriin ei laitostuntoutuksesta saapumisen prosessin tavoin ole rajattu selkeästi.

7 POHDINTA

7.1 Eettisyys ja luotettavuus

Miten lähestyä omalle työnantajalle tehdyn työelämälähtöisen tutkimuksellisen kehittämishankkeen eettisyyttä. Hirsjärvi ja Hurme (2000) toteutuvat haastatteluilla hankitun aineiston eettisten kysymysten riippuvan paljon tutkimuksesta. Keskeisimmiksi periaatteiksi he nimeävät kuitenkin suostumuksen saamisen, luottamuksellisuuden, seuraukset ja yksityisyyden. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 19-20.) Aineiston keruussa, työryhmien tapaamisissa, sivuttiin kyllä asiakkaiden kulkemista läpi prosessin. Yksittäisten asiakkaiden henkilötietoja, taustaa tai päihdehistoriaa sen sijaan ei käsitelty. Veran ensimmäisessä pilotissa olleita asiakkaita ei kuvauksista voi tunnistaa.

Asiantuntijahaastatteluissa haastateltavien anonymiteetti on hankalasti lähestyttävä asia. Anonymiteettia on paikoitellen mahdotonta taata asiantuntijoiden kapean asiantuntijuuden vuoksi. Tämä voi vaikuttaa siihen, etteivät haastateltavat tuo kaikkia tietoja esille tai haluaivat ottaa kunnian onnistumisista. (Alastalo & Åkerman 2010, 383.) Työryhmän jäsenten anonymiteettiä kehittämishankkeessa ei voitu taata. Käsitellyt asiat koskivat kuitenkin hyvin konkreettista toiminnan tasoa ja yksittäisen henkilön pohdintaa ei ole mahdollista erottaa raportista. Toimeksiantaja oli saanut kehittämishankkeen suunnitelman ja antanut luvan sen mukaiseen toteutukseen. Työryhmän kokoontumisien äänittämiseen kysyttiin lupa tapaamisten alussa.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti kehittämishankkeen sidonnaisuudet ovat ilmoitettu kehittäjän näkemyksen mukaan riittäväällä laajuudella (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.) Hanke tehtiin tilauksesta A-klinikkasäätiölle, jonka palvelutoiminta siirtyi raportin kirjoittamisen aikana raportissa esitetyn mukaisesti A-klinikka Oy:lle. Kehittäjä ei hankkeeseen käytetystä ajasta saanut rahallista korvausta, mutta on työsuhteessa kohdeorganisaatiossa.

Tutkimuksellisen kehittämishankkeen luotettavuuden arviointi saattaa olla hankalaa. Tieteellisen tutkimuksen määritteet eivät välttämättä täysin kohtaa kehittämistoiminnan tarpeita. Sekä määrällisen että laadullisen tutkimuksen luotettavuuden käsitteitä voitaneen kuitenkin soveltaa myös kehittämistoiminnan luotettavuuden arvioinnissa. Tieteellisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin vakiintuneita tapoja voidaan käyttää etenkin silloin, kun kehittämistoiminta on pitänyt sisällään selkeitä tutkimusasetelmia. (Toikko & Rantanen 2009, 212-222.) Tämän kehittämishankkeen pyrkimys oli prosessikuvausten laatiminen. Kuvausten laatimiseksi hyödynnettiin tutkimuksellisia asetelmia ainakin sekä

aineiston hankinnassa että sen analyysissa. Tutkimusmenetelminä aineiston hankinnan ja analyysin keinot olivat laadullisia.

Reliabiliteetti ja valideetti liitetään määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin käsitteiksi. Valдитеetilla tarkoitetaan sitä, onko tutkimuksessa selvitetty sitä mitä on pitänyt. Reliabiliteettiin liittyy keskeisesti tutkimusasetelman toistettavuus. (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Vaikka tutkimusasetelma hankkeessa ei ollut määrällinen, voidaan luotettavuutta jossain määrin tarkastella pätevyyden ja toistettavuuden kautta. Aineiston hankintaan osallistunut kohdejoukko oli pieni, joten hankittuja tietoja ei välttämättä voida yleistää koskemaan valtakunnallisesti. Kehittämishanke ei ole täysin toistettavissa toisessa paikassa ja toisilla osallistujilla, valtakunnallisesti pilottiin osallistuneet työntekijät valitsivat asiakkaansa itse mahdollisimman erilaisista lähtökohdista. Toisaalta työryhmään kuuluneet työelämän edustajista toinen oli valtakunnallisesti ainoa, jolla oli kokemusta verkkoavusteisen ohjelman toteuttamisesta yhdistettynä laituskuntoutukseen. Asiakkaiden keskeyttämisprosentti oli suuri. Osittain aineiston laatimisessa työryhmien tapaamisissa toimitettiin hypoteettisella tasolla ja laadittiin kuvauksia pohtimalla miten prosessi olisi voinut mennä, jos tilanne olisi ollut toinen.

Sekä valideetin että reliabiliuden selvittämiseksi hankittu ja analysoitu aineisto voidaan antaa tutkittaville itselleen luettavaksi ja kommentoitavaksi. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 189.) Aineistonhankintamenetelmän ominaisuuksien vuoksi analyysi aloitettiin yhdessä työryhmän kanssa saman aikaisesti aineiston hankinnan kanssa. Valmiit prosessikuvaukset lähetettiin kommentoitavaksi työryhmän jäsenille ja heidän tekemänsä kehittämis ehdotukset ja korjaukset huomioitiin ennen raportin kirjoittamista.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin on pyritty löytämään sopivaa käsitettä vakuuttavuudesta. Tutkimuksen tai kehittämishankkeen raportissa tulisi perustella ja kuvata tutkijan tai kehittäjän tekemät valinnat mahdollisimman yksiselitteisesti. Etenkin analyysin kuvaaminen ja avoimuus on tärkeitä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 189; Toikko & Rantanen 2009, 123.) Sekä aineiston keruu että analyysi ovat esitetty tässä raportissa aiemmin kehittäjän näkemyksen mukaan riittävällä laajuudella. Kuitenkin aineiston hankinnan ja analyysin päällekkäisyys osittain on häirinnyt kuvaamista. Etenkin analyysin kuvaaminen on jakaantunut useaan lukuun. Viimekädessä vakuuttavuuden arviointi jää lukijan tehtäväksi.

Toikko ja Rantanen (2009) liittävät kehittämistoiminnan luotettavuuden ja kuvaamisen läpinäkyvyyden arviointiin toimijoiden sitoutumisen. Kehittämiseen sosiaalisena prosessina vaikuttaa toimijoiden sitoutuminen ja sitoutumattomuus vaikuttaa suoraan aineiston, menetelmän ja saatujen tulosten luotettavuuteen. Tärkeää on kuvata missä ja miten

prosessin vaiheissa toimijat ovat olleet osallisina. (Toikko & Rantanen 2009, 124.) Raportissa hankkeen toteutusta käsittelevässä luvussa on kuvattu yksiselitteisesti toimijoiden osallisuutta eri vaiheisiin.

Kehittämishankkeiden luotettavuuden arvioinnissa on hyvä pohtia tulosten käyttökelpoisuutta ja siirrettävyyttä. Voidaan arvioida kuinka käyttökelpoisia kehittämishankkeen tulokset ovat. (Toikko & Rantanen 2009, 125.) Kehittämishankkeen jäädessä A-klinikkasäätiössä tapahtuneiden muutosten jalkoihin tulosten käyttökelpoisuuden arvioiminen tulee hankalaksi. Hankkeen suunnitteluvaiheessa tavoitteen mukaisilla prosessikuvauksilla oli aikanaan selkeä tilaus. Kehittäjän arvion mukaan prosessikuvaukset vastaavat sitä mitä niiltä tuolloin haettiin. Kohdeorganisaation kehittämisen painopistealueiden muuttuessa hankkeen tulosten käyttöarvo jää nähtäväksi. Nykyisen A-klinikka Oy:n edustajat eivät tulosten hyödynnettävyyttä tai siirrettävyyttä ole kommentoineet. Kehittämishankkeen raportti ja prosessikuvaukset on lähetetty A-klinikka Oy:n laatu- ja kehittämisjohtajalle.

Haastattelut ovat aina tulkintaa. Haastateltava tulkitsee todellisuutta omasta näkökulmastaan ja näkee sen viime kädessä omalla uniikilla tavallaan. (Alastalo & Åkerman 2010, 384.) Toisaalta työryhmän jäsenillä oli pitkä työkokemus useissa A-klinikkasäätiön yksiköissä, jolloin on jossain määrin mahdollista olettaa heidän voivan suhteuttaa tehtävänsä verkkoavusteissa ohjelmassa laitostuntoutuksen toimintaan. Työryhmän jäsenten tuttuuden kehittäjälle ja kehittäjän päihdetyön tuntemuksen voi nähdä luotettavuutta tukevana seikkana niin aineiston hankinnan, analyysin ja tulkinnan osalta.

7.2 Hankkeen tulokset suhteessa taustateoriaan

Palveluketjuja ja -kokonaisuuksia käsiteltäessä nostetaan asiakkaan rooli aktiivisena toimijana voimakkaasti esille (Ruotsalainen 2000, Sosiaalihuoltolaki 1301/2014). Asiakkaan rooli Verassa jää itse siirtymisprosesseissa kapeaksi toiminnan näkökulmasta, eri yksiköiden työntekijöille jää suuri vastuu toiminnasta. Toisaalta taas asiakas arvioi omaa soveltuvuuttaan ja mahdollisuuksiaan ohjelmaan ja on täten keskeisessä asemassa prosessin etenemisen kannalta. Ohjelman päättyessä ja asiakkaan jatkaessa muun palvelun piirissä etenee prosessi hyvin asiakasvetoisesti, ehkä jopa liian.

Palveluketjujen nivelkohdat ovat herkimpiä haavoittumaan, asiakkaat eivät omatoimisesti ehkä siirry ketjun linkiltä toiselle, tieto toimijoiden välillä ei välttämättä välity (Tanttu 2007, 121). Työryhmän tapaamisissa kysymys tiedon välittymisestä jatkohoitoa tarjoavalle taholle herätti ihmetystä ja sen pohtiminen edes teorian tasolla oli hankalaa. Toisaalta päihdehuollon palveluketjuissa asiakkaan tilanteesta vastaavalla sosiaalityöntekijällä tulisi ainakin olla tieto asiakkaan tilanteesta kokonaisvaltaisesti.

Palveluketjujen kehittämisen asiakaslähtöiseen näkökulmaan liittyi vaade palveluiden valitsemiseen vaikuttamisesta (Ruotsalainen 2000, 20-22). Sama teema toistuu uudessa sosiaalihuoltolaissa; asiakkaan tulee voida osallistua palvelukokonaisuuden suunnitteluun (Soveltamisopas 2015, 4). Verkkoavusteisen ohjelman kohdalla tämä vaikuttaa toteutuvan. Jatkohoidon tarpeen arviointi ja sen suunnittelu toteutuvat yhdessä asiakkaan kanssa läpi ohjelman. Ohjelman lopussa valmis jatkosuunnitelma on sekä asiakkaan että työntekijän tiedossa. Samoin asiakas siirtyy Veraan kuntoutusjaksolta omasta päätöksestään, yhteisen arvioinnin jälkeen työntekijän ja asiakkaan välillä.

Ketjutetut palvelut, kokonaisuudet edellyttävät yhteistyötä toimijoiden välillä. Aineistossa nousi esille, ettei verkkoavusteisen ohjelman työntekijöillä ole tietoa asiakkaan saamista muista palveluista, ”jokainen tekee töitä omissa poteroissaan”. Tieto muista palveluista tulisi todennäköisesti asiakkaalta itseltään tai hänen asioitaan hoitavalta sosiaalityöntekijältä. Tieto ei toki välttämättä ole tarpeellista, mutta tieto asiakkaasta heränneistä huolenaiheisto olisi hyvä pystyä viemään eteenpäin. Jos esimerkiksi asiakas on sekä psykiatriassa kuntoutuksessa että päihdekuntoutuksessa osittain päällekkäin, on todennäköistä, että samaa psykososiaalista kuntoutumista pyritään tekemään molempien tahojen toimesta.

Sekä palveluketjuissa että -kokonaisuuksissa olisi keskeistä tehdä yhteistyötä ja jakaa hoitovastuuta (Tanttu 2007, 69; Ruotsalainen 2000, 20). Työryhmän tapaamisten perusteella syntyi vaikutelma, ettei tiedonsiirron ja yhteistyön eetos ole kovin keskeinen osa päihdehuollon järjestelmää. Vaikutelman tueksi ei kuitenkaan löytynyt lähdemateriaalia. Saumattomien palveluketjujen kokeilun taustalla on ollut asiakkaan hoidon tai palvelun katkeaminen hänen siirtyessään palvelun piiristä toiseen. (Ruotsalainen 2000, 18.) Toisaalta liiallisella tiedonsiirrolla on omat vaaransa. Hankaluuksia moniammatillisissa palveluketjuissa ja -prosesseissa aiheuttavat dokumentointi ja tiedonhallinta. Vaarana on oleellisen tiedon hukkuminen loputtomaan eri toimijoiden kirjaamiin tietoihin. (Ruuska & Haukkaa-Haara 2004, 28)

Arviointi, markkinointi ja myyminen nousivat työryhmän tapaamisissa uudestaan ja uudestaan esille. Arvioinnin tavoitteena on saada oikeat asiakkaan oikeiden palveluiden piiriin. Osa soveltuvuuden arvioinnin kriteereistä oli konkreettisia, kuten asiakkaan tietotekninen osaaminen ja mahdollisuus käyttää tietokonetta sekä elämäntilanteen soveltuvuus. Esimerkiksi soveltumattomasta elämäntilanteesta annettiin tuleva vankilatuomio. Osa kriteereistä oli hankalammin mitattavissa; asiakkaan kognitiiviset taidot ja psyykkinen vointi. Mahdollisuus käyttää tietokonetta, konkreettisesti ja taidollisesti, ohella keskeiseksi arviointi kriteeriksi nousi päihdeongelman syvyys. Verkon välityksellä toteutettu päihdehoito

kohtaa parhaiten vähäisten ja kohtuullisen ongelmien kanssa painiskelevat asiakkaat (Schwartz ym. 2014, 1097.) Samoihin tuloksiin on päädytty verkon avustuksella toteutetun terapian vaikuttavuuden arvioinnissa; verkkoavusteisen terapian on todettu kohtaavan parhaiten asiakkaan joiden psykiatriset ongelmat ovat lieviä tai keskisuuria (Stenberg 2016, 74). Työryhmän tapaamisten tuottamassa aineistossa liian lievän päihdeongelman nähtiin vaikeuttavan asiakkaan sitoutumista, päihdeongelma ei saa aineiston perusteella olla liian vähäinen, muutoin asiakas voi kokea tukitoimet turhina. Kuntoutusjaksolta ohjelmaan siirtyneiden kohdalla edellinen tuskin tulisi hankaluudeksi, vähäisten vaikeuksien päihteiden kanssa maksusitoumuksen tai lähetteen saaminen kuntoutukseen voi olla haastavaa. Toisaalta taas kuntoutusjaksolle siirryttäessä päihdeongelma voisi olla merkittäväkin, jos asiakas on sitä jakson edetessä pystynyt työstämään kohtuullisiin mittoihin ennen Veran aloittamista.

Ennen Veran aloittamista tapahtuva arviointi jaettiin työryhmän tapaamisissa kahteen osaan, esiarviointiin ja arviointiin. Esiarvioinnin nähtiin tapahtuvat ennen ohjelman puheeksi ottamista asiakkaan kanssa. Arviointi taas tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa. Päihdeongelman syvyyden ja asiakkaan elämäntilanteen arvioiminen liittyivät esiarvioinnin vaiheeseen. Esiarvioinnissa painottuivat työntekijän osaaminen ja tietämys päihde- ja riippuvuusongelmista. Osaaminen hieman epämääräisenä käsitteenä pitää sisällään kokemusperäisen hiljaisen tiedon, arviointia tehdään pitkälti ”perstuntumalta.”

Käsitteenä markkinointi oli monimerkityksellinen. Työryhmän tapaamisten alussa markkinointi liitettiin kuvattavien prosessien ulkopuolelle, organisaation hallintoa koskevaksi toiminnaksi. Myöhemmin sen merkitys rikastui ja se keskittyi Veran markkinointiin yhteistyökumppaneille liittyen edelleen arvioinnin käsitteeseen ja kumppaneiden tekemän arvioinnin luotettavuuteen. Edelleen käsite sai uuden merkityksen ohjelman markkinoinnista asiakkaalle keskittyen enemmän ajatuksen myymiseen ja asiakkaan sitouttamiseen.

Yli organisaatorajojen toteutuvien palveluketjujen yhdeksi vaikeudeksi tulee ketjusta vastaavan tahon määrittäminen. (Silvennoinen-Nuora 2010, 108). Tässä kehittämishankkeessa asia tuli ilmi konkreettisimmin siirtymisprosessien omistajien nimeämisen vaikeudessa. Prosessin omistaja on prosessin toiminnasta, tuloksista ja kehittämisestä vastaava taho (Juhta 2012, 2). Veran toisessa pilotissa prosessin omistaja oli selkeämmin määriteltävissä työterveydenhuollosta ohjelmaan siirryttäessä. Toisessa pilotissa ennen ohjelman alkua pidettiin neuvottelu, jossa oli tarkoitus sopia tietojen siirtymisestä ja laadittiin yhteistyösopimukset. Toisaalta asiakkaan siirtyessä A-klinikkasäätiön toimijoiden välillä prosessin omistajuuden merkityksen voi nähdä pienempänä. Hoitoa antavien yksiköiden toinen toisensa toiminnan tunteminen lisää kokonaisprosessin sujuvuutta (Tanttu 2007, 129).

Todennäköisesti eri toimijoiden väliset menetelmät ja tietojärjestelmät tukevat toisiaan, työntekijät ovat mahdollisesti toisilleen tuttuja. Toki vastuussa oleva taho tulisi määritellä siltä varalta, että asiakkaan tilanteessa tapahtuu muutoksia, jotka vaativat välitöntä huomiota. Selkeä vaihtoehto olisi vastuussa olevan tahon nimeäminen tukitoimien ”raskauden” perusteella, laituskuntoutus vastaisi ensisijaisesti asiakkaan tilanteesta suhteessa verkkoavusteiseen ohjelmaan palveluiden limittymisen ajan.

Yhteenvetona edellä esitettyihin seikkoihin Verkkoavusteista päihdekuntoutusohjelmaa tulisi ketjuttaa selkeämmin jatkopalveluihin, etenkin jos ne eivät toteudu oman organisaation sisällä. Palveluprosessien rajapinnat mainittiin useissa lähteissä asiakaspudotuksen paikoiksi. Saattaen vaihtaminen voisi olla tehokas keino ehkäisemään palvelusta toiseen siirtäessä tapahtuvaa asiakaspudotusta. Ohjelman paikkaa asiakkaan palvelukokonaisuudessa olisi hyvä tarkentaa ohjelmaan siirryttäessä. Asiakkaan tarpeiden ja ohjelman asetettujen tavoitteiden yhteensovittaminen olisi tärkeää. Selkeällä tavoitteiden asettelulla päällekkäisyyttä eri toimijoiden palveluissa olisi mahdollista vähentää. Ohjelmaa tulisi markkinoida aggressiivisemmin sekä oman organisaation yksiköille että asiakasmaksuista huolehtiville toimijoille, näkökulmana voisi olla ohjelman status yhtenä mahdollisena jatkotukimuotona. Prosessia kuvatessa tulisi pohtia asiakkaan tarpeita ja vaatimuksia. Ne ovat prosessin rajauksen, tavoitteen ja menestystekijöiden määrittelyn lisäksi kuvaamista ohjaavia tekijöitä. Kuvaamisen tulisi konkreettisen toiminnan kuvaamisen lisäksi tuoda esille prosessin kriittisiä tekijöitä ja kehittämiskohteita, joista voidaan saada edellä mainittujen tekijöiden huomioimisella parempi ote. (Laamanen 2004, 89-92.)

7.3 Kehittämishankkeen arviointi

Seuraavissa kappaleissa on pohdintaa kehittämishankkeesta itsestään, ei sen tuloksista. Kehittämishankkeen edetessä esille tuli pohdinta siitä, mitä hankkeessa tehdään; toimintatutkimusta, tutkimuksellista kehittämistä vai jotakin muuta. Opinnäytetyötä ohjaava opettaja toivoi käytettyjen menetelmien vertaamista toimintatutkimukseen. Riippuen tulkintavasta kaikki sosiaalialan tutkimus voitaneen nähdä toimintatutkimuksena, jos tutkimuksen tuloksena, tavoitteellisena tai vahinkona, kehitetään sosiaalista toimintaa. Toimintatutkimuksen tavoitteena on tutkia ja kehittää toimintaa. (Kuula 1999, 11, Heikkinen 2007, 196, 209.) Samat tavoitteiden tulisi koskea tutkimuksellisia kehittämishankkeita, käsillä olevassa kehittämishankkeen raportissa tavoitteet ovat toteutuneet. Toimintatutkimusta kuvataan usein spiraalimaisesti etenevänä suunnittelun, toiminnan, havainnoinnin ja reflektoinnin jatkumona (Heikkinen 2007, 202-203). Verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman saapumis- ja poistumisprosessien kuvaamisessa voi halutessaan nähdä spiraalimaisen toteutuksen piirteitä. Työryhmän tapaamiset tuottivat aineistoa, joka muotoutui uudelleen

jokaisessa tapaamisessa. Aiempien tapaamisen tuloksiin palattiin ja niiden pohjalta työskentelyä jatkettiin eteenpäin. Toisaalta sykleiksi voisi kuvitella työryhmän tapaamiset tuottamassa prosessikuvausten rungon ja äänitetyn aineiston avulla rungon päälle rakennetun prosessikuvauksen. Toimintatutkimuksessa tutkija on aktiivisena toimijana tutkimuksensa kohteessa (Heikkinen 2007, 205.) Prosessien kuvaaminen työryhmässä toteutui hyvin me-henkisesti kehittäjän toimiessa yhtenä työryhmän jäsenenä. Kehittämishanketta voisi halutessaan kutsua toimintatutkimukseksi, perusteet sille olisi varmasti löydettävissä. Hankkeen tavoitteena oli alusta lähtien kuitenkin prosessikuvausten laatiminen. Toimintatutkimuksen lisääminen strategiseksi lähestymistavaksi raportin kirjoittamisvaiheessa saattaisi vaikuttaa teennäiseltä ja tarpeettomalta.

Jos hankkeen toteutuksen lähtökohtien käsittelyä jatketaan, voidaan pohtia mitkä olivat hankkeen ensisijaiset menetelmät ja mikä oli millekin alisteinen lähestymistapa. Prosessien kuvaaminen oli hankkeessa keskeinen toimintamalli; olihan tavoitteeksi asetettu prosessien kuvaaminen. Mutta pyrittiinkö tavoitteeseen ensisijaisesti Saaren-Seppälän seinätekniikalla vai asiantuntijahaastatteluilla? Vai oliko kyseessä sittenkin toimintatutkimus? Menetelmät kulkevat rinnakkain ja toista on paikoitellen vaikea erottaa toisesta. Käytettyjä menetelmiä yhdistää yhdessä tekemisen eetos; kehittäjä ei ole kohteen olosuhteita itsenäisesti muokkaava toimija tai ulkopuolelle jäävä havainnoija. Seinätekniikka osoittautui helposti toteutettavaksi ja tarkoitustaan palvelevaksi menetelmäksi kehittämisryhmän tapaamisten punaisena lankana. Seinätekniikka oli verraton kokonaisuuksien hallintaan. Keskustelua pystyttiin käymään siirtymällä prosessista toiseen ilman suurempia vaikeuksia.

Seinätekniikan käyttäminen toteuttaa muutoksia osallistujissa jo kehittämisprosessin aikana (Saaren-Seppälä 1987, 29). Näin tapahtui tässä kehittämissankkeessa. Osallistujat kokivat saaneensa purettu Verkkoavusteiseen päihdekuntoutusohjelmaan liittyviä ajatuksiin ja kuvan ohjelmasta olevan jäsennellympi, vaikka tapaamisten pääpaino oli ”vain” asiakkaan saapumisen ja poistumisen kuvaamisessa, ”tällainen pohdinta olisi pitänyt tehdä ennen pilottia. Tuntuu hyvältä miettiä näitä juttuja.”. Vilkkä (2015, 126) toteaa myös, ettei työelämän kehittämissankkeissa asiantuntijaryhmän haastatteleminen ole vain aineiston keruumenetelmä vaan se tarjoaa haasteltaville mahdollisuuden rakentaa keskustelukulttuuria ja luoda käsitteistöä.

Palveluiden kehittäminen verrattuna tuotteiden kehittämiseen on hankalampaa ja tapahtuu usein kokeilun ja erehdyksen kautta. (Kinnunen 2004, 31.) Ennen verkkoavusteisen ohjelman kokonaisvaltaista palvelutarjottimeen ottamista toteutettiin siitä kaksi pilottia. Käyttöön otettu toimintamalli on kehitetty ensimmäisen pilotin pohjalta. Täysin mullistavia

muutoksia ei ohjelmaan kuitenkaan tullut, joten tämän kehittämishankkeen tuotoksia voitaneen edelleen hyödyntää. Kuviossa 10 on esillä Tantun (2007, 126) esittämä mallinnus prosessijohtamiseen siirtymisen edellytyksistä. Kehittämishankkeessa toteutetussa prosessien kuvaamisessa liikuttiin näistä usealla tasolla ja jätettiin samalla jotain tekemättä. Tavoitteena oli kuvata prosessit, joka sellaisenaan rajaa paljon toimia ulkopuolelleen. Prosessit tunnistettiin jo kehittämishankkeen suunnitelmassa. Itse kuvaaminen toteutettiin hankkeessa. Menestystekijöitä on pyritty avaamaan raportin pohdinnassa.



KUVIO 10. Prosessin hallinta (Tanttu 2007, 126).

Avoimeksi jäivät tässä hankkeessa prosessin toimivuutta kuvaavan mittariston laatiminen. Toisaalta kyseessä on hyvin rajattu, rajapinnoilla tapahtuva prosessi. Onko näillä prosesseilla tarpeellista olla omaa mittaristoa? Mielekkäämpää saattaisi olla mitata palveluketjun, asiakkaan kulkemista yksiköiden läpi, sujuvuutta. Mittareina voisivat olla asiakaspudokkuus, asiakasarviointi, asiakkaan psykososiaalisia vaikeuksia mittaavissa haastatteluissa tapahtunut muutos ketjun alussa ja lopussa. Toisaalta saattaa olla, että

ketjun kautta kulkeneet asiakkaat ovat niin marginaalisessa asemassa, ettei prosessin kehittämiseen kannata panostaa määräänsä enempää.

Hankkeen eteneminen pysähtyi useaan otteeseen. Hidas eteneminen koski erityisesti raportin kirjoittamista. Useita hidasteita ja työn etenemistä haittaavia tekijöitä tuli hankkeen ulkopuolelta. A-klinikkasäätiössä tapahtui useita, etenkin hallintoa koskevia muutoksia. Palvelualueet vaihtoivat muotoaan, verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman jatko oli vaakalaudalla, työntekijät vaihtuivat toisiin, hoitopalvelut siirtyivät A-klinikkasäätiöltä A-klinikka Osaakeyhtiölle. Kehittäjän henkilökohtaisessa elämässä oli enemmän tai vähemmän hankalia vaiheita, syntyviä ja kuolemia, psyykkisiä ja fyysisiä vastoinkäymisiä. Loppumetreillä hidastumisesta lienee kuitenkin ollut kyse puhtaasta laiskuudesta ja huvituksen puutteesta. Työn etenemisen arviointi on hankalaa. Toisaalta hankkeen olisi saanut toteutettua nopeammin ja paremmin. Annetuissa resursseissa ympäröivissä olosuhteissa se kuitenkin toteutettiin näin ja tällainen siitä tuli, kuten edellä on kuvattu. Täydellisessä maailmassa asioita olisi kuitenkin voinut tehdä toisin. Jos aloitetaan alusta, toimeksianto olisi voinut olla selkeämpi. Aihe ei ehkä istunut aikaansa eikä paikkaansa. Kehittämishankkeen toteutuksessa ensimmäisen pilotin pohjalta on omat puolensa. Asiakkaiksi valikoitui tuollain mahdollisimman erilaisilta taustalta tulevia henkilöitä. Pohdinta pilotin pohjalta oli mahdollisesti helpompaa kuin vakiintuneiden palveluiden kriittinen tarkastelu. Toisaalta taas olisi ollut perusteltu ensin vakiinnuttaa palvelu sen ensisijaiseen käyttötarkoitukseen ja ryhtyä sen jälkeen kaavailemaan muita mahdollisia kohderyhmiä. Silloisella opinnäytetyön työelämän ohjaajalla ei ollut riittävää kosketuspintaa verkkoavusteiseen ohjelmaan, jotta hänen olisi ollut järkevää lähteä sitä käsittelevää työtä ohjaamaan. Tuolloin tulevaisuudessa hämmöttivät myös tulevat muutokset A-klinikkasäätiön organisaatiossa, jotka tulivat työllistämään kehitysjohtajia paljon.

Muutama sana yhteydenpidosta yhteistyötahojen välillä hankkeen edetessä. Yhteydenpitoa ja yhteistyötä ensimmäisestä, ja myös toisesta pilotista vastaaviin työntekijöihin olisi pitänyt rakentaa aktiivisemmin ohi palvelualueen kehittämispäällikön. Säätiön sen hetkinen tutkimusryhmä vastasi yhteydenpitoon hyvin, vaikka he alkuun esittivät omaa ehdotustaan kehittämishankkeen aiheeksi.

Hankkeen suunnitelma oli sellaisenaan ihan hyvä. Se loi hyvät puitteet aloittaa hanke ja hengitti jonkin verran hankkeen edetessä, kuten oli tarkoituskin. Hanke toteutui pääasiassa suunnitelman mukaisesti. Käytetyt menetelmät veivät oletettua enemmän aikaa, mutta asia oli huomioitu jo suunnitelmassa. Jälkikäteen ajateltuna työryhmässä käydyn keskustelun sivujuonteita olisi voinut karsia hieman aiemmin. Tapaamisissa muun ohella kulkenut keskustelu asiakkaiden saapumisesta kolmannen osapuolen lähetteellä olisi

pitänyt päättää aiemmin ja keskittyä A-klinikkasäätiön oman palveluketjun hiomiseen. Toisaalta asiakkaan siirtyminen Veran turvin laitostuntoutukseen jäi vähälle huomiolle. Vaikka käytännön esimerkkiä ei tällaisesta ollut tapahtunut, olisi työryhmän osaamista voinut käyttää hypoteettisen mallin laatimiseen.

7.4 Jatkotutkimus ja -kehittämisehdotukset

Kerätyssä aineistossa arviointi nousi keskeiseen asemaan. Arvioinnin koettiin toteutuvan usein hiljaisen tiedon turvin. Jatkokehitysajatuksena siirtymisprosesseja turvaamaan olisi tämän hiljaisen tiedon sanoittaminen ja jakaminen. Hyötynä olisi oikeiden asiakkaiden ohjautuminen oikeisiin palveluihin. Hiljaisen tiedon tai tietämyksen jakamisen voidaan edistää muun muassa työnkierrolla, osallistumalla projekteihin ja hankkeisiin ja mallintamalla tietämystä. Hiljaista tietoa voidaan saada näkyviin esimerkiksi Nonakan ja Takeuchin kehittämällä SECI-mallilla. (Virtainlahti 2004, 127.) Hiljaisen tiedon sisältämiä arviointikriteerejä voisi olla mahdollista saattaa lomakkeen tai ohjeistuksen muotoon jaettavaksi yhteistyötahoille. Toisaalta haastatteluaineistossa kokemuksen ja koulutuksen mukanaan tuoma tieto asetettiin suureen rooliin, jolloin lomake tai ohjeistus ei yksin riitä takaamaan riittävää osaamista.

Palveluntarjoajien välinen yhteistyö nousi esille toistuvasti. Asiasta keskusteleminen ensimmäistä kertaa työryhmän tapaamisissa herätti ihmetystä. Yhteistyön lisääminen digitalisaation myötä toimijoiden välillä, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon toimialojen välillä on nimettynä A-klinikka Osakeyhtiön nykyisessä strategiassa (A-klinikkasäätiö strategia 2019, 3). Tavoite on yhtenevä nykyisen hallitusohjelman kanssa (Valtioneuvoston kanslia 2015, 26). Yhteistyön lisääminen ja tiedon siirtymisen helpottaminen ovat ilmeisen hankalasti toteutettavissa ole toiminta, joka on edennyt kuluneiden 20 vuoden aikana hie- man, mutta ei lähellekään tavoitellulla nopeudella. Jos tiedon siirtymisen suurimpana esteenä nähdään tietojärjestelmien yhteensopivuuden ongelmat, olisiko asiakkaan kannalta edullisempaa laatia keinoja saada oikeat tiedot oikeille toimijoille muulla tavoin. Olisiko esimerkiksi saattaen vaihtamista mahdollista kehittää tähän päivään sopivaksi menetelmäksi, tai tulisiko kynnystä järjestää verkostokokouksia madaltaa tai luoda epävirallisia rakenteita viestimiseen ohi byrokratian, etenkin jos se olisi asiakkaan edun mukaista.

Lopulta kehittämishanke saavutti tavoitteeseensa. Tuloksena ovat prosessikuvaukset asiakkaan siirtymisestä kuntouttavalta jaksolta Verkkoavusteiseen päihdekuntoutusohjelmaan ja sieltä eteenpäin. Täyttävätkö tulokset hankkeen tarkoituksen jää nähtäväksi. Toimeksiantaja on nyt erilainen kuin toimeksiannon hetkellä ja maailma muuttuu sen ympärillä. Omien palveluiden tehostamisesta ja ketjuttamisesta tuskin olisi kuitenkaan haittaa.

LÄHTEET

- Alastalo, M. & Åkerman, M. 2010. Asiantuntijahaastattelun analyysi: Faktojen jäljillä. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino. 372-392.
- A-klinikka Oy. A-klinikka Oy:n verkkoterapiapalvelu [viitattu 25.11.2018]. Saatavissa: <https://www.hoitoaverkossa.fi/>
- A-klinikkasäätiö strategia 2019. Hyvinvoinnin tekijä – A-klinikkasäätiö vuoteen 2019 [viitattu 22.9.2018]. Julkaisematon lähde. Saatavissa A-klinikkasäätiön intrassa.
- A-klinikkasäätiö 2011. Kumppanuuksia syventämässä – A-klinikkasäätiö vuoteen 2015 [viitattu 22.5.2016]. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/stragia.pdf>.
- A-klinikkasäätiö 2015a. Vuosiraportti 2014 [viitattu 13.3.2016]. Saatavissa: <http://www.a-klinikka.fi/a-klinikkasaaatio/toiminta>.
- A-klinikkasäätiö 2015b. A-klinikkasäätiön toimintasuunnitelma ja talousarvio 2015. Saatavissa A-klinikkasäätiön intrassa.
- A-klinikkasäätiö 2017. Vuosiraportti 2016 [viitattu 21.9.2018]. Saatavissa: <https://www.a-klinikka.fi/2016>
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monterio, M. 2001. Audit [viitattu 1.5.2017]. Geneve: World Health Organization. Saatavissa: http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf.
- Botello, C., Quero, S., Baños, R., Perpiñá, C., García Palacios, A. & Riva, G. 2004. Virtual Reality and Psychotherapy. teoksessa Riva, G., Botello, C., Légeron, P. & Optale, G. (toim.) Cypertherapy. Amsterdam: IOS Press
- Carroll, K., Ball, S., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T., Nuro, K., Gordon, M., Portnoy, G. & Rounsaville, B. 2008. Computer-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Therapy of Addiction: Randomized Trial of CBT4CBT [viitattu 19.3.2017]. The American Journal of Psychiatry 165/2008: 881-888. Saatavissa: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2008.07111835>.
- De Bono, E. 1990. Kuusi ajatteluhattua. Helsinki: Mark Kustannus Oy.
- Euroopan komissio. 2015. Sähköiset terveydenhuoltopalvelut [viitattu 28.1.2015]. Saatavissa: http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_fi.htm.

- Forsell, M. & Nurmi, T. 2016. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2015 [viitattu 8.2.2017]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131160/Tr14_16.pdf?sequence=4
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Heikkinen, H. 2007. Toimintatutkimus – Toiminnan ja ajattelun taitoa. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Jyväskylä: PS-kustannus: 196-211.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Holmberg, N. & Kähkönen, S. 2011. Kognitiivinen psykoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. Duodecim 127/2011: 692-698.
- Hyppönen, H., Hämäläinen, P. & Reponen, J. (toim.) E-health and e-welfare in Finland. Check point 2015 [viitattu 19.4.2015]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129709/URN_ISBN_978-952-302-563-9.pdf?sequence=1.
- James, I. A. 2010. Cognitive Behavioural Therapy with Older People. Lontoo: Jessica Kingsley Publishers.
- Jauhiainen, A., Sihvo, P. & Ikonen, H. 2014. Kansalaisten osaaminen ja ohjaaminen sähköisiin terveyspalveluihin. Teoksessa Jauhiainen, A. & Sihvo, P. (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa. Joensuu: Karelia ammattikorkeakoulu, 40-52.
- Joutsenniemi, K., Stenberg, J.-H., Reiman-Möttönen, P., Räsänen, P., Isojärvi, J. & Sihvo, S. 2011. Masennuspotilaiden kognitiiviset verkkoterapiat [viitattu 3.2.2015]. Saatavissa: http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2011_MasennuspotilaidenKognitiivisetVerkkoterapiat.pdf.
- Juhta. 2012. JHS 152 Prosessien kuvaaminen [viitattu 25.11.2014]. Saatavissa <http://www.jhs-suositukset.fi/suomi/jhs153>.
- Kaukonen, O. 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Stakes.
- Kettunen, J. & Simons, M. 2001. Toiminnanohjausjärjestelmän käyttöönotto pk-yrityksessä [viitattu 28.9.2018]. Espoo: Valtion teknillinen tutkimuskeskus. Saatavissa: <https://www.vtt.fi/inf/pdf/julkaisut/2001/J854.pdf>.
- Kinnunen, R. 2004. Palvelujen suunnittelu. Helsinki: Wsoy.

Kuljukka, L., Niskala, M., Partanen, A., Kuussaari, K. & Vorma, H. 2013. Päihdepalveluihin pääsy suurissa kunnissa vuosina 2011 ja 2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Kuussaari, K., Kaukonen, O., Partanen, A., Vorma, H. & Ronkainen, J-E. Päihdeasiakkaat sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Yhteiskuntapolitiikka 3/2014, 264-277.

Kuussaari, K., Ronkainen, J-E., Partanen, A., Kaukonen, O. ja Vorma, H. 2012. Kuntoutuksesta katkaisuun. Päihdetapauskasenta palvelujärjestelmän kuvaajana. Yhteiskuntapolitiikka 6/2012, 640-655.

Kuusinen, K-L. 2001. Yleiskatsaus kognitiivisiin terapioihin. Teoksessa Kähkönen, S., Karila, I. & Holmberg, N. (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. Helsinki: Duodecim. 12-24.

Karimaa, E. 2001. Osaaminen on malleissa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.

Kansallinen terveystietokanta. 2016. Potilastiedon arkisto [viitattu 7.5.2016]. Saatavissa: <http://www.kanta.fi/7>.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon saumattomien palveluketjujen kokeilusta 811/2000.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

Laamanen, K. 2004. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Helsinki: Laatuokeskus.

Laamanen, K. & Tuominen, K. 2011. Prosessijohtamisen toimintamalli. Turku: Oy Benchmarking Ltd.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtioavustuksista 733/1992.

Luukkonen, I., Mykkänen, J., Itälä, T., Savolainen, S. & Tamminen, M. 2012. Toiminnan prosessien mallintaminen [viitattu 19.11.2014]. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto ja Aalto-yliopisto. Saatavissa: <http://www.uef.fi/documents/1020024/1020098/SOLEA-Luukkonen-ym-Prosessien-ja-toiminnan-kuvaaminen.pdf/95f666f7-5058-4ebc-82b0-7939c6c39b14>.

Lehmuskoski, A. & Kuusisto-Niemi, S. 2008. Sosiaalialan sanasto asiakastietojärjestelmää varten [viitattu 20.4.2016]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Saatavissa: <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/76344/R30-2008-VERKKO.pdf?sequence=1>.

Liikanen, H. 2002. Tietotekniikka kehittää sosiaali- ja terveysalaa? Makropilotin arviointia [viitattu 14.4.2016]. Saatavissa: https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/65631/tietotekniikka_kehittaa_sosiaali_ja_terveysalaa_2002.pdf?sequence=1.

Mackinnon, A., Griffiths, K. M. & Christensen, H. 2008. Comparative randomized trial of online cognitive-behavioural therapy and an information website for depression: 12-month outcomes [viitattu 19.3.2017]. *The British Journal of Psychiatry* 192/2008, 130-134.

Saatavissa: <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/192/2/130.full.pdf>.

Mäkisalo, M. 2003. Yhdessä onnistumme. Helsinki: Tammi.

Nuutinen, M. 2000. Hoitoketju. *Duodecim* 116/2000. 1821-1828.

Paavo Lipposen II hallituksen ohjelma. 1999. [Viitattu 14.5.2016]. Saatavissa: http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelmat/-/asset_publisher/67-paaministeri-paavo-lipposen-ii-hallituksen-ohjelma.

Peltoniemi, T. 2009. Päihdehuolto ja tietoyhteiskunta. Teoksessa Peltoniemi, T. Terassilta tiputukseen. Helsinki: A-klinikkasäätiö. 163-175.

Pitkänen, R. 2009. Mahdollisuuksien johtaminen. Espoo: Suomen Laatu keskus Oy.

Puusa, A. 2011. Haastattelu laadullisen tutkimuksen menetelmänä. Teoksessa Puusa, A. & Juuti, P. (toim.) Menetelmäviidakon raivaajat. Helsinki: Johtamistaidon opisto. 73-87.

Päihdehuoltolaki 41/1986.

Päihdelinkki.fi. Huumeidenkäyttötesti – DAST20 [viitattu 12.5.2018]. Saatavissa: <https://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet/huumeidenkayttotesti-dast20>

Rapanen, J. 2006. Asiakasrajapinnan vaikutus uuden tiedon luomiseen tietointensiivisessä palveluyrityksessä. Tampere: Tampere University of Technology and University of Tampere.

Routi-Pitkänen, K. & Virtanen, T. 2007. Laatua oppimassa [viitattu 28.9.2018]. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522160027.pdf>. Opinnäytetyö.

Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nuoko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi. 7-32.

Ruuska, A. & Haukkipää-Haara, P. 2004. Saumattomien palveluketjujen edellytyksiä – teknologia, muuttuvat toimintamallit ja alueellinen yhteistyö. Teoksessa Sinervo, L. (toim.) Saumattomien toimintojen juurruttaminen. Helsinki: Stakes. 26-29.

Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino. 9-36.

Saaren-Seppälä, K. 1987. Seinätekniikka. Seinäkuvien käyttö suunnittelussa ja ryhmätyössä. Vihti: Omakustanne.

Salo, U-M. 2015. Simsalabim, sisällönanalyysi ja koodaamisen haasteet. Teoksessa Aaltonen, S. & Högbäck, R. Umpikujasta oivallukseen. Tampere: Tampere University Press, 166-190.

Sihvo, P., Tyyskä, E., Jauhiainen, A. & Kurki, J. 2014. Pitkäaikaissairaiden omahoidon tukeminen sähköisten terveyspalveluiden avulla. Teoksessa Jauhiainen, A. & Sihvo, P. (toim.) Sähköiset terveyspalvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa. Joensuu: Karelia ammattikorkeakoulu, 77-85.

Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjuissa. Tampere: Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaali- ja terveyshuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2012-2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelman loppuarviointi ja ohjausryhmän ehdotukset [viitattu 21.4.2016]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74820/1004164MIELENTERVEYS__JA_P_IHDESUUNNI1487308985.pdf?sequence=1.

Stenberg, J-H. 2016. Psykoterapia ja siihen liittyvät etähoito- ja etäkuntoutusmenetelmät [viitattu 19.3.2017]. Teoksessa Salminen, A-L., Hiekkala, S. & Stenberg, J-H. Etäkuntoutus. Helsinki: Kelan tutkimus. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/161341/Etakuntoutus.pdf?sequence=1>.

Schwartz, R. P., Gryczynski, J., Mitchell, S. G., Gonzales, A., Moseley, A., Peterson, T. R., Ondersma, S. J. & O'Grady, K. E. 2014. Computerized versus in-person brief intervention for drug misuse: a randomized clinical trial [viitattu 28.3.2017.] *Addiction* 109, 1091-1098.

Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Vaasa: Vaasan yliopisto. Väitöskirja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017. Päihdetilastollinen vuosikirja 2017 [viitattu 24.9.2018]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.julkari.fi>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopisto.

Tolkki, K. 2016. Pääministeri Sipilä: Sote-uudistus saattaa vaatia uuden valtioyhtiön [viitattu 7.5.2016]. Saatavissa: http://yle.fi/uutiset/paaministeri_sipila_sote-uudistus_saattaa_vaatia_uuden_valtionyhtion/8832273.

Tourunen, J. & Kaskela, T. 2015. Vera. Verkkoavusteinen päihdekuntoutusohjelma. Loppuarviointi. Julkaisematon lähde.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa [viitattu 26.11.2018]. Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Saatavissa: <https://www.tenk.fi>

Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma [viitattu 14.5.2016]. Saatavissa: http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Virtanen, P. & Wenberg, M. 2007. Prosessijohtaminen julkishallinnossa. Helsinki: Edita.

Virtainlahti, S. 2009. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Helsinki: Talentum.

Värmälä, P. (toim.) SDe-sote – sähköisen asioinnin viitearkkitehtuuri 1.0 [viitattu 19.4.2016]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129654/URN_ISBN_978-952-302-597-4.pdf?sequence=1

LIITTEET

LIITE 6. Skannattu tutkimuslupa



A-klinikkasäätiö

TUTKIMUSLUPA

Valtteri Tikka

Ylempi AMK Verkkoavusteisen päihdekuntoutusohjelman asiakasprosessin rajapinnat ohjelman alussa ja lopussa, jonka lupa-anomus ja tutkimussuunnitelma on toimitettu A-klinikkasäätiöön 4.4.2016, toteuttamiselle Verkkoavusteisessa päihdekuntoutusohjelmassa myönnetään tutkimuslupa. Tutkimusta on puoltanut palvelupäällikkö Mira Roine.

Hankkeen toteuttamisessa tulee noudattaa A-klinikkasäätiön eettisen toimikunnan sekä kehittämissyksikön yleisiä tutkimuseettisiä ohjeita ja hyviä tutkimuskäytäntöjä.

Vastaavan tutkijan tulee huolehtia siitä, että kaikilla tutkimuksen toteuttamiseen osallistuvilla henkilöillä on riittävä vaitiolositoumus. A-klinikkasäätiön vaitiolositoumuksia saa keskustuimistosta.

Lupa myönnetään ja kohdennetaan viitaten esitettyyn hankesuunnitelmaan. Suunnitelman muuttuessa sisällöllisesti tai toteutustavaltaan tutkijan tulee hankkia uusi lupa.

Luvan myöntäjällä on oikeus tarvittaessa tarkistaa myöntämänsä lupaa tai keskeyttää hanke, jos se ei vastaa sitä mihin lupa on myönnetty.

A-klinikkasäätiön kehittämissyksikkö on valmis antamaan ohjausta ja neuvontaa hankkeen toteuttamiseksi.

Hankkeen päätyttyä tutkijan tulee toimittaa A-klinikkasäätiön keskustuimistoon tutkimusraportti sekä päivittää tutkimuksen tulokset tutkimustietokantaan.

Helsingissä 15.4.2016


Jouhi Tourunen
tutkimuspäällikkö, YTT


Ari Saarto
kehittämisjohtaja
eettisen toimikunnan sihteeri

LIITTEET Vaitiolositoumuksia 0 kpl

TIEDOKSI A-klinikkasäätiön tutkimustietokanta
Valtakunnalliset hoitopalvelut