

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Silja Pukaralammi

KANKAANPÄÄN A-KLINIKAN HOIDON LAATU  
ASIAKKAIDEN NÄKÖKULMASTA

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyö

2007

# KANKAANPÄÄN A-KLINIKAN HOIDON LAATU

## ASIAKKAIDEN NÄKÖKULMASTA

Pukaralammi, Silja  
Satakunnan Ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysala, Pori  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto  
Kesäkuu 2007  
KM Anna Polvivaara  
YKL 37.6  
Sivumäärä: 58 s. Liitteet 20 sivua

Asiasanat: A-klinikka, päihdehuolto, hoidon laatu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Kankaanpään A-klinikan asiakkaiden mielipiteitä saamastaan hoidon laadusta. Tutkimuksen tavoitteena oli, että Kankaanpään A-klinikan henkilökunta saa tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä hoidon laatuun ja voi tätä kautta kehittää Kankaanpään A-klinikan toimintaa asiakkaiden toivomaan suuntaan. Opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen teoreettinen pohja perustui aikaisempien tutkimusten tuloksiin sekä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen.

Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena tammi-helmikuussa 2007. Tutkimusaineisto kerättiin Kankaanpään A-klinikan asiakkailta. Täytettyjä kyselylomakkeita kertyi 27 kappaletta. Tutkimusaineisto analysoitiin ja käsiteltiin suljettujen kysymysten osalta tilastollisesti ja avoimen kysymyksen osalta sisällön erittelyllä. Tuloksista esitettiin frekvenssejä ja prosentteja. Lisäksi tulosten havainnollistamiseen käytettiin taulukoita ja kuvioita.

Tutkimustulosten mukaan Kankaanpään A-klinikan asiakkaat ovat tyytyväisiä hoidon saatavuuteen ja sujuvuuteen, saamaansa kohteluun sekä ammatilliseen laatuun. Kankaanpään A-klinikan työntekijät olivat yllättyneitä asiakkaiden tyytyväisyydestä palvelujen saatavuuteen ja jonotusaikojen pituuteen, sillä Kankaanpään A-klinikalle saattaa olla kuukauden jono. Myös puhelimen soiminen/siihen vastaaminen häiritsi asiakkaita Kankaanpään A-klinikan työntekijöiden mielestä yllättävän vähän.

Saatuja tuloksia voi Kankaanpään A-klinikka hyödyntää toimintaa kehittäessään. Opinnäytetyön tulosten pohjalta olisi mielenkiintoista tutkia, mitä asiakkaat ajattelevat hoidon laadusta muutaman vuoden kuluttua ja vertailla, ovatko mielipiteet mahdollisesti muuttuneet ja miten. Lisäksi tutkimus, jossa kartoitettaisiin Kankaanpään A-klinikan työntekijöiden mielipiteitä hoidon laadusta, olisi mielenkiintoinen. Oman laatukäsikirjan valmistaminen Kankaanpään A-klinikalle olisi myös hyvä jatkotutkimusaihe.

# QUALITY OF THE KANKAANPÄÄ A-CLINIC TREATMENT FROM THE CLIENTS' POINT OF VIEW

Pukaralammi, Silja  
Satakunta University of Applied Sciences  
The Faculty of Social Services and Health Care, Pori  
Degree Programme in Health Care  
Specialisation in Public Health Nursing  
June 2007  
KM Anna Polvivaara  
PLC 37.6  
Number of pages: 58; Annexes 20 pages

Keywords: A-Clinic, intoxicant treatment, quality of treatment

The purpose of this thesis was to examine the views of the Kankaanpää A-Clinic clients about the quality of the treatment they received. The objective of the study was to gather information for the Kankaanpää A-Clinic personnel about the clients' satisfaction with the quality of the treatment. With this information, the A-Clinic personnel are able to develop the activities according to the clients' wishes. The theoretical background of the research in relation to this thesis was based on prior research results and literature in the field.

The research was conducted as a questionnaire study in January-February, 2007. The study data was collected from the clients of the Kankaanpää A-Clinic. There were 27 completed questionnaires. The study data contained both open and closed questions. The closed questions were analysed and processed with statistical methods and the open questions with content analysis methods. The results were presented as frequencies and percentages. To illustrate the results, tables and charts were also used.

According to the research results, the clients of the Kankaanpää A-Clinic are satisfied with the availability, flexibility and professional quality of the treatment as well as with the way they are treated. The Kankaanpää A-Clinic personnel was surprised to hear how satisfied the clients were with the availability of the services and the length of the waiting period, since it may take a month to receive services from the A-Clinic. In addition, the phone ringing or answering to it did not bother the clients as much as the personnel had expected.

The Kankaanpää A-Clinic may benefit from the results obtained in this thesis when developing the activities of the clinic. On the basis of these results, it would be interesting to study how the clients view the quality after a few years and compare if and how the views have changed. It would also be interesting to examine the opinions of the Kankaanpää A-Clinic personnel about the quality of the treatment they offer. Another further study subject could also be the preparation of a quality manual for the Kankaanpää A-Clinic.

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	
2 A-KLINIKKA	8
2.1 Kankaanpään A-klinikka	9
2.2 Kankaanpään kaupungin päihdestrategia	10
3 PÄIHDEHUOLTO	10
3.1 Päihteet ja päihdeasiakas	11
3.2 Päihdehuoltopalvelut	13
3.2.1 Päihdehuoltopalvelut perusterveydenhuollossa	13
3.2.2 Päihdehuollon erityispalvelut	14
3.2.3 Vertaisryhmätoiminta	16
3.3 Päihdehuollon kehittäminen	18
3.4 Tulevaisuuden näkymiä	19
4 HOIDON LAATU	20
4.1 Päihdepalvelujen laatusuositukset	22
4.1.1 Palvelujärjestelmä	23
4.1.2 Päihdetyö	23
4.1.3 Asiakastyön toteutus	24
4.3 Hoidon laadun tutkimuksista	25
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	26
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	28
6.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	28
6.2 Opinnäytetyön kohderyhmä ja sen valinta	29
6.3 Opinnäytetyön aineistonkäsittely	30
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	31
7.1 Taustatiedot	31
7.2 Asiakkaiden mielipiteet hoidon saatavuudesta	37
7.3 Asiakkaiden mielipiteet hoidon sujuvuudesta	40
7.4 Asiakkaiden mielipiteet saamastaan kohtelusta	41
7.5 Asiakkaiden mielipiteet A-klinikan ammatillisesta laadusta	43

7.6 Asiakkaiden mielipiteet A-klinikan toiminnan kehittämisestä	46
8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	46
8.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset opinnäytetyössä	46
8.2 Tutkimustulosten pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset	48

## LÄHTEET

LIITTEET	Liite 1. Tiivistelmä hoidon laadusta aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista
	Liite 2. Tutkimuslupa-anomus
	Liite 3. Sopimus opinnäytetyön tekemisestä
	Liite 4. Tutkimussuunnitelma
	Liite 5. Kyselylomake
	Liite 6. Kyselylomakkeen saatekirje

# 1 JOHDANTO

Opinnäytetyöni aiheena on Kankaanpään A-klinikan hoidon laatu asiakkaiden näkökulmasta. Olen henkilökohtaisesti kiinnostunut päihdetyöstä ja työskennellyt Kankaanpään A-kodilla, joka tekee yhteistyötä Kankaanpään A-klinikan kanssa. Otin yhteyttä Kankaanpään A-klinikalle. Sieltä haluttiin tutkittavan Kankaanpään A-klinikan hoidon laatua ja sen mahdollista kehittämistä. Koska Kankaanpään A-klinikalla ei ole omaa laatukäsikirjaa, käytän tutkimuksessani ohjenuorana Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteisiä päihdepalvelujen laatusuosituksia vuodelta 2002. Luonnollisena jatkona opinnäytetyölleni olisikin laatukäsikirjan tuottaminen Kankaanpään A-klinikalle.

Hoidon laatua on tutkittu paljon. Tutkimuksista suurin osa on tehty sairaalaympäristössä. Asiakas on aina keskeinen hoidon laadun arvioija. Asiakkaan kokemana laatu kertoo, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevänsä. Asiakkaat painottavat laatua arvioidessaan sekä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta, samaansa kohtelua että ammatillista laatua. (STM:n oppaita 2002:3, 23.) Nämä neljä keskeistä hoidon laadun ominaisuutta ovat nousseet esille myös aikaisemmista, hoidon laatua koskevista tutkimuksista. (Liite 1). Koska kyseessä on kyselytutkimus, johon asiakkaat vastaavat, rajaan hoidon laadun koskemaan omassa tutkimuksessani asiakkaiden mielipiteitä Kankaanpään A-klinikan palvelujen saatavuudesta, sujuvuudesta, asiakkaiden kohtelusta sekä ammatillisesta laadusta.

Asiakkaiden hoidon saatavuuden varmistamiseksi on tärkeää kyetä tarjoamaan oikeata hoitoa oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Hoidon sujuvuus ja jatkuvuus edellyttävät, että tiedonkulku eri toimijoiden välillä varmistetaan. (Merasto, 2005.) Asiakkaita on puhuteltava asiallisesti ja ystävällisesti. Ystävällinen käytös on ensimmäinen osa terveydenhoitohenkilökunnan antamaa hoitoa, ja sen puuttuminen on selvä hoitovirhe. Myös asiakkaan yksityisyyttä tulisi kunnioittaa nykyistä paremmin. (Achte 1997, 3967.) Ammatillinen laatu kertoo, täyttääkö palvelu asiakkaan tai potilaan tarpeet ja onko tulos hyvä ammattilaisen näkökulman mukaan (STM:n oppaita 2002:3, 23).

Opinnäytetyöni tavoitteena on kartoittaa asiakkaiden mielipiteitä Kankaanpään A-klinikan hoidon laadusta. Tarkoituksena on, että Kankaanpään A-klinikan työntekijät voivat kehittää hoidon laatua ja puuttua mahdollisiin epäkohtiin. Opinnäytetyötäni olen tehnyt aktiivisesti yhdessä Kankaanpään A-klinikan työntekijöiden kanssa. Myös heille on noussut työni pohjalta monia mielenkiintoisia jatkotutkimussuunnitelmia ja kehittämisideoita. Opinnäytetyön tarkoituksena on muodostaa väylä osaamisen siirrolle ammattikorkeakoulusta työelämään ja ammattialan kehittämiseen.

## 2 A-KLINIKKA

A-klinikat ja A-klinikkatoimen muut yksiköt eli katkaisuhuoltoasemat, nuorisoasemat, kuntoutumisyksiköt sekä hoitoyhteisöt ovat päihde- ja riippuvuusongelmissa asiakkaita auttavia hoitopaikkoja. Palvelut on tarkoitettu sekä päihde- tai riippuvuusongelmista kärsiville, että heidän läheisilleen. Suomessa on yli 70 A-klinikkaa, jotka valtaosin ovat kuntien ylläpitämiä, toistakymmentä klinikkaa ylläpitää A-klinikkasäätiö. Avohoitoikäynnit A-klinikoilla ja nuorisoasemilla ovat asiakkaille yleensä maksuttomia, eikä niihin tarvita lähetettä. Laitos- ja yhteisöhoidon maksuisista asiakkaalla on aina omavastuuosuus, johon hän voi hakea kotikunnan maksutoumuksen. (A-klinikkasäätiö, 2006.)

A-klinikkatoimessa hoito sisältää tyypillisesti terapiakeskusteluja, jotka käynnistetään elämäntilanteen kartoituksella ja hoidon tarpeen arvioinnilla. Joskus jo pelkkä tilanteen selvittely on riittävä hoito. A-klinikkatoimen yksiköissä työstä osa sijoittuu neuvonnan tai ohjauksen tasolle. Silloin asiakas tuo pohdittavaksi melko konkreettisiä käytännön ongelmia. Terapia on hoitotyötä, johon asiakas tuo usein jäsentymättömän ja epämääräisen ahdistuksensa, jolle sitten ryhdytään etsimään muotoja ja nimiä. Hoidossa keskeistä on herättää päihderiippuvaisen oma halukkuus muuttaa käyttäytymistään tai edesauttaa jo käynnistynyttä muutosprosessia. Yksilöterapian lisäksi paljon käytettyjä hoitomuotoja ovat perheterapia, ryhmäterapia ja yhä yleisemmin myös verkostoterapia. (A-klinikkasäätiö, 2006.)

A-klinikkatoimessa ei ole yhtä näkemystä päihdeongelman luonteesta, sen kehittymisestä ja siitä toipumisesta. Ei ole olemassa myöskään yhtä ainoaa hoito- tai toimintatapamallia. A-klinikkatoimen yksiköitä voi pitää päihdehoidon tavarataloina. Käytössä on monia erilaisia hoitomenetelmiä. Hoitoa, kuntoutusta ja terapiaa ohjaavat erilaiset ajattelutavat. Terapeutilla on tavallisesti tietoa ja osaamista erilaisista lähestymistavoista, joita sovelletaan eri asiakkaiden kohdalla tapaus- ja tilannekohtaisesti. A-klinikkapohjaisten yksiköiden palveluihin kuuluvat hoitopalvelujen lisäksi paikkakunnasta ja yksiköstä riippuen erilainen vaikutustoiminta eli siirrytään sisätiloista kadulle päihteidenkäyttäjien pariin ja kannustetaan heitä hakemaan tarvitsemaansa apua sekä kerrotaan päihteiden käytön haitoista. Myös ehkäisevä työ, työn-



ohjaus-, konsultaatio- ja koulutuspalvelut sekä jälkihoito ja -seuranta kuuluvat A-klinikkapohjaisten yksiköiden palveluihin. (A-klinikkasäätiö, 2006.)

## 2.1 Kankaanpään A-klinikka

Kankaanpään A-klinikka on auttava avohoitopaikka päihderiippuvuuksissa sekä peli- ja nettiriippuvuuksissa. Palvelut on tarkoitettu riippuvuusongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen. Hoitomuotoina Kankaanpään A-klinikalla käytetään yksilö-, pari-, perhe-, puhelin- ja verkostoterapiaa, akupunktiota sekä tarpeen mukaan erilaisia teemaryhmiä. A-klinikalla ei ole lääkehoitoa vaan tarvittaessa lääkehoidot toteutuvat yhteistyössä terveyskeskuksen ja mielenterveystoimiston kanssa. Käynnit A-klinikalla ovat asiakkaalle maksuttomia eikä niihin tarvita lähetettä. Asiakasta pyritään auttamaan myös ilman ajanvarausta, mutta ajan varaamalla voi kuitenkin varmistaa riittävän keskusteluajan. Avoin päiväryhmä kokoontuu A-klinikan aukioloaikana. (Kankaanpään A-klinikka, 2006.)

Kankaanpään A-klinikan muita palveluita ovat yhteistyö työnantajan ja työterveyshuollon kanssa työntekijän hoitoonohjaustilanteessa sekä EU-direktiivien mukainen rattijuopumusten seuranta. Kankaanpään A-klinikka myös kouluttaa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöitä sekä työyhteisöjen päihdeyhdyshenkilöitä. Kankaanpään A-klinikan muita työtehtäviä ovat työnohjaus sekä konsultaatio työyhteisöjen ongelmatilanteisiin ja mahdolliseen kehittämiseen tai koulutukseen. Kankaanpään A-klinikan henkilökunta myös luennoi tarvittaessa päihde- ja ihmissuhdeongelmista. Kankaanpään A-klinikalla keskeisiä lähestymistapoja ovat asiakaskeskeisyys, voimavara- ja onnistumiskeskeisyys, läpinäkyvyys sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. Asiakasta ja hänen läheisiään pyritään auttamaan kokonaisvaltaisesti moniammatillisen yhteistyön kautta. Kankaanpään A-klinikalla on tällä hetkellä kaksi työntekijää. (Kankaanpään A-klinikka, 2006.)

## 2.2 Kankaanpään kaupungin päihdestrategia

Kankaanpään kaupungin päihdestrategia on vuodelta 2002. Siinä käsitellään kunnan päihdetilannetta, päihteisiin liittyvää lainsäädäntöä sekä toimijoita kunnan päihdeasioissa. Päihdestrategiaan sisältyy ennaltaehkäisy, varhainen puuttuminen ja hoito. Ohjelmassa painotetaan yhteistyön merkitystä sekä konkreettisten toimintatapojen esittelyä. Päihdestrategian tarkoituksena on antaa tietoa päihteiden käytön vaikutuksista, lisätä yhteistyötä ja helpottaa puuttumista varhaisessa vaiheessa liialliseen päihteiden käyttöön. Päihteitä käsitellään strategiassa koko ihmisen elinkaaren ajalta. Päihdeohjelman keskeisiä tavoitteita ovat eri tahojen ehkäisevän työn lisääminen ja varhaisen puuttumisen tehostaminen. Tavoitteena on käsitellä erityisesti yhteistyötä ja vaikuttamista, kokonaisvaltaista terveyden edistämistä ja terveen kehityksen tukemista, varhaista tunnistamista ja puuttumista, vanhempien vastuun korostamista ja tukemista sekä seuranta. Eri alojen edustajista koostuvan päihdetyöryhmän tehtävänä on tiedottaa päihdestrategiasta ja seurata sen toteutumista. (Kankaanpään kaupungin päihdestrategia, 2002.)

## 3 PÄIHDEHUOLTO

Päihteitä ja niiden käyttöä Suomessa valvotaan päihdehuoltolailla. Sen pääasiallisena tehtävänä on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä, ja samalla ehkäistä päihteiden käyttöön liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Päihdehuoltolailla pyritään myös edistämään päihteiden ongelmakäyttäjien turvallisuutta ja toimintakykyä. (Päihdehuoltolaki 1 luku 1 §.) Päihdehuoltolaissa päihde määritellään alkoholijuomaksi tai muuksi päihtymistarkoitukseen käytettäväksi aineeksi (Päihdehuoltolaki 1 luku 2 §).

Päihdehuoltopalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla. Päihdehuoltolain mukaan kunnan on huolehdittava siitä, että päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laa-

juudeltaan sellaiseksi kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Palveluja tulee antaa päihteiden ongelmakäyttäjälle, hänen perheelleen ja muille läheisille. Päihdehuollon tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihteiden ongelmakäyttöä ja siihen liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja sekä edistää ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä. Oikeuskirjallisuudessa on katsottu, että päihdehuoltolain perusteella henkilöillä, joilla on päihteidenkäyttöön liittyviä ongelmia, sekä heidän perheillään ja läheisillään, on subjektiivinen oikeus saada päihdepalveluita. (Päihdehuoltolaki 1 luku.)

Kuntalaisella ei kuitenkaan ole oikeutta saada juuri tiettyä haluamaansa palvelua, kuten hoitoa haluamassaan laitoksessa. Päihdehuoltolaki antaa mahdollisuuden myös tahdosta riippumattomiin toimenpiteisiin väkivaltaisuuden ja terveysvaaran perusteella. Tällaisia tapauksia on vuosittain ollut äärimmäisen vähän. (STM:n op-paita 2002:3, 27.) Muita päihteidenkäyttäjien kannalta keskeisiä lakeja ovat lastensuojelulaki (683/83), mielenterveyslaki (1116/90), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92), laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, joka astuu voimaan 1.7.2007 (159/2007), laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005) sekä huumausainelaki (1289/93). Muita keskeisiä periaatteita ovat vapaaehtoisen hoitoon hakeutumisen mahdollisuus, itsenäisen suoriutumisen tukeminen, luottamuksellisuus, päihteidenkäyttäjien ja hänen läheistensä edun ensisijaisuus sekä hoidon sisällön ja laadun varmistaminen. (Saarelainen, Stengård & Vuori-Kemilä 2003, 50–51.)

### 3.1 Päihteet ja päihdeasiakas

Päihteillä tarkoitetaan kemiallisia aineita tai yhdisteitä tai luonnontuotteita, joita käytetään päihtymis-, piristys- tai huumaustarkoituksessa (Saarelainen ym. 2003, 40–42). Alkoholismi kehittyy harjaantumisen myötä, kuten moni muukin asia. Alkoholismin kehittyminen vie suhteellisen pitkän ajan, keskimäärin 15 vuotta. Naisilla alkoholismi kehittyy lyhyemmässä ajassa. Alkoholistikuntoutujat ovat usein keski-ikäisiä tai vanhempia. Alkoholistit erottuvat sekakäyttäjistä ja huumeriippuvaisista, koska heistä useimmilla on koulutus, ammatti ja työura tai eläkepäätös. (Suvikas, Laurell & Nordman 2006, 222–223.) Riippuvuus lääkkeisiin ja huumeisiin kehittyi

nopeammin ja syrjäyttää käyttäjänsä monisyisemmin kuin alkoholi. Sekakäyttäjät ja narkomaanit ovat pääosin nuorempia henkilöitä vailla koulutusta ja kokemusta normaalista arjesta. (Suvikas ym. 2006, 225.)

Päihdeasiakkaat ovat usein moniongelmaisia. Päihderiippuvuus ilmenee niin fyysisinä, psyykkisinä kuin sosiaalisinakin haittoina. Päihteidenkäyttö näyttää liittyvän vahvasti myös syrjäytymiseen, elämän kriiseihin ja mielenterveysongelmiin. Masennus, ahdistus ja itsetuhoisuus ovat yleisiä päihteidenkäyttäjillä. Tyypillisiä sosiaalisia ongelmia ovat perheongelmat, työttömyys ja taloudelliset vaikeudet. Päihdeasiakkailla on muita enemmän vaikeuksia saada asianmukaista hoitoa moniongelmaisuutensa sekä aggressiivisen tai poikkeavan käyttäytymisensä takia. Asiallinen ja tasa-arvoinen hoitosuhde on päihdeasiakkaan hoidossa tärkeää. Ammatillista työskentelyä ei ole saarnaaminen tai halveksiva suhtautuminen, vaan rehellinen puhuminen ilman moralisointia. (Alin & Matilainen 2006, 34–36.)

Päihteiden käytön etuja on riippuvaisten mielestä useita. Ne toimivat sosiaalisena viitekehystenä elämälle, vapauttavat arjen vastuusta ja tylsyydestä, tarjoavat äärimmäisiä kokemuksia, tuottavat välitöntä mielihyvää sekä tarjoavat tyyntyttävän turvapaikan hankalaksi koetusta elämästä. Käyttäjälle tärkeää on, että nämä tavoitteet voidaan saavuttaa heti ja tuntemuksia voidaan säädellä ulkoisin keinoin. Pitkän ajan kuluessa päihteistä saatu hyötysuhde on vähäinen vaivaan nähden, eikä niistä irtoa enää toivottuja vaikutuksia. Käyttö muuttuu nautinnon tavoittelusta vieroitusoireiden välttelyksi. Päihteiden käyttöä on vaikea lopettaa, koska se on usein rakastumiseen rinnastettava hyvin henkilökohtainen riippuvuussuhde. Normaali arki voi tuntua hämmentävältä ja elämän hallitsemattomuuden kohtaaminen on vaikeaa. (Holmberg 2005, 20.)

Vieroitusoireet saattavat ilmetä erilaisena tuskaisuutena ja rajuinakin fyysisinä oireina kuten pahoinvointina, kipuna, särkynä, ripulina jne. Myös erilaiset käytöshäiriöt ovat mahdollisia, koska osa päihteistä aiheuttaa itsestään ilmaantuvia takaumia sekä mielialamuutoksia, kuten masennusta ja pelkotiloja. (Kylmänen 2004, 19.) Noin 3 % hoitoon hakeutuneista kykenee lopettamaan päihteiden käytön. Päihdekuntoutuja voi myös asettaa tavoitteekseen käytön vähentämisen. Päihderiippuvuus sairautena jatkuu läpi elämän. (Suvikas ym. 2006, 226.)

Päihderiippuvuudesta vapautumiseen tarvitaan vähintään 2-5 vuotta. Esimerkiksi fyysisen tason palautuminen ei tapahdu viikossa, vaikka fyysiset vieroitusoireet olisivatkin ohi. Siinä vaiheessa maksa, munuaiset, keuhkot, muut sisäelimet, hermosto ja verenkierto vasta alkavat toipua aineiden rasituksista. Oman aikansa vaativat myös ajattelutapamuutokset eli henkisen tason muutokset, tunnekuohujen laantuminen ja itsenäisiin ratkaisuihin totuttelemisen psykologisella tasolla. Myös sosiaalisen tason muutokset, kuten uusien sosiaalisten suhteiden luominen ja niiden hyväksyminen omaan elinpiiriin, vievät paljon aikaa. (Saarelainen ym. 2003, 43.)

### 3.2 Päihdehuoltopalvelut

Ensisijaisia palveluja myös päihdehuollossa ovat kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset peruspalvelut, kuten terveyskeskusten ja terveysasemien vastaanotto- ja päivystyspalvelut, kouluterveydenhuolto, työterveyshuolto sekä kotipalvelu (A-klinikkasäätiö, 2006).

#### 3.2.1 Päihdehuoltopalvelut perusterveydenhuollossa

Koulussa kouluterveydenhoitajat ja opettajat ovat nuorten päihdetyön kannalta merkittävässä asemassa, sillä koulu toimii monta vuotta nuorten opiskeluympäristönä sekä merkittävien sosiaalisten suhteiden paikkana. Päihteiden käytöstä johtuva nuorten oireilu saattaa näkyä koulussa oppilaiden poissaoloina, koulumenestyksen heikkenemisenä, levottomuutena, keskittymiskyvyn puutteena, äkillisenä kaveripiirin muuttumisena tai jopa krapulassa tai päihtyneenä esiintymisenä koulussa. Jotta riskitilanteessa olevat nuoret tunnistettaisiin riittävän ajoissa, terveydenhoitaja voi vahvistaa opettajien kykyä huomata nuorten päihteiden käyttö ja rohkaista heitä ottamaan asia puheeksi. Myös nuorten vanhemmat tarvitsevat tietoa päihteistä ja nuorten päihteiden käytöstä. Vanhemmuutta voi tukea koululla tapahtuvissa tilaisuuksissa ja henkilökohtaisissa keskusteluissa. Kouluterveydenhoitaja on omalta osaltaan mukana laatimassa kouluun ehkäisevän päihdetyön suunnitelmaa. Hän myös osallistuu

opetussuunnitelman puitteissa nuorille suunnattuun terveystasvatukseen. (Inkinen, Partanen & Sutinen 2000, 169–170.)

Työterveyshuollossa tavoitetaan suurin osa työssä käyvästä aikuisväestöstä. Työyhteisöjen päihdehoitotyön tehtäväkenttä voidaan jakaa kolmeen alueeseen: työyhteisön asenteisiin vaikuttaminen ja kouluttautuminen päihhteisiin liittyvissä kysymyksissä, ennalta ehkäisevä ja varhaisvaiheen päihdehoitotyö sekä päihdeongelmaisen työntekijän auttaminen ja hoitoonohjausprosessin käynnistäminen. Useimmilla työpaikoilla on joko päihdeohjelma tai hoitoonohjausmalli, jossa on sovittu työpaikka-kohtaiset menettelytavat päihdeongelman ilmetessä. (Inkinen ym. 2000, 185–187.)

Kotisairaanhoidossa, kotipalvelussa, terveyskeskusten vuodeosastoilla sekä päivystyspoliklinikoilla hoitajat kohtaavat yhä useammin päihdeongelmaisia vanhuksia. Päihdeongelmaisen vanhuksen tunnistaminen voi olla vaikeaa, sillä esimerkiksi vanhuksen sekavuus voi johtua useasta eri syystä. Päihhteiden käyttö voi olla huomattava osa kotona asuvan vanhuksen arkea ja mikäli omaiset, lähiverkosto tai kotisairaanhoidaja pyrkii rajoittamaan vanhuksen päihhteiden käyttöä, saattaa vanhus suhtautua rajoituksiin kielteisesti ja torjuvasti. Päihdeongelmaisen vanhuksen hoito aiheuttaa aina paljon hoivatyötä, toimenpiteitä ja huomiota sekä yhteistyötä sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Vanhuksen huolestuttava päihhteiden käyttö on peruste kutsua tukiverkosto koolle pohtimaan keinoja, joilla voitaisiin lisätä vanhuksen turvallisuutta loukkaamatta hänen itsemääräämisoikeuttaan. Päihdeongelmaista vanhusta voidaan auttaa sopivalla lääkehoidolla, tarvittaessa jakamalla lääkitys dosettiin, tiivistämällä kotikäyntejä tai sopimalla intervallihoitajaksoja vanhusten hoitolaitoksessa. (Inkinen ym. 2000, 187–189.)

### 3.2.2 Päihdehuollon erityispalvelut

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido kuuluvat yleisiin palveluihin, joskin niissä voi olla päihdehuollon erityispalveluiksi määriteltäviä osastoja tai sairaansijoja. Erityisiä päihdehuollon palveluita käytetään, jos yleiset palvelut eivät ole riittäviä päihdeongelmaisen tarpeisiin. Näihin palveluihin kuuluvat A-klinikat, nuorisoase-

mat, terveysneuvontapisteet, ympärivuorokautista hoitoa tarjoavat katkaisuhoidoasemat, kuntoutusyksiköt sekä erilaiset hoitoyhteisöt. (A-klinikkasäätiö, 2006.)

Lain mukaan kaikilla päihdeongelmaisilla on tasavertaiset oikeudet tukeen ja hoitoon. Päihdehuollon palvelujen piiriin hakeutuu vapaaehtoisesti vuosittain noin 60 000–80 000 päihdeongelmaista ja heidän läheistään. Päihdehoitojen toteuttaminen perustuu lähes aina asiakkaan omaan haluun. Hoitoon hakeutuminen on vapaaehtoista. Oman kunnan päihdepalveluista saa tietoa kuntien sosiaalitoimistoista, terveyskeskuksista, A-klinikoilta tai Stakesin ylläpitämästä hoitopaikkatietokannasta. (A-klinikkasäätiö, 2006.)

Nuorisoasemat ovat alle 25-vuotiaille tarkoitettu avohoitopalvelu, jonne nuoret voivat hakeutua päihteiden käytön, mielenterveysongelmien tai muiden nuoren kasvuun ja elämäntilanteeseen liittyvien kriisien vuoksi. Nuorisoasemien palvelut perustuvat vapaaehtoisuuteen ja ne ovat maksuttomia. Nuorisoasemien palvelut voivat olla yksilöille, perheille tai ryhmille suunnattua toimintaa tai terapiaa. (Inkinen ym. 2000, 59.) Terveysneuvontapisteissä on tarjolla mm. suonensisäisesti huumeita käyttäville tarkoitettua terveysneuvontaa, injisointivälineiden vaihtoa puhtaisiin, B-hepatiittirokotuksia, mahdollisuus joihinkin laboratoriotutkimuksiin tai laboratoriolähteen saamiseen, pienten haavojen hoitoa ja hoitoonohjausta. Terveysneuvontapisteiden eli ns. matalan kynnyksen hoitopalveluiden toiminta perustuu anonyymiyteen. (Inkinen ym. 2000, 90.)

Katkaisuhoidolla pyritään katkaisemaan päihteiden käyttökierre, ehkäisemään ja hoitamaan vieroitusoireet sekä luomaan edellytykset fyysiselle ja sosiaaliselle kuntoutumiselle jatkohoitosuunnitelman avulla. Laitosmuotoinen katkaisuhoido kestää yleensä 1-2 viikkoa. Katkaisuhoidoitoon hakeudutaan yleensä joko A-klinikan tai terveyskeskuksen kautta. (Inkinen ym. 2000, 91.) Kuntoutusyksiköt tarjoavat pidempää kuntoutusta. Joissakin laitoksissa on paikkoja kokonaisille perheille. Hoitajaksojen kesto vaihtelee viikosta neljään viikkoon, mutta erityisesti huumeongelmien hoidossa suositetaan useita kuukausia, joskus jopa vuosia, kestäviä laitoshoidotaksoja. (Kaukonen 2000, 113.)

### 3.2.3 Vertaisryhmätoiminta

Päihdeongelmien hoitojärjestelmässä vertaisryhmätoiminnalla on tärkeä rooli. AA on miesten ja naisten toveriseura, jossa he jakavat keskenään kokemuksensa, voimansa ja toivonsa voidakseen ratkaista yhteisen ongelmansa sekä auttaakseen toisia tervehtymään alkoholismista. Ainoa jäseneksi pääsyn vaatimus on halu lopettaa juominen. AA:ssa ei ole mitään velvoitteita eikä jäsenmaksuja. AA toimii omavaraisena vapaaehtoisten avustusten pohjalta. AA ei ole yhteydessä mihinkään aatteelliseen, uskonnolliseen tai poliittiseen suuntaukseen, järjestöön tai laitokseen. AA on toiminut Suomessa 59 vuotta ja se on auttanut kymmeniä tuhansia alkoholisteja toipumaan. (Suomen AA – Nimettömät alkoholistit, 2006.)

Suomen AA:lla on viikoittain yli 1200 AA-kokousta noin 700 eri AA-ryhmässä. Palaverissa ei koskaan kerrota koko nimeä. AA:n jäsenillä ainoa päämäärä on pysyä raittiina ja auttaa toisia alkoholisteja saavuttamaan raittius. Kaksitoista askelta muodostaa henkilökohtaisen toipumisohjelman ytimen. (kuvio 1.) Askeleet esitetään eräänlaisina ehdotuksina ja ne perustuvat AA:n varhaisimpien jäsenten kokemuksiin. Askeleet kuvaavat sitä asioihin suhtautumista, minkä nuo ensimmäiset jäsenet uskoivat ensi sijassa auttaneen heidän pyrkimyksiään kohti raitista elämäntapaa. (Suomen AA – Nimettömät alkoholistit, 2006.)

Kahdentoista askeleen hyväksyminen ei ole pakollista. Kokemus osoittaa kuitenkin, että ne AA:laiset, jotka vakavasti pyrkivät noudattamaan noita ehdotuksia ja soveltavat askelia jokapäiväiseen elämäänsä, näyttävät saavan enemmän irti AA:sta kuin ne, jotka noudattavat niitä epäsäännöllisesti. (Suomen AA – Nimettömät alkoholistit, 2006.) 12 askeleen ohjelmaan perustuvia ryhmiä on alkoholisteille tarkoitettu AA, alkoholistien läheisille tarkoitettu Al-Anon, huumeongelmallisille tarkoitettu NA, peliongelmaisille tarkoitettu GA sekä ongelmasyöjille tarkoitettu OA. A-killat ovat A-klinikoiden entisten ja nykyisten asiakkaiden yhdistyksiä. (Inkinen ym. 2000, 90.)



1. Myönsimme voimattomuutemme alkoholiin nähden ja että elämämme oli muodostunut sellaiseksi, ettemme omin voimin kyenneet selviytymään.



2. Opimme uskomaan, että joku itsemme suurempi voima palauttaa terveytemme.



3. Päätimme luovuttaa tahtomme ja elämämme Jumalan huomaan – sellaisena kuin Hänet käsitimme.



4. Suoritimme perusteellisen ja rehellisen moraalisen itsetutkiskelun.



5. Myönsimme väärin tekojemme todellisen luonteen Jumalalle, itsellemme sekä jollekin toiselle ihmiselle.



6. Olimme täysin valmiit antamaan Jumalan poistaa kaikki nämä luonteenme heikkoudet.

Kuvio 1. 12 askelta

12. Koettuamme hengellisen heräämisen näiden askelten tuloksena yritimme saattaa tämän sanoman alkoholisteille sekä toteuttaa näitä periaatteita kaikissa toimissamme.



11. Pyrimme rukouksen ja mietiskelyn avulla kehittämään tietoista yhteyttämme Jumalaan, sellaisena kuin Hänet käsitimme, rukoillen ainoastaan tietoa Hänen tahdotaan meidän suhteemme ja voimaa sen toteuttamiseen.



10. Jatkoimme itsetutkiskelua ja kun olimme väärässä, myönsimme sen heti.



9. Hyvitimme henkilökohtaisesti näitä ihmisiä milloin vain mahdollista, elleimme näin tehdessämme vahingoittaneet heitä.



8. Teimme luettelon kaikista vahingoittamistamme henkilöistä ja halusimme hyvittää heitä kaikkia.



7. Nöyrästi pyysimme Häntä poistamaan vajavuutemme.

► (Koski-Jännes & Hänninen 2004, 116.)

### 3.3 Päihdehuollon kehittäminen

Päihdeiden ongelmakäyttöön liittyvä hoidon tarve on sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmälle vakava haaste. Vaikka lisääntynyt huumausaineiden käyttäjien hoidon tarve on nostanut huumehoidon kehittämisen viime vuosina vahvasti esille, on alkoholi edelleen yleisin päihdehaittoja aiheuttava aine. Tarpeenmukaisen hoidon turvaamiseksi tulisi päihdepalvelujen resursoinnissa ottaa huomioon päihdeidenkäytön laadulliset ja määrälliset muutokset. (STM:n julkaisuja 2004:7, 57.)

Päihdehuollon erityispalveluiden kyky vastata hoidon tarpeeseen on rajallinen. Tarpeeseen vastaavan toiminnan kehittämistä tarvitaan myös sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, jotka vastaavat osaltaan päihdeongelmien varhaisesta toteamisesta ja hoidosta. Laadukas toiminta tällä alueella edellyttää, että yleisissä palveluissa, sairaalat mukaan lukien, nimetään yksi tai useampi päihdetyöhön erikoistunut ja siihen koulutettu työntekijä, jonka tehtävänä on asiakastyön lisäksi kouluttaa muita työntekijöitä ja edistää yhteistyötä muiden päihdetyötä tekevien tahojen kanssa. (STM:n julkaisuja 2004:7, 57.)

Vuoden 2006 loppuun kestänyt sosiaali- ja terveysministeriön ja Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskuksen valtakunnallinen katkaisu- ja vieroitushoidon kehittämishanke on osa kansalliseen sosiaalialan kehittämishjelmaan sisältyvää päihdepalvelujen kehittämistä. Kehittämishjelmat painottavat mm. asiakaslähtöisyyttä ja asiakkaiden osallisuutta saamaansa hoitoon ja palveluihin. Asiakkaiden osallistuminen omaan hoitoonsa, kuntoutukseensa tai itseään koskevaan päätöksentekoon ei ole kuitenkaan aina mutkatonta kuntien päihdepalvelujärjestelmissä. (Makkonen 2006, 4.)

Päihdepalvelujen yhteydessä motivaatiopuhe on yleistä. Esimerkiksi katkaisuhuitoon pyrkivältä saatetaan edellyttää motivaation osoituksia hoitoon pääsemiseksi ja passittaa kotiin hoitomotivaatiota kasvattamaan. Kuka arvioi motivoitumisen asteen? Mihin asiakkaan pitäisi olla motivoitunut, jos hoidon jälkeen ei ole tarjolla mielekkään elämän mahdollisuuksia? Millä motivaatiota mitataan ja kuka sen tekee? Tutkimusten mukaan on kuitenkin näyttöä siitä, että hoitomotivaatio syntyy ja vahvistuu vasta hyvässä hoidossa. Hoitoon pääsemisen turvaaminen kaikissa olosuhteissa onkin perusteltua ja asiakaslähtöistä päihdepalvelua. Tärkeää on muistaa myös, että

vaihtoehtokustannukset ja -seuraukset hoitamatta jättämisestä heijastuvat moninkertaisesti ei vain kansantalouteen, vaan myös yksilön ja hänen lähiyhteisöjensä, kuten perheiden ja työyhteisöjen, elämään. Osallisuuden, osallistumisen vahvistaminen ja tukeminen tulee siis olla keskeinen periaate päihdetyön ja -palvelujen kehittämisessä ja toteuttamisessa. (Makkonen 2006, 7.)

### 3.4 Tulevaisuuden näkymiä

Alkoholinkäytön laajeneminen mitä moninaisimpiin sosiaalisiin vuorovaikutustilanteisiin on muuttanut suhdettamme alkoholijuomiin. Kulttuuriset tavat ovat kuitenkin kerroksellisia, eivätkä kaikki tottumukset ole muuttuneet tasatahtia. Suomalaisten juomatapojen vanha ydin, humalahakuinen kulutus, elää edelleen sitkeänä. Vahva humaltuminen on pysynyt, ellei peräti voimistunut, suomalaisten juomatapojen keskeisenä piirteenä. Nykyään myös työillä ja naisilla on eri tavalla oikeus humaltua kuin ennen vanhaan. Juomatapojen sitkeydestä kielii myös se, että alkoholin nauttiminen ruokajuomana on edelleen varsin harvinaista. Sosiaali- ja terveystieteellisesti muutosten trendi on haastava: niin naiset, miehet, tytöt kuin pojatkin juovat enemmän, useammin, enemmän riskejä ottaen ja humalahakuisemmin. (STM:n julkaisuja 2004:7, 129.)

Kun vuoden 2004 alusta alkaen muista EU-maista on saanut tuoda omaan käyttöön rajoittamattoman määrän alkoholituotteita, alkoholijuomien verotusta kevennettiin ja Viro liittyi EU:n jäseneksi, suomalaisten alkoholinkulutus lisääntyi edellisvuotisesta lähes litralla, yli 10 litraan henkilöä kohti. Asiantuntijat ennakoivat tuolloin alkoholihaittojen nopeaa lisääntymistä. (Lepistö, von der Pahlen & Marttunen 2006, 2327.) Alkoholin kulutuksen kasvu uhkaa aiheuttaa lähivuosina pulan päihdeongelmaisten hoitopaikoista. Alkoholisairauksien hoitoon tarvittaisiin selkeästi nykyistä enemmän resursseja. Lisäksi pitäisi tapahtua asennemuutoksia sekä yhteiskunnallisella että ammattitasolla. Päihdeasiakkaat tulisi nähdä todellisena haasteena, johon hyvinvointiyhteiskunnan pitäisi pystyä vastaamaan. (Alin & Matilainen 2006, 34–36.)

Alkoholisytyt ovat työikäisen väestön yleisin kuolinsyy yhdessä sepelvaltimotaudin kanssa. Todellisuudessa alkoholi aiheuttaa välillisine seurauksineen selvästi enem-

män kuolintapauksia kuin mikään toinen yksittäinen tekijä. Sosiaalisista haitoista kärsivät alkoholiongelmaisen itsensä lisäksi myös hänen lähipiirinsä ja erityisesti lapset. A-klinikkasäätiön Lasinen lapsuus – tutkimuksen mukaan noin 100 000 suomalaista lasta ja nuorta elää tälläkin hetkellä päihdeperheissä, joissa vanhempien päihteiden ongelmakäyttö aiheuttaa haittoja myös lapselle. (Peltovuoma, Varamäki & Koponen 2006,11.)

Alkoholiveron alentaminen ja tässä päätöksessä pitäytyminen on aiheuttanut valtavia alkoholihaittoja, yhä suurempia inhimillisiä kärsimyksiä ja taloudellisia kustannuksia. Veron maltillinen nostaminen vähentäisi haittoja tulevaisuudessa. (Peltovuoma ym. 2006, 26.) Lääkäriliiton mielestä kunta- ja palvelurakenteen uudistamista tulee seurata myös lisääntyneen päihdekäytön näkökulmasta. Laintasoiset normit on päivitettävä vastaamaan todellista tilannetta. Esimerkiksi uusien päihdehuoltolaitosten rakentaminen ja alueellisen yhteistyön kehittäminen on paljolti kunta- ja palvelurakennemuutoksen varassa. (Hannus 2006, 3144.)

#### 4 HOIDON LAATU

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun voi määritellä kyvyksi tunnistaa, määrittää ja täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaitoisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla, edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Laatuun kuuluu myös kyky kohdentaa voimavarat ensisijaisesti eniten tarvitseville. Laatu voidaan arvioida kolmesta eri näkökulmasta: asiakkaan kokemana, ammatillisesta näkökulmasta sekä johtamisen eli palvelujärjestelmän näkökulmista. Asiakas on aina keskeinen palvelujen laadun arvioija. Asiakkaan kokema laatu kertoo, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevansa. Asiakkaat painottavat laatua arvioidessaan sekä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta, samaansa kohtelua että ammatillista laatua. (STM:n oppaita 2002:3, 23.)

Ammatillinen laatu kertoo, täyttääkö palvelu asiakkaan tai potilaan tarpeet ja onko tulos hyvä ammattilaisen näkökulman mukaan. Johtamisen laatu taas kertoo, toteutetaanko palvelu sujuvasti ilman hukkakäyttöä ja virheitä, taloudellisesti sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ketjussa osallistujat painottavat laadussa eri asioita ja ovat vastuussa eri ulottuvuuksista toimintojen suunnittelussa ja laadunhallinnassa. Vaikka laatu on vaikea määritellä, on tärkeää sopia, mitä kyseisessä toiminnassa ja organisaatiossa tarkoitetaan sillä laadulla, jota tavoitellaan. Laatusuositukset ja – kriteerit ovat apuna laadun sisällön konkretisoinnissa ja täsmentämisessä ja ne ovat palvelujen laadun arvioinnin apuvälineitä sekä toimivat myös suunnittelun apuna. (STM:n oppaita 2002:3, 23.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun käsite määritellään eri tavoin riippuen siitä, onko määrittelijänä asiakas, asiakkaan perhe, työntekijä vai yhteiskunta ja kuka tai mikä on määrittelyn kohde ja millä organisaatiotasolla se määritellään. Laatu voidaan käsittää niistä ominaisuuksista koostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja tavoitteet. Laadun on yksinkertaisesti todettu olevan sitä, että asiakas on saanut mitä halusi. (Muurinen, Vaarama, Haapaniemi, Mukkila, Hertto & Luoma 2006, 4.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämiseksi annettu valtakunnallinen suositus korostaa asiakkaan osallistumista laadunhallintaan ja omaan hoitoonsa, johdon tehtävää laadun luotsaajana, henkilöstöä hyvän laadun edellytyksenä, laadunhallinnan ulottamista myös ehkäisevään toimintaan, laatutyön perustumisesta prosessien hallintaan, tiedon merkitystä pyrittäessä parempaan laatuun sekä laatutyön tekemistä järjestelmälliseksi. (STM:n oppaita 2002:3, 24.) Potilastyytyväisyys on laajasti hyväksytty hoidon laadun mittari, mutta se ei yksinään anna luotettavaa kuvaa hoidon laadusta. Potilastyytyväisyys ja hoidon laatu eivät myöskään ole synonyymejä. Potilaat saattavat liioitella tyytyväisyyttä kyselyissä ja mittarit mittaavat usein ainoastaan potilaan tyytyväisyyden määrää, eikä sitä mihin potilas on tyytyväinen ja tyytymätön. (Larrabee & Bolden 2001, 58.)

#### 4.1 Päihdepalvelujen laatusuositukset

Päihdepalvelujen laatusuositukset on valmisteltu tukemaan kuntien päihdepalvelujen suunnittelua, järjestämistä ja kehittämistä. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteinen suositus luo pohjaa laadukkaille päihdepalveluille. Suositukset antavat yleiset suuntaviivat, joita voidaan soveltaa paikallisesti kunkin kunnan ja kuntalaisten tarpeista lähtien. (STM:n oppaita 2002:3, 24–25.) Kuntalaisilla on oikeus tarpeenmukaiseen ja tasokkaaseen, oikeaan aikaan toteutettuun päihdehoitoon ja – kuntoutukseen asuinpaikasta riippumatta. Päihteiden käyttöön ja siihen liittyviin ongelmiin vastataan kaikilla palvelujen tasoilla mahdollisimman varhain ja tarjotaan aktiivisesti tietoa, tukea ja apua. Näin menetellään erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa, kuten sosiaalityössä, työ-, opiskelija-, koulu- ja muussa perusterveydenhuollossa sekä äitiysneuvoloissa. (STM:n oppaita 2002:3, 15.)

Palvelut järjestetään siten, että asiakkaan perus- ja ihmisoikeudet ja oikeusturva toteutuvat. Päihdehoidon ja – palveluiden lähtökohtana on asiakkaan ja hänen läheistensä tuen, avun ja hoidon tarve. Periaatteina ovat itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, omatoimisuuden tukeminen ja luottamuksellisuus. Asiakkaan osallistuminen hoitoaan koskevaan suunnitteluun, päätöksentekoon ja sisältöön turvataan. Päihdekuntoutuksessa otetaan huomioon asiakkaan fyysinen ja psyykinen terveydentila sekä sosiaalinen tilanne ja tuen tarve. Päihdepalveluyksiköt kehittävät päihdepalveluja yhteistyössä asiakkaiden ja heitä edustavien järjestöjen ja vertaistukiryhmien kanssa. (STM:n oppaita 2002:3, 15.)

Päihdepalveluiden laatusuositusten pohjalta on tehty päihdehoitoyksiköiden laatuarviolomakkeet, joiden avulla esimerkiksi kunnat, päihdetyötä tekevät ammattilaiset tai päihdeongelmaiset ja heidän läheisensä voivat arvioida eri päihdehoitopaikkojen laatua. Laatuarviolomake on kehitetty päihdetyön toimijoiden monikäyttöiseksi apuvälineeksi. Laatuarviolomaketta voi päihdehoitoyksikkö käyttää itsearviointiin välineenä tai mallipohjana oman toiminnan esittelyyn. Lomake löytyy Stakesin verkkosivuilta. (<http://neuvoa-antavat.stakes.fi>)

#### 4.1.1 Palvelujärjestelmä

Kunta järjestää asiakkailleen heidän tarvettaan vastaavia monipuolisia päihdepalveluja varhaisvaiheen toteamisesta ja akuuteista päivystyspalveluista alkaen pitkäaikaiskuntoutukseen. Palveluja on saatavilla suomeksi ja ruotsiksi sekä tarvittaessa myös muilla kielillä. Asiakkaan äidinkieleen, muuhun kulttuuritaustaan ja edellytyksiin käyttää palveluja tulee kiinnittää erityistä huomiota. Päihdehuollon erityispalveluja järjestetään seudullisesti silloin, kun se kuntakoosta tai muista syistä johtuen on tarkoituksenmukaista. Sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset palvelut vastaavat omalta osaltaan päihdeongelman varhaisesta toteamisesta ja hoidosta. (STM:n oppaita 2002:3, 16.) Palveluiden saatavuus ei tarkoita vain fyysistä vaan myös psykologista esteettömyyttä. Konkreettisia esteitä ovat jonotusajat ja hoitopäätösten käsittelyajat, hankalat aukioloajat sekä palvelumaksut. (STM:n oppaita 2002:3, 24–25.)

Kunta järjestää päivystyspalveluja, joihin voi hakeutua myös virka-ajan ulkopuolella ja viikonloppuisin ja saada kiireellisissä tapauksissa välitöntä hoitoa. Kriisitilanteissa hoitoon pääsee ilman ajanvarausta myös päihdehuollon erityispalveluissa. Kunta järjestää toimivat katkaisu- ja vieroitushoitopalvelut, joihin hoitoa tarvitseva asiakas pääsee välittömästi. Kunta järjestää myös päihdepalveluja, joihin voi hakeutua päihdyneenä. Päihdehuollon avomuotoisiin palveluihin on mahdollista hakeutua myös nimettömänä. Avomuotoiset palvelut toteutetaan mahdollisimman lähellä asiakkaan asuinpaikkaa. Päihdeongelmaisten läheisillä on mahdollisuus asioida myös yksinään päihdehuollon erityispalveluissa. (STM:n oppaita 2002:3, 17.)

#### 4.1.2 Päihdetyö

Päihdetyötä toteuttavat päihdetyöntekijät. Heidän lukumääränsä vaihtelee kunnittain. Päihdetyöntekijöiden ammattiryhmä muodostuu hyvin erilaisista alan ammattilaisista ja alalla ammatilliset tavoitteet voivat vaihdella suurestikin. Päihdetyön tekemiseen olennaisesti kuuluu mielenterveystyö, kriisityö sekä sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisten taitojen kehittäminen yhdessä asiakkaan kanssa. Varsin usein myös omaisten kanssa tehdään omaa päihdetyötä heidän jaksamisensa tukemiseksi. (Inkinen ym. 2000, 129–147, 180–184.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon yleisissä palveluissa ja päihdehuollon erityispalveluissa varmistetaan, että yksiköissä työskentelevällä henkilöstöllä on perus-, jatko- ja täydennyskoulutuksen kautta muodostunut riittävä ammattitaito päihdeongelman varhaiseen toteamiseen, hoidon tarpeen arviointiin sekä päihdeasiakkaiden korkeatasoiseen ammatilliseen hoitoon ja kuntoutukseen. (STM:n oppaita 2002:3, 19.) Työntekijöillä on valmiudet ottaa puheeksi asiakkaan päihteiden käyttö. He tuntevat erilaisia hoito- ja interventiovaihtoehtoja ja kykenevät ohjaamaan kutakin asiakasta tämän tarpeiden mukaisesti. (STM:n oppaita 2002:3, 19–20.)

#### 4.1.3 Asiakastyön toteutus

Päihdepalveluja toteutetaan asiakaslähtöisesti, asiakkaan omia ja hänen läheistensä voimavaroja vahvistaen ja tukien. Asiakassuhde perustuu luottamuksellisuuteen sekä kunnioittavaan, empaattiseen ja asiakasta motivoivaan lähestymistapaan. Päihdehoidossa ja –kuntoutuksessa käytetään laajaan käytännön kokemukseen tai tieteelliseen näyttöön perustuvia hoitomenetelmiä, jotka täyttävät myös eettiset kriteerit. Päihdeongelman hoito toteutetaan moniammatillisesti ja verkostotyön mahdollisuudet hyödyntäen. Naisten hoitoon ja kuntoutukseen sekä asiakkaan uskonnollisuuteen liittyvät erityistarpeet huomioidaan. (STM:n oppaita 2002:3, 20.)

Asiakkaan läheisten tarvitsema tuen tarve otetaan huomioon ja järjestetään tarvittaessa perhetapaamisia. Asiakkailta kerätään palautetta siitä, millaisena he ovat saamansa palvelun kokeneet. Hoidossa noudatetaan asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnin pohjalta laadittua, tarpeen mukaan päivitettyä kirjallista hoitosuunnitelmaa, jonka laadintaan asiakas on itse osallistunut. Asiakkaan kanssa laadittua hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja tarkistetaan tarvittaessa hoitajakson kuluessa ja sen päättyessä sekä sovitaan tarkoituksenmukaisista jatkohoito- ja tukitoimista. (STM:n oppaita 2002:3, 21.)



### 4.3 Hoidon laadun tutkimuksista

Hoidon laatua on tutkittu runsaasti sekä Suomessa että kansainvälisesti. Useimmissa tutkimuksissa on kuvattu potilaiden arviointeja hoidon laadusta. Potilaat arvioivat usein hoidon laadun hyväksi. Aikaisempien tutkimusten tulosten perusteella voidaan kuitenkin nostaa esiin muutamia kehittämisalueita hoidon laadusta. Vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja leikkausosastoilla hoidetut suomalaiset potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omiin hoitoratkaisuihinsa. Samankaltaisiin tuloksiin on päädytty myös kansainvälisissä tutkimuksissa. Lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan asema yksipuolisina tiedonhaltijoina ja päätöksentekijöinä on muuttumassa tulevaisuudessa. Potilaat hakevat yhä enemmän tietoa itsenäisesti erilaisista tietolähteistä ja haluavat ottaa osaa omiin hoitoratkaisuihinsa. Hoitamisen paradigma kuvataan tulevaisuudessa uudesta näkökulmasta, eli potilaiden ja hoitamisen ammattilaisten yhteisestä tietämisestä. (Kvist 2004, 20.)

Kvistin ym. (2006, 118) tutkimuksestaan tekemät johtopäätökset kuvaavat sitä, että potilaat ja henkilöstö arvioivat hoidon laadun erilaiseksi. Terveystenhoitohenkilöstön koulutuksessa on korostettava potilaiden odotuksien tunnistamista ja ymmärtämistä laatutyön perustana. Hyvinvoiva, ammattitaitoinen ja motivoitunut henkilökunta on hoidon laadun tae. Johdon on huolehdittava entistä enemmän henkilöstönsä hyvinvoinnista, ammattitaidosta ja sen ylläpitämisestä. Ne tulevat olemaan tärkeitä kilpailutekijöitä tulevaisuuden henkilöstön rekrytoinnissa. (Kvist, Vehviläinen-Julkunen & Kinnunen 2006, 118.)

Potilaat ovat hoidon laadun arvioijina suurimassa osassa aihetta käsittelevissä julkaisuissa. Potilasnäkökulma on vahvistunut hoidon laadun arvioinnissa valtakunnallisen laatusuosituksen, kansallisen terveystietoprojektin, terveydenhuollossa käyttöön otettujen erilaisten laadunhallintajärjestelmien ja johtamisen työkalujen tuloksena. Potilaat haluavat osallistua yhä enemmän hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon, he odottavat saavansa laadukkaita palveluja. Näin pelkästään asiantuntijoiden määrittelemä hoidon laatu ei ole riittävä, vaan myös potilaiden arvioinnit hoidon laadusta ovat erittäin tärkeitä. (Kvist 2004, 26.) Valmiiden laadunhallinnan mallien ja kriteeristöjen käyttö on Suomessa monipuolista. Stakesin terveyden- ja sosiaalihuollossa

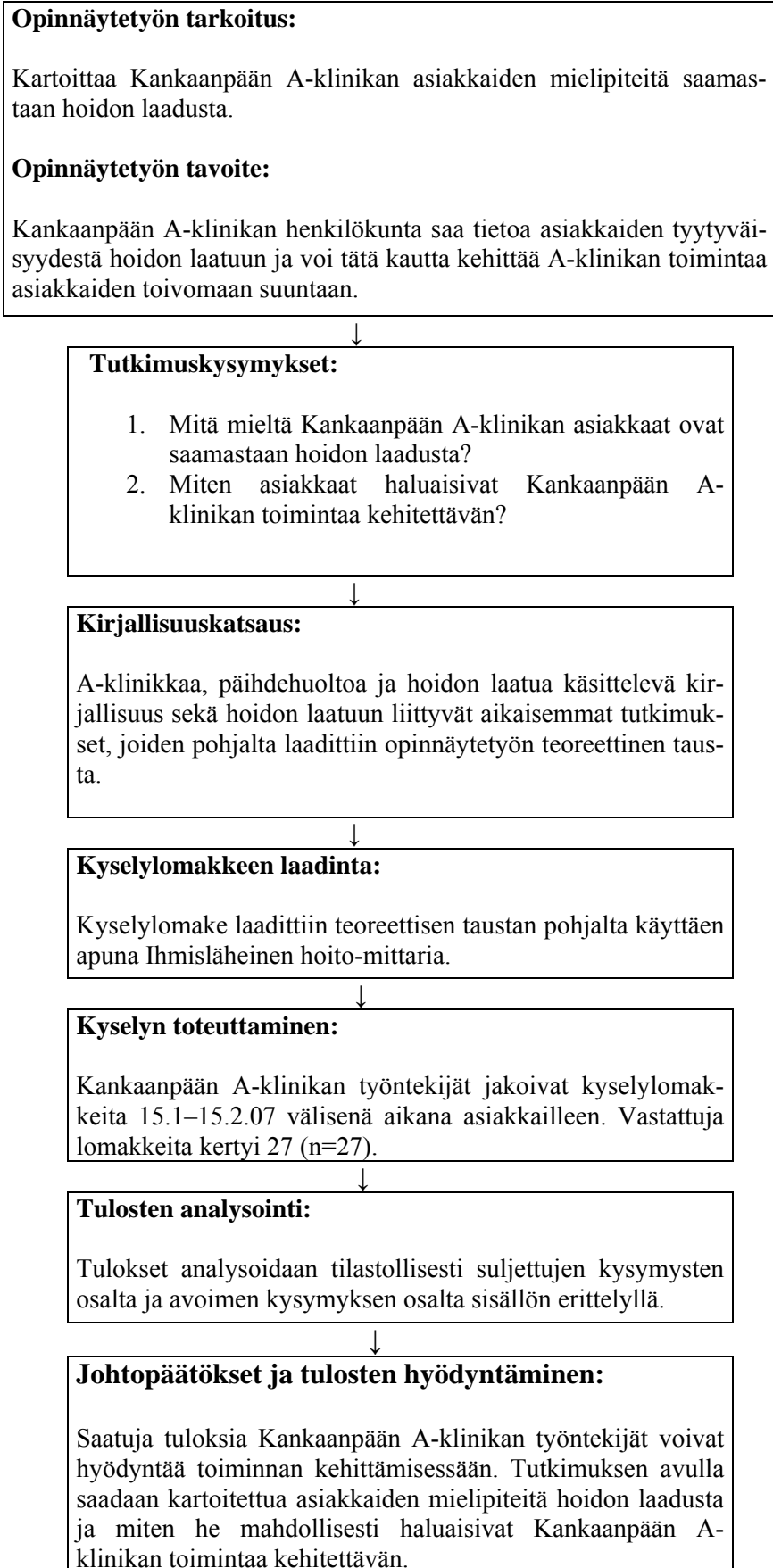
tekemän tutkimuksen mukaan useimmiten oli käytetty ITE-menetelmää, joka on tarkoitettu työyksiköiden itsearviointiin. (Kuurila 2004, 10.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön prosessi on kuvattu kuviossa 2. Opinnäytetyöni on työelämälähtöinen. Se on tehty yhteistyössä Kankaanpään A-klinikan kanssa. Liitteinä löytyvät tutkimuslupa-anomus (Liite 2), sopimus opinnäytetyön tekemisestä (Liite 3) sekä tutkimussuunnitelma (Liite 4). Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Kankaanpään A-klinikan asiakkaiden mielipiteitä saamastaan hoidon laadusta. Tutkimuksen tavoitteena on, että Kankaanpään A-klinikan henkilökunta saa tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä hoidon laatuun ja voi tätä kautta kehittää A-klinikan toimintaa asiakkaiden toivomaan suuntaan. Opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen teoreettinen pohja perustuu aikaisempien tutkimusten tuloksiin (Liite 1) sekä aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä mieltä Kankaanpään A-klinikan asiakkaat ovat saamastaan hoidon laadusta?
2. Miten asiakkaat haluaisivat Kankaanpään A-klinikan toimintaa kehitettävän?



Kuvio 2. Opinnäytetyön prosessi

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen toteutin määrällisenä eli kvantitatiivisena tutkimuksena. Aineistonkeruumenetelmänä käytin kyselylomaketta (Liite 5). Kyselytutkimus sopii hyvin tiedonkeruumenetelmäksi, kun halutaan tietoa ihmisten mielipiteistä ja asenteista. Kyselytutkimuksessa pystytään helposti analysoimaan suuriakin vastausmääriä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat käsitteiden määrittely ja aineiston keruu. Kerätty aineisto pyritään saattamaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon eli taulukoitua ja päätelmät tehdään tilastolliseen analysointiin perustuen. Saatuja tuloksia perustellaan numeroiden ja tilastollisten yhteyksien avulla ja niitä voidaan kuvata taulukoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 180–182.)

Kyselylomake (Liite 5) sisälsi taustatietoihin liittyviä kysymyksiä sekä strukturoituja kysymyksiä Likert-tyyppisellä asteikolla. Kyselylomakkeen lopussa oli yksi avoin kysymys. Kyselylomakkeen etu on se, että se mahdollistaa vastaajan jäävän tuntemattomaksi. Lisäksi kyselylomake mahdollistaa nopean vastaamisen, suurten ihmisryhmien tutkimisen sekä tilastollisen käsittelyn helppouden. Kyselytutkimuksessa myös aikataulu ja kustannukset pystytään arvioimaan tarkasti. Kyselytutkimuksen suurin haitta on vastaamattomuus, joka riippuu vastaajajoukosta ja tutkimuksen aihepiiristä. Muita haittoja ovat vastaajien välinpitämätön suhtautuminen tutkimukseen, annettujen vastausvaihtoehtojen väärinymmärrysten kontrolloimattomuus ja vastaajien huono perehtyneisyys kysytyyn alueeseen. Kyselylomakkeen tulee olla helposti täytettävä ja ulkoasultaan selkeä. (Krause & Kiikkala 1996, 107–108.)

Kysymyksiä laadittaessa on otettava huomioon vastaajien kyky muistaa kysytyjä asioita, ymmärtää kysymykset ja pystyä vastaamaan niihin. Ymmärrettävyyttä voidaan lisätä käyttämällä yksinkertaisia lauserakenteita. Virhetekijöitä voidaan vähentää välttämällä johdattelevia kysymyksiä ja tunnelatautuneita sanoja. Monivalintakysymyksissä on muistettava tarkistaa, että kaikki mahdolliset vastausvaihtoehdot ovat olemassa ja vaihtoehtoja on riittävästi. (Pelkonen & Perälä 1993, 155.)

Kyselylomakkeen laadin tätä tutkimusta varten (Liite 5). Kysymykset nousivat teoriasta ja Kankaanpään A-klinikan työntekijöiden toiveista. Kyselylomakkeen suunnittelussa käytettiin apuna Ihmisläheinen hoito-mittaria, jota Erja Kuurila (2004) on käyttänyt tutkiessaan hoidon laatua perusterveydenhuollossa. Myös Tarja Kvist (2004) käytti samaista mittaria tutkimuksessaan: Hoidon laatu - Potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia. Kyselylomakkeen alussa kysymyksillä 1-5 tiedusteltiin vastaajien taustatietoja kuten ikää, sukupuolta, hoitoon ohjautumisen syytä, päihteiden käyttöä hoidon aikana sekä asiakassuhteen kestoa. Kankaanpään A-klinikan henkilökunnan toivomuksesta kartoitin kyseisiä taustatietoja.

Taustatietojen jälkeen käytin kyselylomakkeessa 5-portaista Likertin asteikkoa. Asenneväittämien asteikko ulottuu vaihtoehdosta 1 ”täysin samaa mieltä” vaihtoehtoon 5 ”täysin eri mieltä”. Väittämät ovat sekä positiivisia että negatiivisia. Vastajan tuli valita mielipidettään lähinnä oleva vaihtoehto rengastamalla se. Kysymys numero 6 sisälsi väittämiä koskien hoidon saatavuutta. Seuraava kysymys eli numero 7 selvitti asiakkaiden mielipiteitä hoidon sujuvuudesta väittämien avulla. Kysymys numero 8 keskittyi asiakkaiden mielipiteisiin saamastaan kohtelusta. Väittämät kysymyksessä numero 9 koskivat Kankaanpään A-klinikan ammatillista laatua. Kysymyksillä 6-9 haluttiin saada vastauksia ensimmäiseen tutkimuskysymykseen.

Kysymys 10 oli avoin kysymys koskien hyviä ja huonoja puolia Kankaanpään A-klinikan toiminnassa. Samalla tiedusteltiin myös, millaisia toivomuksia tai ehdotuksia asiakkailta on Kankaanpään A-klinikan toimintaa koskien. Avoimella kysymyksellä haettiin vastauksia toiseen tutkimuskysymykseen. Esitetasin kyselylomaketta kahdella Kankaanpään A-klinikan entisellä asiakkaalla. Esitestauksen jälkeen en tehnyt muutoksia kyselylomakkeeseen.

## 6.2 Opinnäytetyön kohderyhmä ja sen valinta

Tutkimus voidaan toteuttaa joko kokonais- tai otantatutkimuksena. Ensin mainittu tarkoittaa sitä, että tiedot kerätään kaikilta niiltä henkilöiltä, joita tutkimus koskee. Otantatutkimus merkitsee sitä, että perusjoukosta, jota tutkimus koskee, valitaan osajoukko, jolta tiedot kerätään. Tutkimustulosten yleistäminen tapahtuu perusjouk-

koon, sillä otos edustaa perusjoukkoa. Otannasta puhutaan silloin, kun otantamenetelmä on sellainen, että jokaisella perusjoukon alkiolla on yhtä suuri todennäköisyys tulla mukaan otokseen. Tutkimuksen kohteena on aina perusjoukko riippumatta siitä, toteutetaanko tutkimus kokonais- vai otantatutkimuksena. (Krause ym. 1996, 97.)

Otantatutkimuksen etuna on, että resursseja säästyy, kun tutkimusjoukko ei ole niin suuri kuin kokonaistutkimuksessa. Otantatutkimuksessa on ensin määriteltävä perusjoukko ja otoskoko sekä päätettävä, millä tavoin koehenkilöt valitaan perusjoukosta. Otoksen kokoon vaikuttaa perusjoukon koko ja heterogeenisyys, aineiston tilastollinen käsittely ja käytettävissä olevat resurssit. Otantatutkimuksen haittana voidaan pitää otantasattumasta johtuvaa virhettä. Mitä suurempi on otoksen koko, sitä pienemmäksi otantavirhe saadaan. Mikäli valittava otos on pieni ja tutkimushenkilöt numeroitu, voidaan otos perusjoukosta valita arpomalla. Kyseessä on yksinkertainen satunnaisotanta. (Krause ym. 1996, 97.)

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ei aina ole mahdollisuutta satunnaisotantaan. Tutkimusjoukko voidaan joutua valitsemaan sattumanvaraisesti tai tutkimuksen kannalta tarkoituksenmukaisesti, jolloin puhutaan näytteestä. Esimerkkejä tällaisesta aineiston valinnasta ovat osastolla tietyllä hetkellä olevat potilaat tai 20 ensimmäistä poliklinikalle tulevaa potilasta. (Krause ym. 1996, 98.) Tutkimuksen perusjoukkoon kuuluivat kaikki Kankaanpään A-klinikan asiakkaat. Kyselylomakkeisiin vastaamisaikaa oli kuukausi, koska opinnäytetyöni valmistumisen kannalta en voinut sitä pidentää. Opinnäytetyön kohdalla ei voi puhua otannasta vaan näytteestä, koska kyselytutkimukseen vastasivat sattumanvaraisesti kuukauden aikana Kankaanpään A-klinikalla käyneet asiakkaat. Kankaanpään A-klinikan työntekijät jakoivat kyselylomakkeita 15.1–15.2.2007 välisenä aikana käyneille asiakkaille. Asiakkaat vastasivat kyselylomakkeisiin ja sulkivat ne kirjekuoriin, jotka minä noudin myöhemmin Kankaanpään A-klinikalta. Täytettyjä kyselylomakkeita kertyi 27 kappaletta.

### 6.3 Opinnäytetyön aineistonkäsittely

Tutkimusaineiston strukturoidut kysymykset analysoin Microsoft Excel-  
taulukkolaskentaohjelmalla sekä Tixel-tilasto-ohjelmalla. Tutkimusaineiston ana-

lysoinnin aloitin lukemalla kaikki kyselylomakkeet läpi. Numeroin vastauslomakkeet juoksevilla numeroilla, jonka jälkeen syötin tulokset havaintomatriisin muotoon Tixel-tilasto-ohjelmaan. Numeroinnin avulla vastauksiin pystytään palaamaan uudelleen ja tilastojen tarkistaminen on helpompaa. Myös kysymysväittämävaihtoehdot numeroitiin tilastoinnin mahdollistamiseksi. Esimerkiksi sukupuolta koskevassa kysymyksessä mies=1 ja nainen =2. Tulokset esitin prosentteina ja frekvensseinä, joiden havainnollistamiseen käytin erilaisia kuvioita ja taulukoita. Avoimen kysymyksen käsittelin sisällön erittelyä käyttäen. Luin kaikki avoimeen kysymykseen kirjoitetut vastaukset ja etsin niistä yhteneväisyyksiä. Tämän jälkeen ryhmittelin vastaukset yhteneväisyyksien mukaan.

Strukturoitujen kysymysten 6-9 vastausvaihtoehtoja yhdistelin analysointivaiheessa melko pienen tutkimusotoksen vuoksi. ”Täysin samaa mieltä” ja ”osittain samaa mieltä” yhdistin verbaalisessa analysoinnissa yhdeksi vastausvaihtoehdoksi. Samoin tein vaihtoehdoille ”osittain eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä”. Vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa” jätin omaksi vaihtoehdokseen, koska sitä en voinut yhdistää muiden luokkien kanssa.

## 7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

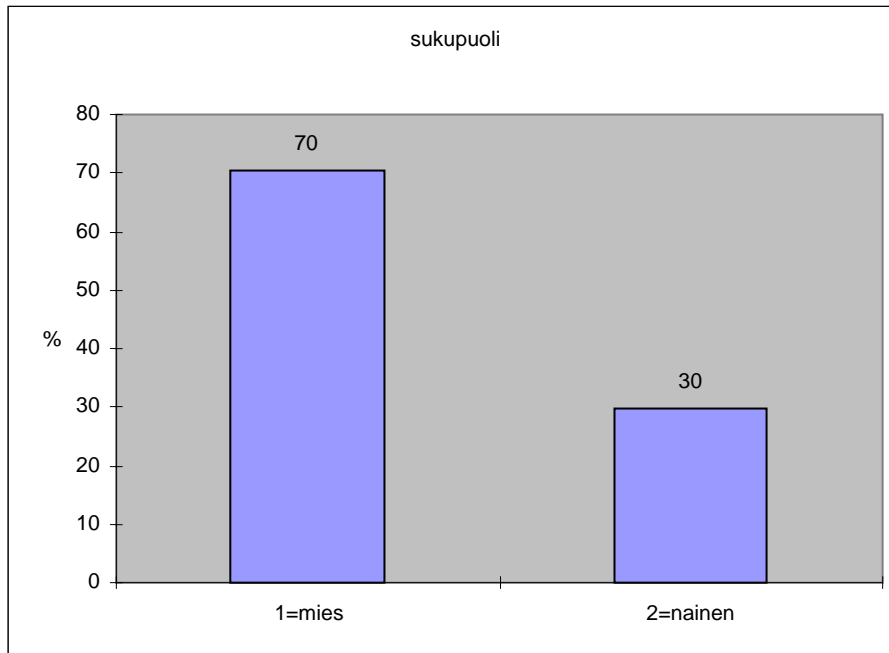
Vastattuja kyselylomakkeita kertyi 27 kappaletta. Kyselylomakkeita olisi kertynyt enemmän, jos vastausaikaa olisi pidennetty. Valitettavasti se ei ollut mahdollista.

### 7.1 Taustatiedot

Kyselyyn vastanneista miehiä oli 70 % (f=19) ja naisia 30 % (f=8). (Taulukko 1. ja kuvio 3.)

Taulukko 1. Vastaajien sukupuoli

Sukupuoli		
	lkm	%
mies	19	70
nainen	8	30
yht.	27	100



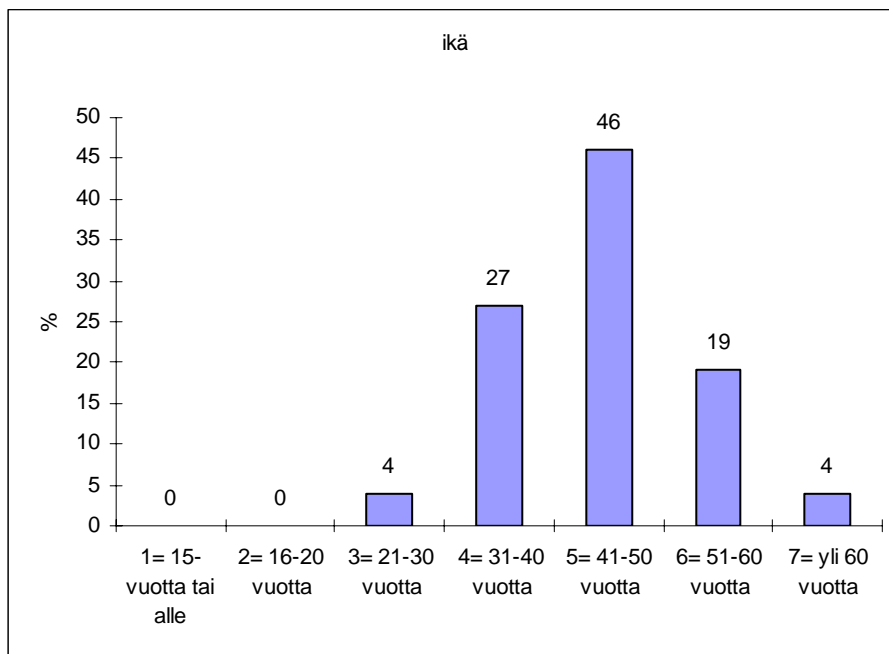
Kuvio 3. Vastaajien sukupuoli (tulokset prosentteina)

Vastaajista suurin osa eli 46 % (f=12) oli 41–50-vuotiaita. 27 % (f=7) vastaajista oli 31–40-vuotiaita, 19 % (f=5) oli 51–60-vuotiaita. Vastaajista yksi oli 21–30-vuotias ja samoin yksi vastaajista oli yli 60-vuotias. Yksi vastaajista oli jättänyt ikänsä mainitsematta. (Taulukko 2. ja kuvio 4.)



Taulukko 2. Vastaajien ikä

Ikä	lkm	%
15 vuotta tai alle	0	0
16–20 vuotta	0	0
21–30 vuotta	1	4
31–40 vuotta	7	27
41–50 vuotta	12	46
51–60 vuotta	5	19
yli 60 vuotta	1	4
yht.	26	100



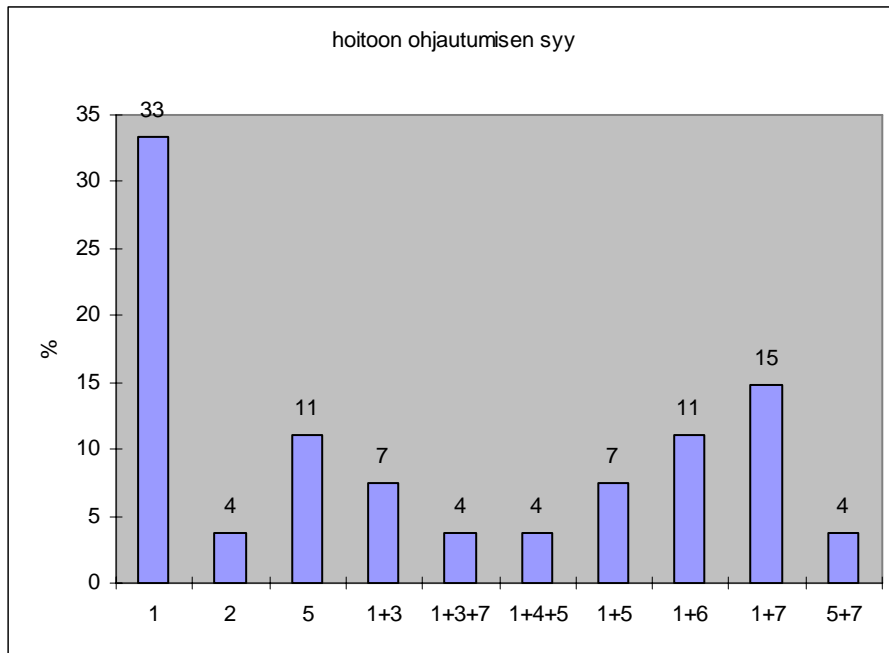
Kuvio 4. Vastaajien ikä (tulokset prosentteina)

Valtaosa vastaajista 33 % (f=9) oli hoidossa alkoholin käytön vuoksi. Alkoholin ja muun syyn kuin kyselylomakkeessa mainittujen vaihtoehtojen vuoksi hoidossa oli 15 % (f=4) vastaajista. Hoitoon ohjautumisen muiksi syiksi asiakkaat olivat ilmoittaneet mm. työttömyyden, masentuneisuuden, oman halun hakeutua hoitoon ja tarpeen keskustella jonkun kanssa. 11 % (f=3) oli hakeutunut hoitoon parisuhde-/perheongelmien vuoksi. Lisäksi yksi vastaajista oli hoidossa alkoholin ja parisuhde-/perheongelmien takia. Parisuhde-/perheongelmat ja ”muu syy” olivat yhden vastanneen hoitoon ohjautumisen taustalla.

11 % (f=3) asiakkaista oli hoidossa alkoholinkäytön ja siitä johtuneen rattijuopumuksen vuoksi. Kolme vastanneista (11 %) oli työnantajan hoitoon ohjaamia. Heistä jokainen oli ympyröinyt myös alkoholin hoitoon ohjautumisen syyksi. Lisäksi yksi työnantajan hoitoon ohjaamista oli alkoholin lisäksi ympyröinyt myös ”muu syy” kohdan. Yksi vastanneista oli hoidossa huumeiden käytön vuoksi. Yhtenä syynä Kankaanpään A-klinikan asiakkuuteen oli lastensuojelun hoitoon ohjaus . Lastensuojelun hoitoon ohjaama asiakas oli vastannut olevansa hoidossa lisäksi alkoholin ja parisuhde-/perheongelmien vuoksi. Hoitoon ohjautumisen syy löytyi jokaisesta kyselylomakkeesta. (Taulukko 3. ja kuvio 5.)

Taulukko 3. Vastaajien ilmoittama hoitoon ohjautumisen syy

Hoitoon ohjautumisen syy		
1=alkoholi, 2=huumeet, 3=työnantajan hoitoonohjaus, 4=lastensuojelun hoitoonohjaus, 5=perhe-/parisuhdeongelmat, 6=rattijuopumus, 7=muu syy		
	lkm	%
1	9	33
2	1	4
5	3	11
1+3	2	7
1+3+7	1	4
1+4+5	1	4
1+5	2	7
1+6	3	11
1+7	4	15
5+7	1	4
yht.	27	100

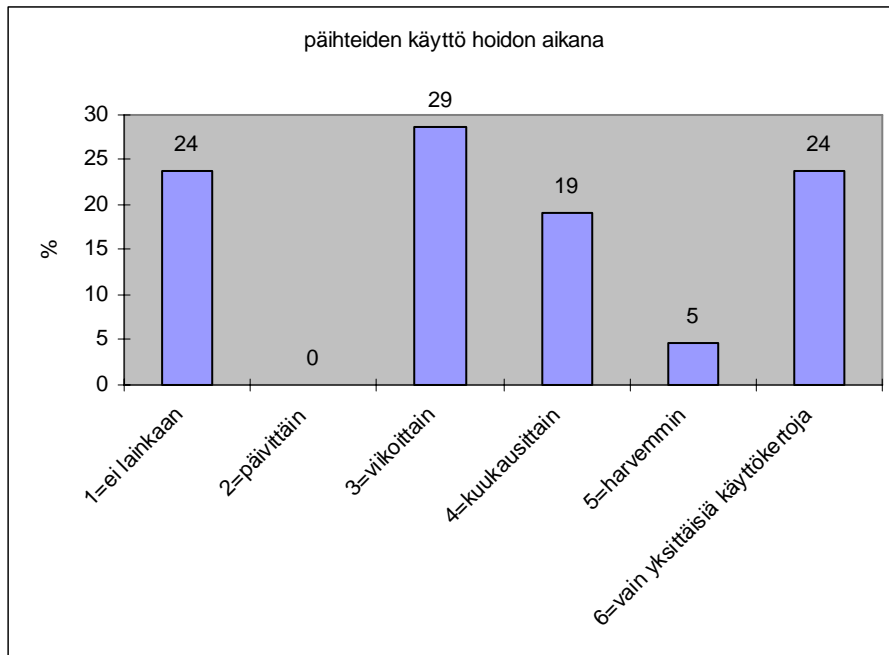


Kuvio 5. Vastaajien hoitoon ohjautumisen syy (tulokset prosentteina)

Vastaajista 29 % (f=6) käytti pähteitä viikoittain. 24 % (f=5) vastaajista oli hoidon aikana pähteettä. Saman verran vastaajista ilmoitti, että heillä oli vain yksittäisiä käyttökertoja. 19 % (f=4) käytti pähteitä kuukausittain ja yksi vastaajista (5 %) harvemmin. Yksi vastaajista ilmoitti käyttävänsä pähteitä ”ei lainkaan” ja ”kuukausittain”. Kysymykseen pähteiden käytöstä hoidon aikana olivat luultavimmin jättäneet vastaamatta henkilöt, jotka eivät olleet Kankaanpään A-klinikan asiakkaita pähteiden käytön vuoksi. (Taulukko 4. ja kuvio 6.)

Taulukko 4. Vastaajien pähteiden käyttö hoidon aikana

Pähteiden käyttö hoidon aikana		
	lkm	%
ei lainkaan	5	24
päivittäin	0	0
viikoittain	6	29
kuukausittain	4	19
harvemmin	1	5
vain yksittäisiä käyttökertoja	5	24
ei lainkaan ja kuukausittain	1	4
yht.	22	100

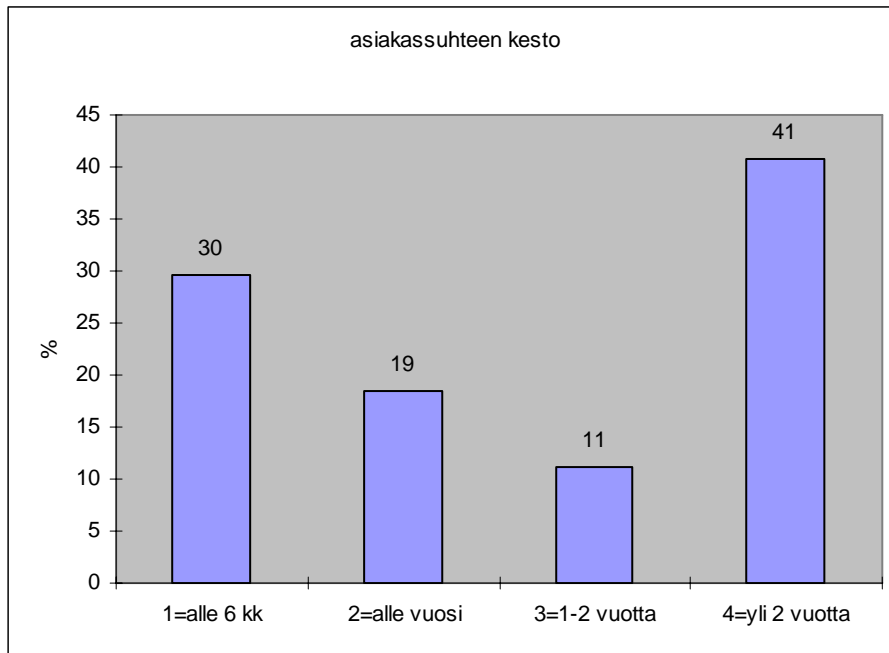


Kuvio 6. Vastaajien pähteiden käyttö hoidon aikana (tulokset prosentteina)

41 % vastaajista (f=12) oli ollut Kankaanpään A-klinikan asiakkaana yli 2 vuotta. 30 % (f=7) asiakassuhde oli kestänyt alle 6 kk:ta. Alle vuoden asiakkaina olleita oli 19 % (f=5) ja 1-2 vuotta asiakkaina olleita oli 11 % (f=3). (Taulukko 5. ja kuvio 7.)

Taulukko 5. Vastaajien ilmoittama asiakassuhteen kesto

Asiakassuhteen kesto		
	lkm	%
alle 6 kk	7	30
alle vuosi	5	19
1-2 vuotta	3	11
yli 2 vuotta	12	41
yht.	27	100



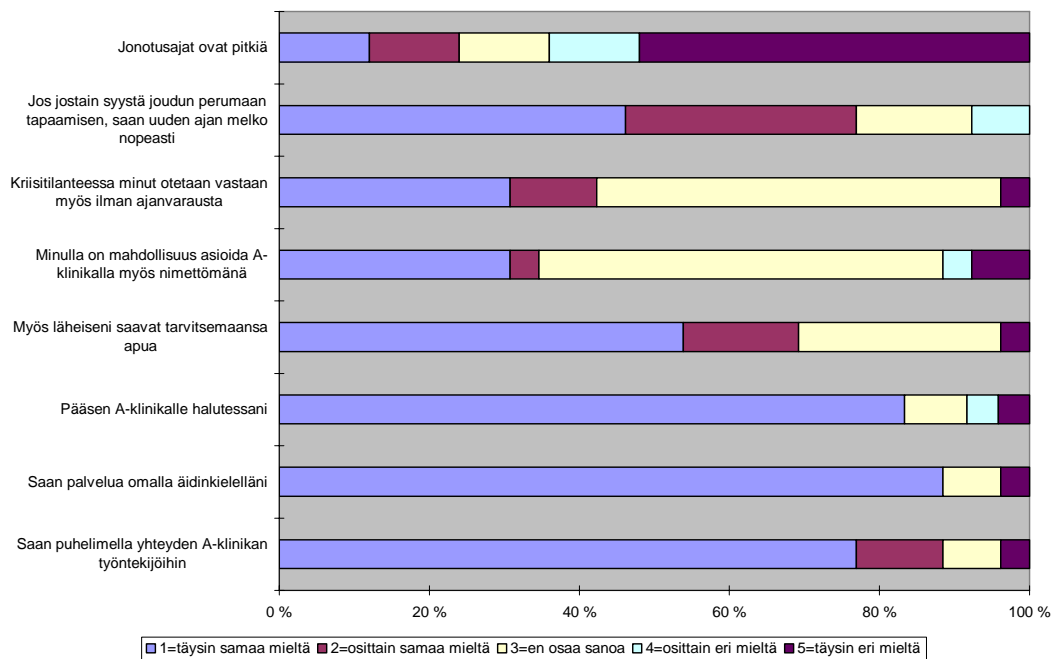
Kuvio 7. Vastaajien ilmoittama asiakassuhteen kesto (tulokset prosentteina)

## 7.2 Asiakkaiden mielipiteet hoidon saatavuudesta

Kysymyksen 6 tarkoituksena oli kartoittaa asiakkaiden mielipiteitä hoidon saatavuudesta. Kankaanpään A-klinikalle pääsee halutessaan 91 % (f=23) mielestä, vain kaksi vastannutta (8 %) oli asiasta eri mieltä. 69 % (f=18) asiakkaista oli sitä mieltä, että myös läheiset saavat tarvitsemaansa apua. 27 % (f=7) vastasi edelliseen väittämään ”en osaa sanoa” ja yksi vastaajista (4 %) oli täysin eri mieltä siitä, että myös läheiset saavat tarvitsemaansa apua. Jonotusaikoja ei pitänyt pitkinä 64 % (f=16). 24 % (f=6) mielestä jonotusajat ovat liian pitkiä. 12 % (f=3) vastasi ”en osaa sanoa” väittämään jonotusaikojen liiallisesta pituudesta. Siihen, otetaanko kriisitilanteessa vastaan ilman ajanvarausta, vastasi suurin osa, 54 % (f=14), asiakkaista ”en osaa sanoa”. 43 % (f=11) oli sitä mieltä, että kriisitilanteessa otetaan vastaan myös ilman ajanvarausta. 1 asiakas vastasi olevansa ”täysin eri mieltä” kyseiseen väittämään.

Väittämään nimettömänä asioimisen mahdollisuudesta vastasi 54 % (f=14) ”en osaa sanoa”. 35 % (f=8) oli sitä mieltä, että Kankaanpään A-klinikalla voi asioida myös nimettömänä. Kolme vastaajista oli asiasta eri mieltä. Valtaosan, 89 % (f=23), mielestä puhelimella sai yhteyden Kankaanpään A-klinikan työntekijöihin. 8 % (f=2)

vastasi ”en osaa sanoa” siihen, saako puhelimella yhteyden A-klinikan työntekijöihin ja yksi vastaajista oli asiasta täysin eri mieltä. 77 % (f=20) asiakkaista oli sitä mieltä, että uuden ajan saa peruuttaessa melko nopeasti. 15 % (f=4) vastasi ”en osaa sanoa” siihen, saako uuden ajan peruuttaessa nopeasti. Kaksi vastanneista oli väit-  
tämästä osittain eri mieltä. Palvelua sai omalla äidinkielellä valtaosan, 88 % (f=23), mielestä. Kaksi vastasi kyseiseen väittämään ”en osaa sanoa” ja yksi vastanneista oli täysin eri mieltä siitä, että palvelua saa omalla äidinkielellä. (Kuvio 8. ja taulukko 6.)



Kuvio 8. Vastaajien mielipiteet hoidon saatavuudesta (tulokset prosentteina)

Taulukko 6. Vastaajien mielipiteet hoidon saatavuudesta

Asenneväittämät	täysin samaa mieltä <b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	täysin eri mieltä <b>5</b>
Pääsen A-klinikalle halutessani.	83 %	8 %	0 %	4 %	4 %
Myös läheiseni saavat tarvitsemaansa apua.	54 %	15 %	27 %	0 %	4 %
Jonotusajat ovat pitkiä.	12 %	12 %	12 %	12 %	52 %
Kriisitilanteessa minut otetaan vastaan myös ilman ajanvarausta.	31 %	12 %	54 %	0 %	4 %
Saan puhelimella yhteyden A-klinikan työntekijöihin.	77 %	12 %	8 %	0 %	4 %
Jos jostain syystä joudun perumaan tapaamisen, saan uuden ajan melko nopeasti.	46 %	31 %	15 %	8 %	0 %
Saan palvelua omalla äidinkielelläni.	88 %	0 %	8 %	0 %	4 %
Minulla on mahdollisuus asioida A-klinikalla myös nimettömänä.	31 %	4 %	54 %	4 %	8 %

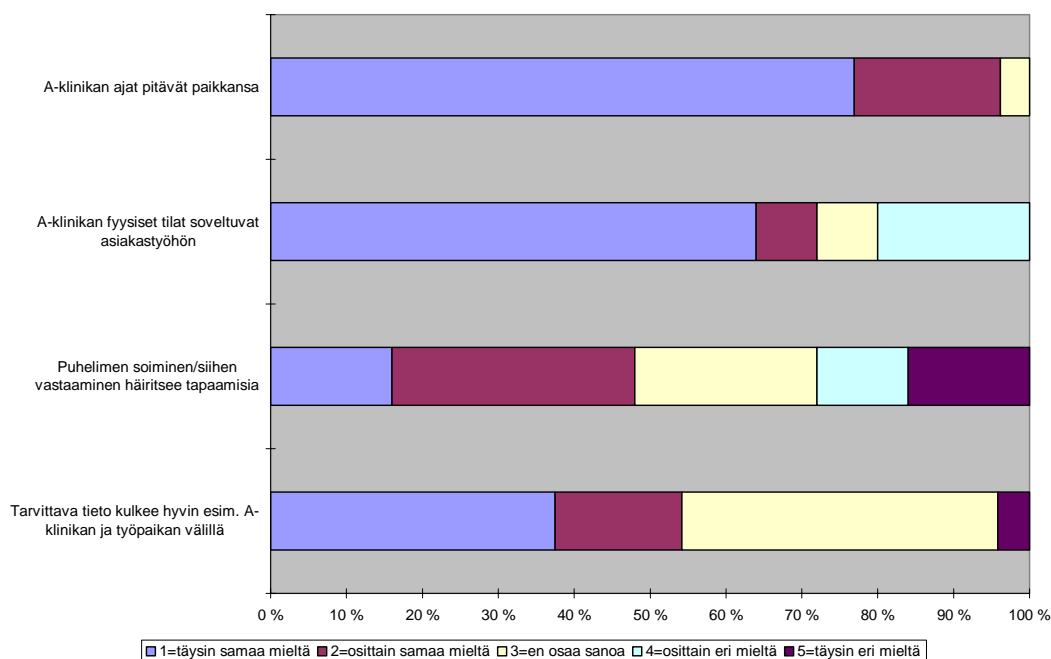
### 7.3 Asiakkaiden mielipiteet hoidon sujuvuudesta

Kysymyksellä numero 7 kartoitettiin asiakkaiden mielipiteitä hoidon sujuvuudesta. Kankaanpään A-klinikan ajat pitivät 96 % (f=25) mielestä paikkansa. 1 vastasi ”en osaa sanoa”. Yksikään vastanneista ei ollut sitä mieltä, että ajat eivät pitäisi paikkansa. 72 % (f=18) mielestä Kankaanpään A-klinikan fyysiset tilat soveltuvat asiakastyöhön. 20 % (f=5) oli osittain eri mieltä tilojen soveltuvuudesta asiakastyöhön. Kaksi vastasi kyseiseen väittämään ”en osaa sanoa”. Väittämään tarvittavan tiedon kulkemisesta Kankaanpään A-klinikan ja työpaikan välillä vastasi suurin osa, 42 % (f=10), asiakkaista ”en osaa sanoa”. 55 % (f=13) oli kuitenkin sitä mieltä, että tarvittava tieto kulkee hyvin. Yksi vastaajista oli asiasta täysin eri mieltä. Puhelimen soimisen/siihen vastaamisen koki häiritseväksi 48 % (f=12) asiakkaista, 24 % (f=6) ei osannut sanoa häiritseekö puhelimen soiminen tai siihen vastaaminen. 28 % (f=7) puhelimen soiminen tai siihen vastaaminen ei häirinnyt. (Taulukko 7. ja kuvio 9.)

Taulukko 7. Vastaajien mielipiteet hoidon sujuvuudesta

Asenneväittämät	täysin samaa mieltä 1	2	3	4	täysin eri mieltä 5
A-klinikan ajat pitävät paikkansa.	77 %	19 %	4 %	0 %	0 %
A-klinikan fyysiset tilat soveltuvat asiakastyöhön.	64 %	8 %	8 %	20 %	0 %
Tarvittava tieto kulkee hyvin esim. A-klinikan ja työpaikan välillä.	38 %	17 %	42 %	0 %	4 %
Puhelimen soimisen/siihen vastaaminen häiritsee tapaamisia.	16 %	32 %	24 %	12 %	16 %





Kuvio 9. Vastaajien mielipiteet hoidon sujuvuudesta (tulokset prosentteina)

#### 7.4 Asiakkaiden mielipiteet saamastaan kohtelusta

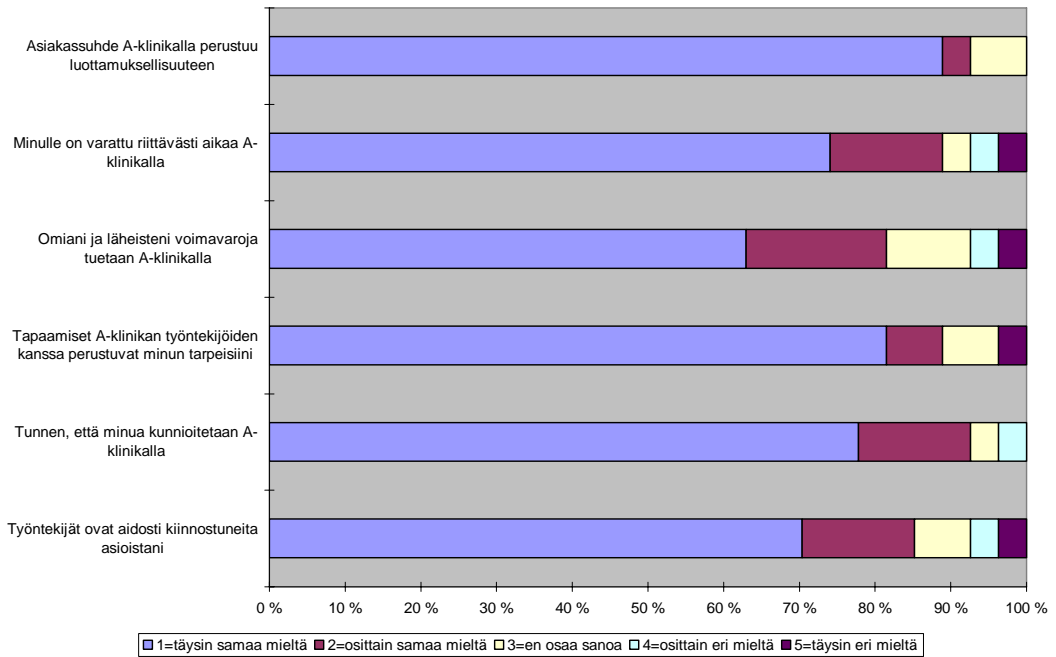
Väittämät kysymyksessä numero 8 koskivat asiakkaiden mielipiteitä saamastaan kohtelusta. Asiakassuhde perustui luottamuksellisuuteen 93 % (f=25) mielestä. 7 % (f=2) vastasi ”en osaa sanoa” väittämään asiakassuhteen luottamuksellisuudesta. Asiakkaista 93 % (f=25) tunsi, että heitä kunnioitetaan Kankaanpään A-klinikalla ja 85 % (f=23) vastasi, että heidän asioistaan ollaan aidosti kiinnostuneita. Yksi vastaajista oli osittain eri mieltä siitä, kunnioitetaanko häntä Kankaanpään A-klinikalla ja yksi vastasi ”en osaa sanoa” kyseiseen väittämään. 7 % (f=2) vastasi ”en osaa sanoa” väittämään ovatko Kankaanpään A-klinikan työntekijät aidosti kiinnostuneita heidän asioistaan. Saman verran oli asiasta eri mieltä. 85 % (f=23) oli sitä mieltä, että omia ja läheisten voimavaroja tuetaan Kankaanpään A-klinikalla. Kaksi vastasi kyseiseen väittämään ”en osaa sanoa” ja kaksi vastaajista oli asiasta eri mieltä.

Valtaosan, 88 % (f=24), mielestä heille oli varattu aikaa riittävästi Kankaanpään A-klinikalla. 1 vastasi väittämään ”en osaa sanoa” ja 8 % (f=2) oli sitä mieltä, ettei

heille ollut varattu riittävästi aikaa Kankaanpään A-klinikalla. 88 % (f=24) asiakkaista oli sitä mieltä, että tapaamiset perustuvat ensisijaisesti heidän tarpeisiinsa. 7 % (f=2) vastasi ”en osaa sanoa” siihen, perustuvatko tapaamiset ensisijaisesti heidän tarpeisiinsa. Yksi vastaajista oli asiasta täysin eri mieltä. (Taulukko 8. ja kuvio 10.)

Taulukko 8. Vastaajien mielipiteet saamastaan kohtelusta

Asenneväittämät	täysin samaa mieltä <b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	täysin eri mieltä <b>5</b>
Asiakassuhde A-klinikalla perustuu luottamuksellisuuteen.	89 %	4 %	7 %	0 %	0 %
Tunnen, että minua kunnioitetaan A-klinikalla.	78 %	15 %	4 %	4 %	0 %
Työntekijät ovat aidosti kiinnostuneita asioistani.	70 %	15 %	7 %	4 %	4 %
Omiani ja läheisteni voimavaroja tuetaan A-klinikalla.	63 %	22 %	7 %	4 %	4 %
Minulle on varattu riittävästi aikaa A-klinikalla.	74 %	15 %	4 %	4 %	4 %
Tapaamiset A-klinikan työntekijöiden kanssa perustuvat minun tarpeisiini.	81 %	7 %	7 %	0 %	4 %

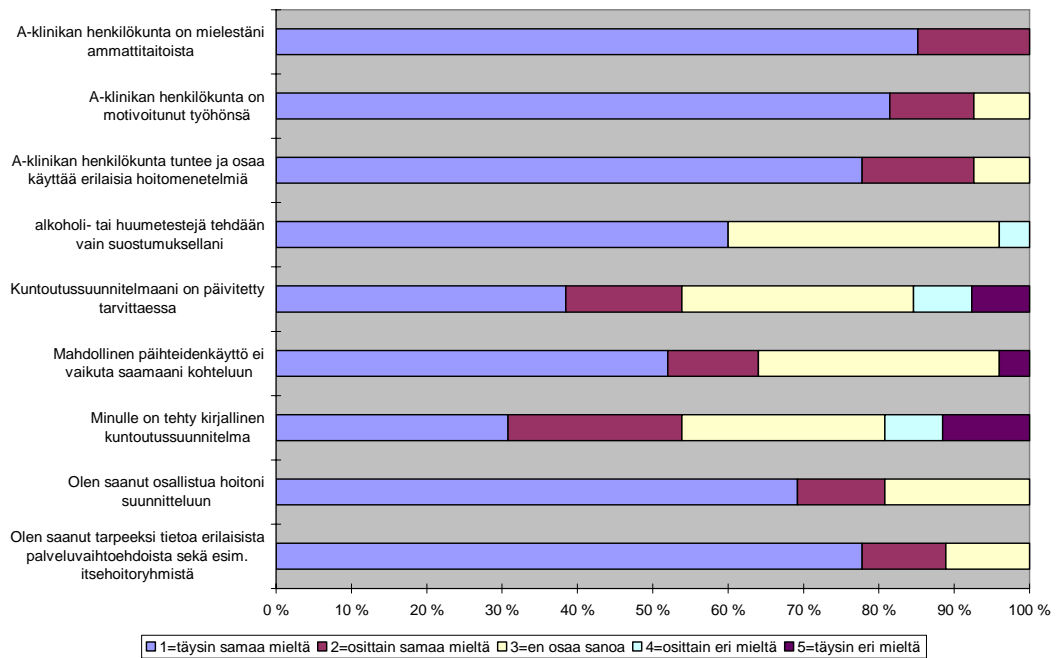


Kuvio 10. Vastaajien mielipiteet saamastaan kohtelusta (tulokset prosentteina)

## 7.5 Asiakkaiden mielipiteet Kankaanpään A-klinikan ammatillisesta laadusta

Kysymyksellä numero 9 kartoitettiin asiakkaiden mielipiteitä Kankaanpään A-klinikan ammatillisesta laadusta. Kaikki vastanneet, ( $f=27$ ), pitivät henkilökuntaa ammattitaitoisena ja 92 % ( $f=25$ ) työhönsä motivoituneena. Yksi vastanneista ei osannut sanoa, onko henkilökunta työhönsä motivoitunutta. Valtaosa asiakkaista, 93 % ( $f=25$ ), oli myös sitä mieltä, että henkilökunta tuntee erilaisia hoitomenetelmiä ja osaa käyttää niitä. 7 % ( $f=2$ ) vastasi ”en osaa sanoa” kyseiseen väittämään. Palveluvaihtoehtoista ja itsehoitoryhmistä oli saanut mielestään tarpeeksi tietoa 89 % ( $f=24$ ) asiakkaista. 11 % ( $f=3$ ) vastasi ”en osaa sanoa” väittämään siitä, onko hän saanut tarpeeksi tietoa palveluvaihtoehtoista ja itsehoitoryhmistä. 81 % ( $f=21$ ) oli sitä mieltä, että on saanut osallistua hoitonsa suunnitteluun. 19 % ( $f=5$ ) ei osannut sanoa mielipidettään kyseisestä väittämästä. 54 % ( $f=14$ ) oli sitä mieltä, että heille on tehty kirjallinen kuntoutussuunnitelma. 27 % ( $f=7$ ) vastasi kyseiseen väittämään ”en osaa sanoa”. Eri mieltä kirjallisen kuntoutussuunnitelman tekemisestä oli 20 % ( $f=5$ ).

53 % (f=14) oli sitä mieltä, että heidän kuntoutussuunnitelmaansa on päivitetty tarvittaessa. 31 % (f=8) vastasi kyseiseen väittämään ”en osaa sanoa”. 16 % (f=4) oli eri mieltä siitä, että heidän kuntoutussuunnitelmaansa olisi päivitetty tarvittaessa. Suurin osa asiakkaista, 64 % (f=16), oli sitä mieltä, että mahdollinen päihteidenkäyttö ei vaikuta Kankaanpään A-klinikalla saamaansa kohteluun. 32 % (f=8) vastasi kuitenkin kyseiseen väittämään ”en osaa sanoa” ja yksi vastaajista oli asiasta täysin eri mieltä. Valtaosa, 62 % (f=16), oli sitä mieltä, että alkoholi- tai huumetestejä tehdään vain asiakkaan suostumuksella. 35 % (f=9) vastasi tähän ”en osaa sanoa” ja yksi vastaajista oli osittain eri mieltä. (Kuvio 11. ja taulukko 9.)



Kuvio 11. Vastaajien mielipiteet Kankaanpään A-klinikan ammatillisesta laadusta (tulokset prosentteina)

Taulukko 9. Vastaajien mielipiteet Kankaanpään A-klinikan ammatillisesta laadusta

Asenneväittämät	täysin samaa mieltä <b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	täysin eri mieltä <b>5</b>
A-klinikan henkilökunta on mielestäni ammattitaitoista.	85 %	15 %	0 %	0 %	0 %
A-klinikan henkilökunta on motivoitunut työhönsä.	81 %	11 %	7 %	0 %	0 %
A-klinikan henkilökunta tuntee ja osaa käyttää erilaisia hoitomenetelmiä.	78 %	15 %	7 %	0 %	0 %
Olen saanut tarpeeksi tietoa erilaisista palveluvaihtoehtoista sekä esim. itsehoitoryhmistä.	78 %	11 %	11 %	0 %	0 %
Olen saanut osallistua hoitoni suunnitteluun.	69 %	12 %	19 %	0 %	0 %
Minulle on tehty kirjallinen kuntoutussuunnitelma.	31 %	23 %	27 %	8 %	12 %
Kuntoutussuunnitelmaani on päivitetty tarvittaessa.	38 %	15 %	31 %	8 %	8 %
Mahdollinen päihteidenkäyttö ei vaikuta saamaani hoitoon.	52 %	12 %	32 %	0 %	4 %
Alkoholi- tai huumetestejä tehdään vain suostumuksellani.	62 %	0 %	35 %	4 %	0 %

## 7.6 Asiakkaiden mielipiteet Kankaanpään A-klinikan toiminnan kehittämisestä

Kaikista vastaajista 52 % (f=14) vastasi avoimeen kysymykseen. Suurin osa avoimen kysymyksen vastauksista koski Kankaanpään A-klinikan henkilökuntaa ja heidän toimintaansa. Asiakkaiden mielestä henkilökunta on ammattitaitoista (3 mainintaa) ja ystävällistä (1 maininta), hoitosuhde koetaan luottamukselliseksi (1 maininta) ja asiakasta kohdellaan tasavertaisesti (1 maininta). Kaksi asiakasta oli myös kirjoittanut olevansa tyytyväinen siihen, että aikoja saa hyvin ja niitä voi sovitella. Myös Kankaanpään A-klinikan kahvia kehuistiin (1 maininta). Ainoatakaan negatiivista kommenttia ei avoimissa vastauksissa ollut, vain yksi asiakas oli vastannut, että toimitilat voisivat olla erilaiset.

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 8.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset opinnäytetyössä

Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on luotettavuus. Tutkimuksen aiheen, tutkimustavan ja tulosten eettisyys on tutkijan vastuulla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–33.) Päihdehuollon kehittämisestä on keskusteltu paljon ja siksi koin aiheen ajankohtaiseksi ja mielenkiintoiseksi. Eettisesti aiheen valintaa perustelen sillä, että Terveys 2015 – kansanterveysohjelman yhtenä tavoitteena on eriarvoisuuden väheneminen ja heikommassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja aseman paraneminen (Terveys 2015 – kansanterveysohjelma). Kuten jo aiemmin mainitsin, on päihdeasiakkailta muita enemmän vaikeuksia saada asianmukaista hoitoa sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (Alin & Matilainen 2006, 34). Edellisen lisäksi päihdehuollon asiakkaat ovat eriarvoisessa asemassa asuinkunnasta riippuen. Päihdehuollon palvelut pikkukunnassa eivät ole samalla tasolla isojen kaupunkien kanssa. Kuntien palvelurakenteen muuttuessa tulisi huolehtia kunnan päihdehuollon säilyttämisestä. Toivoisinkin, että Kankaanpään A-

kliniikka saisi opinnäytetyöni kautta kehitettyä toimintaansa ja sitä kautta vaikutettua myös kunnan päättäjiin.

Esitutkimuksella on huomattava rooli mittarin validiteetin arvioinnissa. Sen avulla tutkija voi varmistaa, että mittari on toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helposti käytettävä. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–207.) Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia eli se kuvaa sitä, kuinka tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Kyselyn reliabiliteettia voidaan parantaa esitestaamalla sitä sekä antamalla vastaajille hyvät ohjeet. Myös kohteesta johtuvat virhetekijät voidaan minimoida kuten kysymysten paljous, kysymysten ymmärrettävyys ja niiden järjestys. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 209–210.) Esitestasin kyselylomaketta kahdella entisellä Kankaanpään A-klinikan asiakkaalla. Esitestauksen jälkeen en tehnyt kyselylomakkeeseen muutoksia.

Asiakkaat saivat kyselylomakkeet henkilökohtaisesti Kankaanpään A-klinikan työntekijöiltä. Tämä viestittää heille, että tutkimukseen osallistuminen on merkityksellistä. Vastaajat motivoituvat, kun he kokevat tutkimuksen tärkeäksi (Krause ym. 1996, 108). Kyselylomake mahdollistaa tilastollisesti luotettavan mittauksen ja laajan tutkimusaineiston keruun. Tulosten luotettavuutta heikentää kuitenkin se, että ei voida olla varmoja siitä, ovatko vastaajat suhtautuneet kyselyyn tarpeeksi vakavasti sekä miten huolellisesti ja rehellisesti he ovat vastanneet kysymyksiin. Myös väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi ym. 2000, 214.) Vastaaminen kotona olisi voinut olla rehellisempää, sillä on todettu, että asiakkaat ovat arkoja arvioimaan omaa hoitoaan peläten varsinkin kielteisten mielipiteiden vaikuttavan haitallisesti hoitosuhteeseen jatkossa. (Pelkonen ym. 1993, 157.) Luotettavuutta olen yrittänyt parantaa antamalla asiakkaille mahdollisuuden laittaa vastatut kyselylomakkeet suljettuihin kirjekuoriin.

Tutkimuksessa on aina varjeltava ja kunnioitettava tutkimukseen osallistujia ja taatava heille ehdoton anonymiteetti. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta korostin kyselylomakkeiden saatekirjeessä (Liite 6). Tutkimukseen osallistuville tulee korostaa anonymiteetin lisäksi sitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä kieltäytyminen ei vaikuta heidän hoitoonsa. Eettisesti on tärkeää, että

tutkimuksen tekijä raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti, mutta säilyttäen tutkimuksen sisältöä koskevien tietojen salassapitovelvollisuuden ja vaitiolovelvollisuuden. (Hirsjärvi ym. 2000, 26–27.) Syötin kaikki vastaukset analyysiohjelmaan niin kuin vastaajat olivat lomakkeisiin kirjoittaneet. Tulokset raportoin avoimesti ja rehellisesti. Vältin tekemästä johtopäätöksiä liian pienistä vastaajamääristä, etteivät tulokset olisi harhaanjohtavia.

Puutteellisesti täytettyjä lomakkeita oli muutama. Joko vastaamatta oli jätetty epähuomiossa, kiireessä tai ei ollut haluttu vastata tiettyihin kysymyksiin. Voi myös olla, että aina ei löytynyt sopivaa vastausvaihtoehtoa. ”En osaa sanoa” vastauksia tuli myös melko paljon. Joko vastaajilla ei ollut asiasta mielipidettä tai he eivät kokeneet sitä tärkeänä. Voi myös olla, että osa väittämistä sisälsi vaikeasti ymmärrettäviä asiakokonaisuuksia. Moni oli jättänyt vastaamatta avoimeen kysymykseen. Joko vastaajilla ei ollut mielipidettä kysytystä asiasta tai he eivät viitsineet vastata avoimeen kysymykseen esimerkiksi kiireen vuoksi. Puuttuvat vastaukset heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimustulosten vertailu tai yleistäminen muihin A-klinikoihin ei ole mahdollista, koska tutkimus tehtiin kyselylomakkeineen juuri Kankaanpään A-klinikalle huomioiden sen toiminnan luonne. Kankaanpään A-klinikalla kyselytutkimuksen voisi tulevaisuudessa suorittaa uudelleen ja verrata saatuja tuloksia nyt julkaistuihin. (Paunonen ym. 1997, 209.)

## 8.2 Tutkimustulosten pohdinta ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli kartoittaa Kankaanpään A-klinikan asiakkaiden mielipiteitä saamastaan hoidon laadusta. Tutkimuksen tavoitteena oli, että Kankaanpään A-klinikan henkilökunta saa tietoa asiakkaiden tyytyväisyydestä hoidon laatuun ja voi tätä kautta kehittää Kankaanpään A-klinikan toimintaa asiakkaiden toivomaan suuntaan. Tutkimuksen avulla saatiin vastaukset molempiin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimusotoksen pienuuden (n=27) vuoksi täytyy tutkimustuloksiin suhtautua varoen. Myös puuttuvat vastaukset heikentävät tutkimuksen luotettavuutta. Vastaamatta jättämiseen voi syynä olla kiire, huolimattomuus tai halu olla vastaamatta tiettyihin



väittämiin. Asiakkaat voivat myös kokea vastaamisen hyödyttömäksi. Yksi vastaajista oli varmaankin epähuomiossa jättänyt vastaamatta sekä kysymyksiin 6 että 7. Voutilaisen (2005, 37) tekemät johtopäätökset tutkimuksessaan hoitotyön laadusta ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa tukevat omaa käsitystäni siitä, että asiakkaat näkevät henkilökunnan työskentelevän ahkerasti ja ovat siksi haluttomia arvioimaan kriittisesti hoitoaan. Toisaalta asiakkaat voivat myös pitää ulkopuolista tutkijaa epäluotettavana, eivätkä siksi halua kertoa kokemuksiaan.

Tein väittämistä tarkoituksella sekä positiivisia että negatiivisia. Muutamista vastauksista sai sellaisen vaikutelman, ettei kaikkia väittämiä oltu jaksettu lukea, vaan oli ympyröity vaihtoehto, jonka oletettiin olevan Kankaanpään A-klinikan hoidon laadun kannalta paras. Toisaalta ”en osaa sanoa” vastauksia tuli myös paljon. Taustatietoja tiedusteltiin Kankaanpään A-klinikan työntekijöiden toivomuksesta kyselylomakkeen alussa kysymyksillä 1-5. Taustatiedot tulostettiin, mutta ristiintaulukointia tai korrelaatiokertoimien laskemista ei tehty tutkimusotoksen pienuuden vuoksi. Näillä menetelmillä olisi saatu mielenkiintoista tietoa siitä, vaikuttavatko taustatiedot jotenkin asiakkaiden mielipiteisiin. Näin pienellä näytteellä (n=27), vastaukset eivät olisi olleet luotettavia.

Koska Kankaanpään A-klinikalla ei ole omaa laatukäsikirjaa, kehitettiin kyselylomake käyttämällä apuna päihdehuollon laatusuosituksia sekä Ihmisläheinen hoitomittaria. Vastausten analysointivaiheessa selvisi, että kyselylomake sisälsi väittämiä aiheista, jotka eivät ole tuttuja Kankaanpään A-klinikan asiakkaille. Esimerkiksi väittämät kuntoutussuunnitelman tekemisestä ja sen päivittämisestä eivät ole ajankohtaisia Kankaanpään A-klinikan asiakkaille. Opinnäytetyön tekijä toivoi, että Kankaanpään A-klinikan työntekijät olisivat ottaneet enemmän kantaa kyselylomakkeeseen sen valmisteluvaiheessa. Näin olisi välttytty kyselylomakkeen epäolennaisilta väittämiltä.

Vastauksista ilmeni, että asiakkaat ovat tyytyväisiä Kankaanpään A-klinikan hoidon saatavuuteen. Asiakkaista 91 % (f=23) oli sitä mieltä, että Kankaanpään A-klinikalle pääsee halutessaan, vastanneista vain kaksi oli asiasta eri mieltä. 69 % (f=18) asiakkaista koki, että myös heidän läheisensä saavat tarvitsemaansa apua. Huomioitavaa on kuitenkin, että väittämään ”Myös läheiseni saavat tarvitsemaansa apua” oli 27

%:a vastannut, että ”en osaa sanoa”. Päihdeongelmaisen läheiset eivät välttämättä osaa aktiivisesti hakea tarvitsemaansa apua. Toisaalta kaikilla päihdeongelmaisen läheisillä ei ole tarvetta tai halua hakea apua (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007). Jonotusaikoja ei pitänyt pitkinä valtaosa, 64 % (f=16), asiakkaista. 24 % (f=6) mielestä jonotusajat ovat liian pitkiä. Asiakkaiden mielipiteet jonotusaikojen pituudesta yllätti Kankaanpään A-klinikan työntekijät, sillä Kankaanpään A-klinikalle saattaa olla kuukauden tai parinkin jono (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007). Siihen, otetaanko kriisitilanteessa vastaan ilman ajanvarausta, vastasi suurin osa asiakkaista, 53 % (f=14) ”en osaa sanoa”. Tästä voi päätellä, ettei kyseisillä asiakkailla ole välttämättä ollut tarvetta kriisiapuun. 43 % (f=11) oli kuitenkin sitä mieltä, että kriisitilanteessa vastaanotolle pääsee myös ilman ajanvarausta.

Väittämään nimettömänä asioimisen mahdollisuudesta vastasi 54 % (f=14) asiakkaista ”en osaa sanoa” ja 12 % (f=3) oli väittämästä eri mieltä. Kankaanpään A-klinikan asiakkailla ei välttämättä ole tietoa siitä, että heillä olisi mahdollisuus asioida myös nimettömänä, eikä varmaan ole tarvettakaan siihen. Valtaosan, 89 % (f=23), mielestä puhelimella sai yhteyden Kankaanpään A-klinikan työntekijöihin. 77 % (f=20) asiakkaista oli sitä mieltä, että uuden ajan sai peruuttaessa melko nopeasti. 15 % (f=4) vastasi ”en osaa sanoa” kyseiseen väittämään. Tällöin he eivät mahdollisesti ole koskaan joutuneet perumaan aikojaan eivätkä siksi tiedä, olisiko uuden ajan saanut nopeasti. Palvelua sai omalla äidinkielellä valtaosan, 88 % (f=23), mielestä. Kaksi vastasi ”en osaa sanoa” ja yksi vastasi olevansa täysin eri mieltä siitä, saako palvelua omalla äidinkielellään. Joko he tosiaan ovat asiasta tätä mieltä tai sitten he eivät olleet lukeneet väittämää kunnolla.

Vastauksista voi päätellä, että myös hoidon sujuvuuteen Kankaanpään A-klinikalla asiakkaat olivat tyytyväisiä. Kankaanpään A-klinikan ajat pitivät valtaosan, 96 % (f=25), mielestä paikkansa. 72 % (f=18) asiakkaista oli sitä mieltä, että Kankaanpään A-klinikan fyysiset tilat soveltuvat asiakastyöhön. 20 % (f=5) oli osittain eri mieltä siitä, soveltuvatko tilat asiakastyöhön. Avoimissa kysymyksissä ainut esille tullut toiminnan parannusehdotus koskikin juuri toimitiloja ja niiden muuttamista. Väittämään tarvittavan tiedon kulkemisesta Kankaanpään A-klinikan ja työpaikan välillä vastasi suurin osa, 42 % (f=10), asiakkaista ”en osaa sanoa”. Luonnollinen selitys

tähän on, että vain pieni osa vastanneista asiakkaista, 11 % (f=3), oli työpaikan hoitoon ohjaamia. Ilman asiakkaan lupaa ei tietoa saisi siirtää suuntaan eikä toiseen. Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Terveystieteiden ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785). 55 % (f=13) oli kuitenkin sitä mieltä, että tarvittava tieto kulkee Kankaanpään A-klinikan ja työpaikan välillä. Mitään tietoa ei Kankaanpään A-klinikalta siirry eteenpäin ilman asiakkaan lupaa (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007).

Puhelimen soimisen tai siihen vastaamisen koki häiritseväksi 48 % (f=12) asiakkaista, 24 % (f=6) ei osannut sanoa häiritseekö puhelimen soiminen tai siihen vastaaminen. 28 % (f=7) puhelimen soiminen/siihen vastaaminen ei häirinnyt. Kankaanpään A-klinikan työntekijät olivat yllättyneitä vastauksista, koska he olettivat, että puhelinihminen häiritseisi asiakkaita enemmän. Heidän mukaansa se on paljon myös työntekijästä kiinni, häiritseekö puhelimen soiminen tai siihen vastaaminen asiakasta. (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007.) Huomioitavaa on, että 89 % (f=23) vastanneista oli sitä mieltä, että puhelimesta saa yhteyden A-klinikan työntekijöihin. Kankaanpään A-klinikan työntekijät ovat ilmeisesti kokeneet tärkeäksi sen, että asiakkaat saavat heihin yhteyden puhelimesta.

Asiakkaiden mielipiteet saamastaan kohtelusta olivat myös positiivisia Kankaanpään A-klinikan kannalta. Asiakassuhde perustui luottamuksellisuuteen 93 % (f=25) mielestä. Myös avoimissa vastauksissa tuli esille, että asiakkaat kokevat hoitosuhteen luottamukselliseksi. Valtaosa, 93 % (f=25), asiakkaista tunsivat, että heitä kunnioitetaan Kankaanpään A-klinikalla ja 85 % (f=25) oli sitä mieltä, että Kankaanpään A-klinikan työntekijät ovat heidän asioistaan aidosti kiinnostuneita. Yksi vastaajista oli osittain eri mieltä siitä, kunnioitetaanko häntä Kankaanpään A-klinikalla. Kaksi vastanneista oli sitä mieltä, että Kankaanpään A-klinikan työntekijät eivät ole aidosti kiinnostuneita heidän asioistaan.

85 % (f=13) asiakkaista oli sitä mieltä, että omia ja läheisten voimavaroja tuetaan Kankaanpään A-klinikalla. Kaksi vastaajista ei osannut sanoa tuetaanko omia ja lä-

heisten voimavaroja ja kaksi oli myös eri mieltä asiasta. Kuten jo edellä mainitsin, niin kaikkien päihdeongelmaisten läheiset eivät välttämättä halua tai tarvitse tukea. Toisaalta ”voimavarojen tukeminen” voi olla asiakkaille vaikea käsite, eikä sitä välttämättä ole ymmärretty oikein. (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007.) Valtaosan, 88 % (f=24), mielestä heille oli varattu riittävästi aikaa Kankaanpään A-klinikalla. Kaksi vastanneista oli sitä mieltä, että aikaa oli varattu liian vähän. 88 % (f=24) asiakkaista oli sitä mieltä, että tapaamiset perustuvat ensisijaisesti heidän tarpeisiinsa. Vain yksi vastanneista oli asiasta täysin eri mieltä.

Kankaanpään A-klinikan ammatilliseen laatuun asiakkaat olivat tyytyväisiä. Kaikki vastanneet (100 %) pitivät Kankaanpään A-klinikan henkilökuntaa ammattitaitoisena ja 92 % (f=25) työhönsä motivoituneena. Valtaosan, 93 % (f=25), mielestä Kankaanpään A-klinikan henkilökunta tuntee erilaisia hoitomenetelmiä ja osaa käyttää niitä. Kaksi vastanneista ei osannut sanoa, tunteeeko henkilökunta erilaisia hoitomenetelmiä ja osaako käyttää niitä. Jos asiakkailla ei ole tietoa erilaisista hoitomenetelmistä, eivät he myöskään osaa niitä vaatia. Palveluvaihtoehtoista ja itsehoitoryhmistä oli saanut mielestään tarpeeksi tietoa 89 % (f=24) asiakkaista.

81 % (f=21) oli saanut mielestään osallistua hoitonsa suunnitteluun, 19 % (f=5) vastasi kyseiseen väittämään, ettei osaa sanoa. Kukaan vastanneista ei ollut sitä mieltä, ettei olisi saanut osallistua hoitonsa suunnitteluun. Tämä tulos poikkeaa aikaisemmista tutkimuksista, sillä vuodeosastoilla, poliklinikoilla ja leikkausosastoilla hoidetut potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedon saantiin ja mahdollisuuksiinsa vaikuttaa omaan hoitoratkaisuihinsa. Potilaat hakevat yhä enemmän tietoa itsenäisesti erilaisista tietolähteistä ja haluavat ottaa osaa omaan hoitoratkaisuihinsa. (Kvist 2004, 20.) Kuntoutussuunnitelman tekoa, 27 % (f=7) ja sen päivittämistä, 31 % (f=8), koskeviin väittämiin asiakkaat vastasivat ”en osaa sanoa”. 20 % (f=5) asiakkaista oli eri mieltä siitä, että heille on tehty kirjallinen kuntoutussuunnitelma. Kirjallinen kuntoutussuunnitelma oli tehty 54 % (f=14) mielestä. 53 % (f=14) asiakkaista oli sitä mieltä, että heidän kuntoutussuunnitelmaansa on päivitetty tarvittaessa. 16 % (f=4) vastasi olevansa sitä mieltä, että kuntoutussuunnitelmaa ei ole päivitetty.

Kankaanpään A-klinikalla ei varsinaista kirjallista kuntoutussuunnitelmaa tehdä, koska asiakkaat pyritään näkemään tasavertaisina yksilöinä eli ihmisinä, joilla on

pulmia elämässään niin kuin meistä jokaisella. Kankaanpään A-klinikalla puhutaan mieluummin elämäntavoitteiden suunnitelmasta, jota kyllä päivitetään joka tapauksiskerralla. Sen sijaan asiakkaan kanssa tehdään Kankaanpään A-klinikalla hoitosopimus, johon voidaan asiakkaan omien tavoitteiden lisäksi kirjata työnantajan, lastensuojelun, koulun tai jonkin muun tahon tavoitteet. Kankaanpään A-klinikan työntekijät olivat positiivisesti yllättyneitä, että niinkin moni asiakkaista koki, että heille on tehty kirjallinen kuntoutussuunnitelma ja että sitä on päivitetty. (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007.)

Suurin osa asiakkaista, 64 % (f=16), oli sitä mieltä, että mahdollinen päihteidenkäyttö ei vaikuta Kankaanpään A-klinikalla saamaansa kohteluun. 32 % (f=8) vastasi kyseiseen väittämään ”en osaa sanoa” ja yksi vastaajista oli asiasta täysin eri mieltä. Kahdeksan vastanneen tietämättömyys siitä, vaikuttaako mahdollinen päihteidenkäyttö Kankaanpään A-klinikalta saamaansa kohteluun, voi johtua siitä, että he ovat olleet päihdehoidon aikana. Valtaosa asiakkaista, 62 % (f=16), oli sitä mieltä, että alkoholi- tai huumetestejä tehdään vain asiakkaan suostumuksella. 35 % (f=9) vastasi tähän ”en osaa sanoa” ja yksi vastasi olevansa ”osittain eri mieltä”. Aina ei siis välttämättä muisteta kysyä asiakkaan lupaa päihdetesteihin. Alkoholi- tai huumetestit saattavat myös kuulua työnantajan tai lastensuojelun kanssa tehtyihin sopimuksiin. Tällöin asiakas on kerran allekirjoittanut sopimuksen ja tämän jälkeen hänelle voidaan tehdä yllätystestejä, joihin ei erillistä lupaa tarvita. Asiakas voi halutessaan kieltäytyä näistä yllätystesteistä.

Makkosen (2006, 6) mukaan päihdeasiakkailta aivan kuten muillakin hoitotyön asiakkailta on tarve osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Varsinkin naisista suurimmalla osalla oli selkeä tai selkiytymässä oleva tarve osallistua oman elämänsä suunnitteluun, päihdeongelman hoitamiseen ja arjen ja tulevaisuuden muutokseen. Tämä lisää asiakkaan elämänhallinnan tunnetta. Ristiintaulukointia en tehnyt vertaillakseni naisten ja miesten vastauksia ja niissä mahdollisesti näkyviä eroja, koska kaikista vastanneista naisia oli vain kahdeksan eli alle puolet vastanneiden miesten lukumäärästä. Tällöin ristiintaulukoinnin tulokset eivät olisi olleet luotettavia. Myös Sosiaali- ja terveysministeriön oppaista (2003:3, 24.) käy ilmi, että laadunhallinnan kehittämiseksi annettu valtakunnallinen suositus korostaa asiakkaan osallistumista laadunhallintaan ja omaan hoitoonsa.

Päihdehuollon laatusuosituksista käy ilmi, että hoidossa tulisi noudattaa asiakkaan hoidon tarpeen arvioinnin pohjalta laadittua, tarpeen mukaan päivitettyä kirjallista hoitosuunnitelmaa, jonka laadintaan asiakas on itse osallistunut. Asiakkaan kanssa laadittua hoitosuunnitelmaa arvioidaan ja tarkistetaan tarvittaessa hoitajakson kuluessa ja sen päättyessä sekä sovitaan tarkoituksenmukaisista jatkohoito- ja tukitoimista. (STM:n oppaita 2002:3, 21.) Kankaanpään A-klinikalla ei kirjallisia hoito-/kuntoutussuunnitelmia tehdä. Sen sijaan asiakas allekirjoittaa hoitosopimuksen, joka sisältää hänen omien tavoitteidensa lisäksi mahdolliset työnantajan, lastensuojelun, koulun tai jonkin muun tahon tavoitteet. Elämäntavoitteiden suunnitelmaa käydään asiakkaan kanssa läpi joka tapaamiskerralla keskustelemalla siitä, millaisia muutoksia asiakkaan elämässä on tapahtunut viime tapaamisen jälkeen. Asiakkaan kanssa keskustellaan tasavertaisesti hänen toiveistaan ja haluistaan, joita lähdetään tavoittelemaan. (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007.)

Larrabeen ja Boldenin (2001, 58.) tutkimuksesta tulee esille, että potilastyytyväisyys on laajasti hyväksytty hoidon laadun mittari, mutta se ei yksinään anna luotettavaa kuvaa hoidon laadusta. Potilastyytyväisyys ja hoidon laatu eivät myöskään ole synonyymejä. Potilaat saattavat liioitella tyytyväisyyttä kyselyissä ja mittarit mittaavat usein ainoastaan potilaan tyytyväisyyden määrää, eikä sitä mihin potilas on tyytyväinen ja tyytymätön. Korkea tyytyväisyysaste ei myöskään aina kerro palveluista riittävästi. Tyytyväisyys voi johtua muun muassa siitä, että asiakkailla ei ole kokemuksia vastaavista palveluista. (Meronen & Pylkkänen 2005, 3038.) Osalla Kankaanpään A-klinikan asiakkaista on paljonkin kokemusta muista A-klinikoista ja vastaavista palveluista. Osa Kankaanpään A-klinikan asiakkaista tulee Kankaanpään A-kodilta, eli he eivät ole paikkakuntalaisia ja näin ollen yleensä käyttäneet myös muiden paikkakuntien päihdehuollon palveluita. Osa Kankaanpään A-klinikan asiakkaista on myös muilta paikkakunnilta muuttaneita, koska monet heistä ovat yrittäneet irrottautua päihteistä paikkakuntaa vaihtamalla. Voidaan siis olettaa, että Kankaanpään A-klinikan asiakkailla on kokemuksia myös muista vastaavista palveluista. (M. Frigård, henkilökohtainen tiedonanto 8.3.2007.)

Vaikea arvioida ovatko asiakkaat liioitelleet tässä kyselytutkimuksessa tyytyväisyytensä määrää vai ovatko he tosiaan tulosten mukaista mieltä Kankaanpään A-

klinikan hoidon laadusta. Kyseessä voi olla myös ns. Tukholma-syndrooma. Asiakkaat saattavat pelätä negatiivisten vastausten vaikuttavan heidän saamaansa kohteluun. Ihminen, joka on riippuvainen toisen avusta, on taipuvainen ilmaisemaan vain myönteiset kokemuksensa. Hän ei ilmaise kielteisiä kokemuksiaan, koska pelkää auttavan henkilön vetäytymistä tai avun loppumista. (Voutilainen 2005, 36.) Tutkimuksen luotettavuutta olen yrittänyt parantaa kirjekuorilla, joihin asiakkaat sulki vastauslomakkeensa. Toisaalta mikään ei anna syytä epäillä, etteivätkö asiakkaat todella olisi tyytyväisiä Kankaanpään A-klinikan hoidon laatuun.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta mielenkiintoista olisi jatkossa tutkia, mitä asiakkaat ajattelevat hoidon laadusta muutaman vuoden kuluttua ja vertailla ovatko mielipiteet mahdollisesti muuttuneet ja miten. Samalla selviäisi, ovatko Kankaanpään A-klinikan työntekijät onnistuneet kehittämään hoidon laatua asiakkaiden toivomaan suuntaan. Toisaalta Kankaanpään A-klinikan asiakaskunta muuttuu muutamassa vuodessa melkein täysin, joten jatkotutkimus ei kertoisi muuttuneista mielipiteistä paljoakaan. Myös tutkimus, jossa kartoitettaisiin Kankaanpään A-klinikan työntekijöiden mielipiteitä hoidon laadusta, olisi mielenkiintoinen. Saatuja tuloksia voitaisiin verrata Kankaanpään A-klinikan asiakkaiden mielipiteisiin, koska Kvistin ym. (2004, 20) tutkimuksestaan tekemät johtopäätökset tukevat käsitystä, että potilaat ja henkilöstö arvioivat hoidon laadun erilaiseksi.

Hoidon laatua tulisi arvioida säännöllisesti, jotta siitä olisi vastaavaa hyötyä. Asiakastytyväisyyskyselyjen lisäksi myös Kankaanpään A-klinikan henkilökunnan itsearviointi antaisi kuvaa Kankaanpään A-klinikan hoidon laadusta. Tämä myös motivoisi Kankaanpään A-klinikan henkilökuntaa kehittämään omaa työtään. Valmiita laadunhallinnan malleja ja kriteeristöjä on paljon, itsearviointiin voisi käyttää siihen tarkoitettua ITE-menetelmää (Kuurila 2004, 10). Jatkossa Kankaanpään A-klinikan kannattaisi panostaa omaan laatukäsikirjaan, josta kävisi myös ilmi, millä keinoin ja miten usein laadun toteutumista seurataan. Laatukäsikirjan voisi toteuttaa opinnäytetyönä.

## LÄHTEET

Achte, K. 1997. Potilaan huono kohtelu on hoitovirhe. Suomen Lääkärilehti. 52 (33):3867-3967.

A-klinikkasäätiö. 2006. Hoitopalvelut. Mistä apua päihde- ja riippuvuusongelmiin [Viitattu 27.9.2006]. Saatavissa:  
[http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/mista\\_apua.html](http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/mista_apua.html)

A-klinikkasäätiö. 2006. Hoitopalvelut. Asiakkaana A-klinikkatoimessa. [Viitattu 27.9.2006]. Saatavissa:  
[http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a\\_klinikkatoiminta/index.html](http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a_klinikkatoiminta/index.html)

Alin, S. & Matilainen, L. 2006. Selviämishoitoasemalla päihtynyt nähdään todellisen avun tarvitsijana. Sairaanhoitaja 79 (3), 34–36.

Hannus, T. 2006. Suomen Lääkäriliitto: Päihdeongelmien hoito haastaa kunta- ja palvelurakenneuudistuksen toimivuuden. Suomen Lääkärilehti 32, 3144.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Holmberg, J. 2005. Riippuvuusongelmat voivat hyvin arvotyhjiössä. Terveystoimittaja 7, 20–22.

Huumausainelaki 17.12.1993/1289.

Inkinen, M., Partanen, A. & Sutinen, T. 2000. Päihdehoitotyö. Helsinki. Tammi.

Kankaanpään A-klinikka. 2006. [Viitattu 29.9.2006]. Saatavissa:  
<http://www.a-koti.com/klinikka.html>

Kankaanpään kaupungin päihdestrategia. [Viitattu 2.3.2007]. Saatavissa:  
[http://neuvoa-antavat.stakes.fi/tietokannat/strategiat/strat\\_kuvaus.asp?id=205](http://neuvoa-antavat.stakes.fi/tietokannat/strategiat/strat_kuvaus.asp?id=205)

Kaukonen, O. 2000. Päihdepalvelut jakautuneessa hyvinvointivaltiossa. Stakes, tutkimuksia 107. Helsinki. Gummerus Oy.

Koski-Jännes, A. & Hänninen, V. (toim.) 2004. Läheiseni on päihdeongelmainen. Helsinki. Kirjapaja.

Krause, K & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Kuurila, E. 2004. Hoidon laatu perusterveydenhuollossa. Kyselytutkimus Ihmisläheinen hoito mittarilla. Pro Gradu tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu, potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Kuopion yliopiston julkaisuja. E: Yhteiskuntatieteet. No 111.



Kvist, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Kinnunen, J. 2006. Hoidon laatu ja siihen yhteydessä olevat tekijät. *Hoitotiede* 18 (3), 107-119.

Kylmänen, P. 2004. Päähteet lasten ja nuorten hoitotyössä. *Sairaanhoitaja* 77 (1), 19-22.

Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. 15.7.2005/566.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (voimassa 1.7.2007 alkaen) 9.2.2007/159

Lastensuojelulaki. 5.8.1983/683.

Larrabee, J. & Bolden, L. 2001. Defining patient-perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 16(1).

Lepistö, J., von der Pahlen, B. & Marttunen, M. 2006. Nuoren päihdehäiriöiden hoito. *Suomen Lääkärilehti* 21-22, 2331-2338.

Makkonen, T. 2006. Päihdepalvelut ja asiakkaan osallisuus. *Tiimi* 1/2006, 4-7.

Merasto, M. Eettisyyttä terveydenhuollon päätöksentekoon - koulutukseen yhteiset linjaukset. [Viitattu 21.2.2007]. Saatavissa: <http://www.tehy.fi/viestinta/tiedotteet/?x20983=10547>

Meronen, M-L. & Pylkkänen, K. 2005. Asiakastyytyväisyys mielenterveyspalveluissa - YTHS:n asiakastyytyväisyystutkimus. *Suomen Lääkärilehti* 60(30-32):3035-3039.

Mielenterveyslaki. 14.12.1990/1116.

Muurinen, S., Vaarama, M., Haapaniemi, H., Mukkila, S., Hertto, P. & Luoma, M-L. 2006. Vanhankotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus: Care Keys –projekti/Helsinki –tiimi. Tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. No2.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Helsinki. WSOY.

Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1993. *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Pellikka, H. 2002. Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä. Pro Gradu työ. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Oulu.

Peltovuoma, S., Varamäki, R. & Koponen, J. 2006. *Suomalaisten alkoholisenteet*. Terveyden edistämisen keskus ry.

Päihdehoitoyksiköiden laatuarviolomakkeet. [Viitattu 5.3.2007]. Saatavissa: <http://neuvoa-antavat.stakes.fi>

Päihdehuoltolaki. 17.1.1986/41.

Saarelainen, R., Stengård, E. & Vuori-Kemilä, A. 2003. Mielenterveys- ja päihde-työ. Helsinki. WSOY.

Suomen AA – Nimettömät Alkoholistit. [Viitattu 2.3.2007]. Saatavissa: <http://www.aa.fi/12a.html>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Alkoholiohjelma 2004–2007. Yhteistyön lähtökohdat 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:7. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2006. Kuntouttava lähihoito. Helsinki. Edita.

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. [Viitattu 7.3.2007]. Saatavissa: <http://www.terveys2015.fi>

Voutilainen, P. 2005. Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Sairaanhoitaja 78 (3), 36-38.

#### **JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET:**

Frigård, M. 2007. Vastaava työntekijä, Kankaanpään A-klinikka. Kankaanpää, Henkilökohtainen tiedonanto 08.03.2007.

## AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

## LIITE 1

Tekijä, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen aineisto	Tutkimuksen keskeiset tulokset
Muurinen, Vaarama, Haapaniemi, Mikkilä, Hertto & Luoma, 2006, Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kustannustehokkuus.	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida ikääntyneiden kotihoidon ja pitkäaikaisen laitoshoidon asiakkaiden elämänlaatua, hoidon laatua ja kohdentumistehokkuutta	Asiakkaan elämänlaatua selvitetessä käytettiin hänen kognitiivisen tasonsa mukaista mittaria. Asiakkaista kognitiivisesti normaalit ja lievästi dementoituneet haastateltiin, keskivaikeasti dementoituneet haastateltiin ja havainnoitiin käyttäen Cornell-testiä sekä Qualidia ja vaikeasti dementoituneet ainoastaan havainnoitiin. n=97	Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatua voidaan pitää mittausten perusteella keskinkertaisena. Tulosten perusteella helsinkiläiset vanhainkotiasiakkaat olivat varsin tyytyväisiä saamaansa apuun ja hoitoon vanhainkodissa. Asiakkaat ja omaiset toivoivat kuitenkin nykyistä enemmän asiakkaalle mahdollisuuksia ulkona liikkumiseen, harrastuksiin ja osallistumiseen
Kuurila, 2004, Hoidon laatu perusterveydenhuollossa.	Selvittää missä määrin ihmisläheisyys toteutuu potilaiden arvioimana perusterveydenhuollossa	Kyselytutkimus Ihmisläheinen hoito-mittarilla Noormarkun sairaalan, Kankaanpään Kttky:n sekä PKS:n potilaille	Ihmisläheinen hoito toteutui 80% tavoitetasolla tutkimuksessa annetuilla kriteereillä. Avointen ja strukturoitujen kysymysten vastaukset tukivat toisiaan.
Kvist, 2004, Hoidon laatu – potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia.	Kuvata hoidon laadun toteutumista potilaiden, hoitohenkilökunnan, lääkäreiden ja johtajien arvioimana taustatekijöittäin ja tunnistaa eri vastaajaryhmien arviointien yhtäläisyyksiä ja eroja.	Kyselytutkimus Kuopion yliopistollisen sairaalan sekä Varkauden ja Iisalmen aluesairaaloiden potilaille ja henkilökunnalle. n=2488	Yleisesti arvioituna hoidon laatu oli hyvää sekä potilaiden että henkilöstön arvioimana. Potilaiden ja eri henkilöstöryhmien välillä oli kuitenkin eroja hoidon laadun osa-alueiden ja osatekijöiden toteutumisessa.
Voutilainen, 2004, Hoitotyön laatu ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa.	Tutkimuksen tarkoituksena saada tietoa hoitotyön laadusta ikääntyneiden pitkäaikaisessa laitoshoidossa laadun rakenteellisten edellytysten, ammatillisen toiminnan ja hoitotyön tulosten näkökulmasta.	Omaisten mielipiteitä (n=474) kartoitettiin kyselytutkimuksella, joka analysoitiin tilastollisesti. Lisäksi koottiin potilasasiakirjoja (n=323) neljästä vanhainkodista ja käytettiin Senior monitor-laadun arviointimittaria analysointiin.	Omaiset arvioivat hoitotyön laadun hyväksi. Iäkkäimmät, matalan koulutustason omaavat ja harvoin osastolla käyvät olivat tyytyväisempiä. Omaiset olisivat halunneet osallistua enemmän hoitoon. Fyysiseen hoitoon osallistuttiin vähiten.

<p>Pellikka, 2002, Potilaiden käsityksiä hyvästä hoidosta yhteispäivystyksessä</p>	<p>Selvittää yhteispäivystyksessä hoidettujen potilaiden käsityksiä hoitoon liittyvistä toiminnoista ja hoitoprosessin etenemisestä</p>	<p>Kyselytutkimus Oulun seudun yhteispäivystyksessä hoidetuille aikuispotilaille. n=150</p>	<p>Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä hoitajien toimintaan. Potilaat kaipaivat enemmän tietoa hoitonsa etenemisestä sekä rohkaisua, kannustusta ja tukea osallistumiseensa omaan hoitoonsa. Tyytymättömyyttä aiheutti hoitopaikkaan pääsy ja hoidon aloituksen viivästyminen.</p>
<p>Larrabee &amp; Bolden 2001, Defining patient-perceived quality of nursing care.</p>	<p>Tunnistaa hoitotyön laadun ulottuvuudet potilaiden näkökulmasta ja kirjallisuudesta.</p>	<p>Haastattelu aikuisille sairaalapotilaille USA:ssa n=199</p>	<p>Aineistosta nousivat viisi hyvän hoidon teemaa: potilaan tarpeisiin vastaaminen, potilaan kohtelu miellyttävästi, potilaasta huolehtiminen, pätevä hoitaminen ja täsmällinen hoitaminen.</p>





Työn tekijä <i>Silja Pukaralammi</i>	Opiskelijanumero <i>0300846</i>	Vuosikurssi <i>HT03PTE</i>	Lukuvuosi <i>2006-2007</i>
Työn tekijä	Opiskelijanumero	Vuosikurssi	Lukuvuosi
Työn tekijä	Opiskelijanumero	Vuosikurssi	Lukuvuosi

Toimipiste  
*Samk, sosiaali- ja terveys, Porin yksikkö*

Työn ohjaaja ammattikorkeakoulussa  
*Anna Pohivaara*

Toimeksiantajan nimi ja yhteystiedot  
*Kankaanpään A-klinikka, 02-5781450, Tannerinkatu 7, 38700 KANKAANPÄÄ*

Toimeksiantajan yhteyshenkilö ja yhteystiedot  
*Marita Frigård, 044-5781450*

Opinnäytetyön nimi  
*Kankaanpään A-klinikan hoidon laatu asiakkaiden näkökul-  
masta*

Työn etenemisaikataulu  
*Valmistuu kevään 2007 aikana*

Jos opinnäytetyö tehdään kokonaan tai osittain työsuhteessa palkkaa vastaan, niin toimeksiantajan on laadittava asianmukainen kirjallinen työ sopimus ja työnantaja huolehtii lainmukaisista vakuutuksista, sillä ammattikorkeakoulun vakuutukset eivät kata työsuhteessa tehtävän opinnäytetyön tekijää.

Ammattikorkeakoululle syntyvien kustannusten peittämiseksi työhön liittyy/ei liity palvelumaksu. Projektin aiheuttamien kustannusten korvaamisesta tehdään erillinen sopimus.

Ammattikorkeakoulu vastaa työn seurannasta, työn riittävästä laatuasteesta sekä aikatauluista. Ammattikorkeakoulu ei ole taloudellisesti vastuussa työn tuloksista. Tätä sopimusta koskevat erimielisyydet pyritään ratkaisemaan ensisijaisesti neuvottelemalla osapuolten kesken. Mikäli asia ei päästä sopimukseen erimielisyydet ratkaistaan Porin käräjäoikeudessa.

Tätä sopimusta on laadittu *2* kappaletta, yksi kullekin osapuolelle.

Sopimuksen liitteenä on hyväksytty tutkimus-/projektisuunnitelma.

Päiväys

*6 / 11 .20 06*

Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus

*Matti Frigård*

Ammattikorkeakoulun edustajan allekirjoitus

*Pohivaara*

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

*Silja Pukaralammi*

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Satakunnan ammattikorkeakoulu

Silja Pukaralammi

KANKAANPÄÄN A-KLINIKAN HOIDON LAATU  
ASIAKKAIDEN NÄKÖKULMASTA  
TUTKIMUSSUUNNITELMA

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveydenhoitotyö

2007

## SISÄLLYS

1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	3
2 KESKEISET KÄSITTEET	3
2.1 A-klinikka	3
2.2 Kankaanpään A-klinikka	4
2.3 Päihdeasiakas	5
2.4 Hoidon laatu	5
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	6
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	7
4.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	7
4.2 Opinnäytetyön kohderyhmä ja sen valinta	8
4.3 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä	8
4.4 Opinnäytetyön aineistonkäsittely ja suunnitelma analyysistä	9
4.5 Luotettavuus ja eettiset kysymykset opinnäytetyössä	9
5 OPINNÄYTETYÖN AIKATAULU JA RAPORTOINTI	10
6 RAHOITUS TAI MUU TALOUDELLINEN TUKI	10
LÄHTEET	
LIITTEET	



## 1 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

Opinnäytetyöni aiheena on Kankaanpään A-klinikan hoidon laatu asiakkaiden näkökulmasta. Olen henkilökohtaisesti kiinnostunut päihdetyöstä ja olen työskennellyt loma-aikoina Kankaanpään A-kodilla, joka tekee yhteistyötä Kankaanpään A-klinikan kanssa. Otin yhteyttä Kankaanpään A-klinikalle opinnäytetyöni aiheen tiimoilta. He halusivat tutkittavan hoitonsa laatua ja sen mahdollista parantamista. Koska Kankaanpään A-klinikalla ei ole omaa laatukäsikirjaa, käytän tutkimuksessani ohjenuorana Sosiaali- ja terveysministeriön ja Suomen Kuntaliiton yhteisiä päihdepalvelujen laatusuosituksia vuodelta 2002. Hoidon laatua on tutkittu paljon, suurin osa tutkimuksista on tehty sairaalaympäristössä. Asiakas on aina keskeinen hoidon laadun arvioija. Asiakkaan kokema laatu kertoo, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevansa. Asiakkaat painottavat laatua arvioidessaan sekä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta, samaansa kohtelua että ammatillista laatua. Nämä neljä keskeisintä hoidon laadun ominaisuutta ovat nousseet esille aikaisemmista tutkimuksista. Koska kyseessä on kyselytutkimus, johon asiakkaat vastaavat, rajaan hoidon laadun koskemaan omassa tutkimuksessani asiakkaiden mielipiteitä Kankaanpään A-klinikan palvelujen saatavuudesta, sujuvuudesta, asiakkaiden kohtelusta sekä ammatillisesta laadusta.

## 2 KESKEISET KÄSITTEET

### 2.1 A-klinikka

A-klinikat ja A-klinikkatoimen muut yksiköt (katkaisuhoitoasemat, nuorisoasemat, kuntoutumisyksiköt, hoitoyhteisöt jne.) ovat päihde- ja riippuvuusongelmissa auttavia hoitopaikkoja. Palvelut on tarkoitettu sekä ongelmista kärsiville että heidän läheisilleen. Suomessa on yli 70 A-klinikkaa, jotka valtaosin ovat kuntien ylläpitämiä, toistakymmentä klinikkaa ylläpitää A-klinikkasäätiö. Avohoitokäynnit A-klinikoilla ja nuorisoasemilla ovat asiakkaille yleensä maksuttomia, eikä niihin tarvita lähetettä.

Laitos- ja yhteisöhoidon maksuista asiakkaalla on aina omavastuuosuus, johon hän voi hakea kotikunnan maksusitoumuksen. (A-klinikkasäätiö, 2006.)

## 2.2 Kankaanpään A-klinikka

A-klinikka on auttava avohoitopaikka päihdeongelmissa sekä mm. peli- ja nettiriippuvuuksissa. Palvelut on tarkoitettu ongelmista kärsiville ja heidän läheisilleen. Hoitomuotoina A-klinikalla käytetään yksilö-, pari-, perhe-, puhelin- ja verkostoterapiaa, akupunktiota sekä tarpeen mukaan erilaisia teemaryhmiä. A-klinikalla ei ole lääkehoitoa vaan tarvittaessa lääkehoidot toteutuvat yhteistyössä terveyskeskuksen ja mielenterveystoimiston kanssa. Käynnit A-klinikalla ovat asiakkaalle maksuttomia eikä niihin tarvita lähetettä. Asiakasta pyritään auttamaan myös ilman ajanvarausta, mutta ajan varaamalla voi kuitenkin varmistaa riittävän keskusteluajan. Avoin päiväryhmä kokoontuu A-klinikan aukioloaikana.

A-klinikan muita palveluita ovat yhteistyö työnantajan ja työterveyshuollon kanssa työntekijän hoitoonohjaustilanteessa, EU-direktiivien mukainen rattijuopumusten seuranta, koulutus sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöille sekä työyhteisöjen päihdeyhdyshenkilöille, työnohjaus ja konsultaatio työyhteisöjen ongelmatilanteisiin, kehittämiseen ja koulutukseen sekä luennointi päihde- ja ihmissuhdeongelmista. Kankaanpään A-klinikalla keskeisiä lähestymistapoja ovat asiakaskeskeisyys, voimavara- ja onnistumiskeskeisyys, läpinäkyvyys sekä tulevaisuuteen suuntautuminen. Asiakas ja hänen läheisiään pyritään auttamaan kokonaisvaltaisesti moniammatillisen yhteistyön kautta. Kankaanpään A-klinikalla on tällä hetkellä kaksi työntekijää. Marita Frigård on koulutukseltaan mm. psykiatrinen erikoissairaanhoitaja sekä ratkaisukeskeinen työnohjaaja. Toinen työntekijä, Eveliina Järvenpää, on koulutukseltaan sairaanhoitaja. (Kankaanpään A-klinikka, 2006.)

Kankaanpään A-klinikan työntekijät halusivat kartoittaa omaa asiakaskuntaansa, joten laatimaani tutkimuslomakkeeseen on liitetty myös kysymyksiä koskien vastaajien ikää, sukupuolta, hoitoon ohjautumisen syytä, päihteiden käyttöä hoidon aikana sekä asiakassuhteen kestoa. Vaikka taustatekijöiden tiedustelemisessä pääpaino on A-klinikan työntekijöiden mielenkiinnossa asiakaskuntaansa kohtaan, aion analyysi-

vaiheessa tulostaa edellä mainitut taustatekijät linkittäen ne varsinaisiin tutkimuskysymyksiin.

### 2.3 Päihdeasiakas

Päihdeasiakkaat ovat usein moniongelmaisia. Päihderiippuvuus ilmenee niin fyysisinä, psyykkisinä kuin sosiaalisinakin haittoina. Päihteidenkäyttö näyttää liittyvän vahvasti myös syrjäytymiseen, elämän kriiseihin ja mielenterveysongelmiin. Masennus, ahdistus ja itsetuhoisuus ovat yleisiä. Tyypillisiä sosiaalisia ongelmia ovat perheongelmat, työttömyys ja taloudelliset vaikeudet. Päihdepotilailla on muita enemmän vaikeuksia saada asianmukaista hoitoa moniongelmaisuuksiensa sekä aggressiivisen tai poikkeavan käyttäytymisensä takia. Asiallinen ja tasa-arvoinen hoitosuhde on päihdepotilaan hoidossa tärkeää. Ammatillista työskentelyä ei ole saarnaaminen tai halveksiva suhtautuminen, vaan rehellinen puhuminen ilman moralisointia. (Alin & Matilainen 2006, 34-36.)

### 2.4 Hoidon laatu

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun voi määrittellä kyvyksi tunnistaa, määrittää ja täyttää asiakkaiden palvelujen tarve ammattitaitoisesti ja eettisesti kestäväällä tavalla, edullisin kustannuksin sekä lakien, asetusten ja määräysten mukaan. Laatuun kuuluu myös kyky kohdentaa voimavarat ensisijaisesti eniten tarvitseville. Laatua voidaan arvioida kolmesta eri näkökulmasta: asiakkaan kokemana, ammatillisesta näkökulmasta sekä johtamisen (palvelujärjestelmän) näkökulmista. Asiakas on aina keskeinen palvelujen laadun arvioija. Asiakkaan kokema laatu kertoo, tuottaako palvelu asiakkaalle sitä, mitä hän tuntee tarvitsevansa. Asiakkaat painottavat laatua arvioidessaan sekä palvelujen saatavuutta, sujuvuutta, saamaansa kohtelua että ammatillista laatua. (STM:n oppaita 2002:3, 23.)

Ammatillinen laatu kertoo, täyttääkö palvelu asiakkaan tai potilaan tarpeet ja onko tulos hyvä ammatillaisen näkökulman mukaan. Johtamisen laatu taas kertoo, toteute-

taanko palvelu sujuvasti ilman hukkakäyttöä ja virheitä, taloudellisesti sekä lakeja ja määräyksiä noudattaen. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ketjussa osallistujat painottavat laadussa eri asioita ja ovat vastuussa eri ulottuvuuksista toimintojen suunnittelussa ja laadunhallinnassa. Vaikka laatu on vaikea määritellä, on tärkeää sopia, mitä kyseisessä toiminnassa ja organisaatiossa tarkoitetaan sillä laadulla, jota tavoitellaan. Laatusuositukset ja –kriteerit ovat apuna laadun sisällön konkretisoinnissa ja täsmentämisessä ja ne ovat palvelujen laadun arvioinnin apuvälineitä sekä toimivat myös suunnittelun apuna. (STM:n oppaita 2002:3, 23.)

Sosiaali- ja terveydenhuollossa laadun käsite määritellään eri tavoin riippuen siitä, onko määrittelijänä asiakas, asiakkaan perhe, työntekijä vai yhteiskunta ja kuka tai mikä on määrittelyn kohde ja millä organisaatiossa se määritellään. Laatu voidaan käsittää niistä ominaisuuksista koostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja tavoitteet. Laadun on yksinkertaisesti todettu olevan sitä, että asiakas on saanut, mitä halusi. (Muurinen, Vaarama, Haapaniemi, Mikkilä, Hertto & Luoma 2006, 4.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan kehittämiseksi annettu valtakunnallinen suositus korostaa: asiakkaan osallistumista laadunhallintaan ja omaan hoitoonsa, johdon tehtävää laadun luotsaajana, henkilöstöä hyvän laadun edellytyksenä, laadunhallinnan ulottamista myös ehkäisevään toimintaan, laatutyön perustamista prosessien hallintaan, tiedon merkitystä pyrittäessä parempaan laatuun sekä laatutyön tekemistä järjestelmälliseksi. (STM:n oppaita 2002:3, 24.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Kankaanpään A-klinikan asiakkaiden käsityksiä saamansa hoidon laadusta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla Kankaanpään A-klinikan hoitoa voidaan kehittää asiakkaiden tarpeita vastaaviksi ja laadullisiksi.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten asiakkaat kokevat hoidon laadun Kankaanpään A-klinikalla?
2. Millaisia kehittämissideoita asiakkailla on Kankaanpään A-klinikan hoidon parantamiseksi?

## 4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 4.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Valitsen opinnäytetyöhöni kvantitatiivisen eli määrällisen lähestymistavan, koska siinä pystytään helposti analysoimaan suuriakin vastausmääriä. Suunnittelemani kyselylomake sisältää myös kvalitatiivisia kysymyksiä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä piirteitä ovat käsitteiden määrittely ja aineiston keruu. Kerätty aineisto pyritään saattamaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon eli taulukoitua ja päätelmät tehdään tilastolliseen analysointiin perustuen. Saatuja tuloksia perustellaan numeroiden ja tilastollisten yhteyksien avulla ja niitä voidaan kuvata taulukoin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 131; Vilka 2005, 73, 90, 95.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että tutkimuksen tarkoituksen ilmaisee hyöty, joka tutkimuksella oletetaan saatavan. Tutkija voi myös miettiä tutkimuksen hyötyä käytännön hoitotyöhön. Sen merkitystä arvioidaan sillä, miten paljon asiakkaat tai hoitajat hyötyvät tutkimuksen tuottamasta tiedosta ja mihin se voidaan soveltaa. Tulokset voivat jopa muuttaa hoitotyön käytäntöä. Vaikka aikaisempia tutkimuksia ei löytyisikään tai ne olisi tehty eri näkökulmasta, on tutkijan syytä osoittaa se, mitä aiheesta jo tiedetään. Aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden tarkastelu toimii ideoiden lähteenä. (Krause & Kiikkala 1996, 56-57.)

## 4.2 Opinnäytetyön kohderyhmä ja sen valinta

Perusjoukoksi valitsen Kankaanpään A-klinikan asiakkaat. Otoksen koko ja valinta riippuu ajankohdasta, jolloin kyselytutkimus suoritetaan. Kyselyyn vastaamisaikaa on kuukausi. Kankaanpään A-klinikan työntekijät arvioivat siinä ajassa käyvän noin 40 asiakasta.

## 4.3 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä

Valitsen aineistonkeruumenetelmäksi kyselylomakkeen, jossa on sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselylomakkeen etu on se, että se mahdollistaa vastaajan jäävän tuntemattomaksi. Lisäksi kyselylomake mahdollistaa nopean vastaamisen, suurten ihmisryhmien tutkimisen sekä tilastollisen käsittelyn helppouden. Kyselytutkimuksessa myös aikataulu ja kustannukset pystytään arvioimaan tarkasti. Kyselytutkimuksen suurin haitta on vastaamattomuus, joka riippuu vastaajajoukosta ja tutkimuksen aihepiiristä. Muita haittoja ovat vastaajien välinpitämätön suhtautuminen tutkimukseen, annettujen vastausvaihtoehtojen väärinymmärrysten kontrollottomuus ja vastaajien huono perehtyneisyys kysytyyn alueeseen. Kyselylomakkeen tulee olla helposti täytettävä ja ulkoasultaan selkeä. (Heikkilä 2004, 48; Krause & Kiikkala 1996, 107–108; Vilka 2005, 73-74.)

Kyselylomakkeen alussa tiedustellaan vastaajien taustatietoja kuten ikä, sukupuoli, hoitoon ohjautumisen syy sekä asiakassuhteen kesto. Kysymyksellä numero kuusi pyritään kartoittamaan asiakkaiden mielipiteitä hoidon saatavuudesta. Seuraavassa kysymyksessä keskitytään hoidon sujuvuuteen. Kysymyksellä numero kahdeksan kartoitetaan asiakkaiden mielipiteitä saamastaan kohtelusta ja seuraava kysymys käsittelee ammatillista laatua. Avoimessa kysymyksessä nro 10 tiedustellaan asiakkaan mielipidettä siitä, mikä A-klinikan toiminnassa on ollut hyvää ja mikä huonoa sekä mahdollisia parannus ehdotuksia.

#### 4.4 Opinnäytetyön aineistonkäsittely ja suunnitelma analyysista

Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen pääasioita. Siihen on pyritty jo tutkimusta aloitettaessa. Analyysivaiheessa selviää, millaisia vastauksia ongelmiin on saatu tutkimuksen avulla. Yleisohjeen mukaan aineiston käsittely ja analysointi olisi hyvä aloittaa mahdollisimman pian keruun jälkeen, koska tällöin aineisto vielä inspiroi tekijää. (Hirsjärvi ym. 2005, 207-209.)

Aion käsitellä tutkimusaineiston strukturoidut kysymykset Microsoft Excel- taulukkolaskentaohjelmalla sekä Tixel-tilasto-ohjelmalla. Tutkimustulokset esitän prosentteina ja osan tuloksista frekvensseinä sekä kuvioina ja taulukkoina. Avoimet kysymykset käsitelen sisällön erittelyä käyttäen. Tällöin etsin vastauksista yhteneväisyyksiä ja ryhmittelen ne.

#### 4.5 Luotettavuus ja eettiset kysymykset opinnäytetyössä

Asiakkaat saavat kyselylomakkeet henkilökohtaisesti A-klinikan työntekijöiltä. Tämä viestittää heille, että tutkimukseen osallistuminen on merkityksellistä. Vastajat motivoituvat, kun he kokevat tutkimuksen tärkeäksi (Krause & Kiikkala 1996, 108). Kyselylomake mahdollistaa tilastollisesti luotettavan mittauksen ja laajan tutkimusaineiston keruun. Tulosten luotettavuutta heikentää kuitenkin se, että ei voida olla varmoja siitä, ovatko vastajat suhtautuneet kyselyyn tarpeeksi vakavasti sekä miten huolellisesti ja rehellisesti he ovat vastanneet kysymyksiin. Myöskin väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. (Hirsjärvi ym. 2005, 184.) Tutkimuksessa on aina varjeltava ja kunnioitettava tutkimukseen osallistujia ja taattava heille ehdoton anonymiteetti. Tutkimukseen osallistuvilla tulee korostaa anonymiteetin lisäksi sitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja siitä kieltäytyminen ei vaikuta heidän hoitoonsa. Eettisesti on tärkeää, että tutkimuksen tekijä raportoi tuloksensa avoimesti ja rehellisesti, mutta säilyttäen tutkimuksen sisältöä koskevien tietojen salassapitovelvollisuuden ja vaitiolovelvollisuuden. (Hirsjärvi ym. 2005, 26-27; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 31; Vilka 2005, 33.)

## 5. OPINNÄYTETYÖN AIKATAULU JA RAPORTOINTI

Aiheen valinnan jälkeen olen ollut yhteydessä yhteistyöorganisaatioon ja etsinyt tietoa aiheesta. Viitekehyksen luomisen aloitin elokuussa 2006. Teen sopimuksen opinnäytetyön tekemisestä ja anon tutkimusluvan. Kyselylomakkeeseen teen esitetauksen jälkeen tarvittavat muutokset. Tutkimusluvan anomisen jälkeen suoritan kyselytutkimuksen yhteistyöorganisaatiossa ja analysoin tulokset. Viimeistelen viitekehyksen, teen tutkimustuloksista yhteenvedon ja pohdinnan sekä raportoin tuloksista yhteistyöorganisaatiolle. Opinnäytetyöni toivon valmistuvan kevään 2007 aikana.

## 6. RAHOITUS TAI MUU TALOUDELLINEN TUKEA

Ei ulkopuolista tukea tai rahoitusta.



## LÄHTEET

A-klinikkasäätiö. 2006. Hoitopalvelut. Mistä apua päihde- ja riippuvuusongelmiin [online]. [Viitattu 27.9.2006]. Saatavissa: [http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/mista\\_apua.html](http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/mista_apua.html)

A-klinikkasäätiö. 2006. Hoitopalvelut. Asiakkaana A-klinikkatoimessa [online]. [Viitattu 27.9.2006]. Saatavissa: [http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a\\_klinikkatoiminta/index.html](http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut/a_klinikkatoiminta/index.html)

Alin, S. & Matilainen, L. 2006. Selviämishoitoasemalla päihtynyt nähdään todellisen avun tarvitsijana. *Sairaanhoitaja* 79 (3), 34-36.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Kankaanpään A-klinikka. 2006. [online]. [Viitattu 29.9.2006]. Saatavissa: <http://www.a-koti.com/klinikka.html>

Krause, K & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki. Kirjayhtymä Oy.

Muurinen, S., Vaarama, M., Haapaniemi, H., Mukkila, S., Hertto, P. & Luoma, M-L. 2006. Vanhainkotiasiakkaiden elämänlaatu, hoidon laatu ja hoidon kohdennustehokkuus: Care Keys –projekti/Helsinki –tiimi. Tutkimuksia. Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. No2.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY.

STM. 2002. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön op-paita. Työryhmämuistioita 3.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki. Tammi.

## Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto

## 1. Sukupuoli

- A) mies
- B) nainen

## 2. Ikä

- A) 15 vuotta tai alle
- B) 16–20 vuotta
- C) 21–30 vuotta
- D) 31–40 vuotta
- E) 41–50 vuotta
- F) 51–60 vuotta
- G) yli 60 vuotta

## 3. Hoitoon ohjautumisen syy

( voit ympyröidä useampia vaihtoehtoja)

- A) päihteet
  - 1) alkoholi
  - 2) huumeet
  - 3) lääkkeet
  - 4) sekakäyttö (jokin edellisten yhdistelmistä)
  - 5) liuottimet yms.

## B) muut

- 1) työnantajan hoitoonohjaus
- 2) lastensuojelun hoitoonohjaus
- 3) perhe-/parisuhdeongelmat
- 4) internetin liiallinen käyttö
- 5) runsas pelaaminen
- 6) rattijuopumus

## C) muu syy

Mikä? \_\_\_\_\_

## 4. Päihteiden käyttö hoidon aikana

(jos olette hoidossa päihteiden käytön vuoksi)

- A) ei lainkaan
- B) päivittäin
- C) viikoittain
- D) kuukausittain
- E) harvemmin
- F) vain yksittäisiä käyttökertoja

## 5. Asiakassuhteen kesto

- A) alle 6 kk
- B) alle vuosi
- C) 1-2 vuotta
- D) yli 2 vuotta

## 6. Mielenpiteenne hoidon saatavuudesta, ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
A. Pääsen A-klinikalle halutessani.	1	2	3	4	5
B. Myös läheiseni saavat tarvitsemaansa apua.	1	2	3	4	5
C. Jonotusajat ovat pitkiä.	1	2	3	4	5
D. Kriisitilanteessa minut otetaan vastaan ilman ajanvarausta.	1	2	3	4	5
E. Saan puhelimella yhteyden A-klinikan työntekijöihin.	1	2	3	4	5
F. Jos jostain syystä joudun perumaan tapaamisen, saan uuden ajan melko nopeasti.	1	2	3	4	5
G. Saan palvelua omalla äidinkielelläni.	1	2	3	4	5
H. Minulla on mahdollisuus asioida A-klinikalla myös nimettömänä.	1	2	3	4	5

## 7. Mielenpiteenne hoidon sujuvuudesta, ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
A. A-klinikan ajat pitävät paikkansa.	1	2	3	4	5
B. A-klinikan fyysiset tilat soveltuvat asiakastyöhön.	1	2	3	4	5
C. Tarvittava tieto kulkee hyvin esim. A-klinikan ja työpaikan välillä.	1	2	3	4	5
D. Puhelimen soiminen/siihen vastaaminen häiritsee tapaamisia.	1	2	3	4	5

## 8. Mielipiteenne saamastanne kohtelusta, ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
A. Asiakassuhde A-klinikalla perustuu luottamuksellisuuteen.	1	2	3	4	5
B. Tunnen, että minua kunnioitetaan A-klinikalla.	1	2	3	4	5
C. Työntekijät ovat aidosti kiinnostuneita asioistani.	1	2	3	4	5
D. Omiani ja läheisteni voimavaroja tuetaan A-klinikalla.	1	2	3	4	5
E. Minulle on varattu riittävästi aikaa A-klinikalla.	1	2	3	4	5
F. Tapaamiset A-klinikan työntekijöiden kanssa perustuvat minun tarpeisiini.	1	2	3	4	5

## 9. Mielipiteenne A-klinikan ammatillisesta laadusta, ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto

	täysin samaa mieltä	osittain samaa mieltä	en osaa sanoa	osittain eri mieltä	täysin eri mieltä
A. A-klinikan henkilökunta on mielestäni ammattitaitoista.	1	2	3	4	5
B. A-klinikan henkilökunta on motivoitunut työhönsä.	1	2	3	4	5
C. A-klinikan henkilökunta tuntee ja osaa käyttää erilaisia hoitomenetelmiä.	1	2	3	4	5
D. Olen saanut tarpeeksi tietoa erilaisista palveluvaihtoehdoista sekä esim. itsehoitoryhmistä.	1	2	3	4	5
E. Olen saanut osallistua hoitoni suunnitteluun.	1	2	3	4	5

F. Minulle on tehty kirjallinen kuntoutussuunnitelma.	1	2	3	4	5
G. Kuntoutussuunnitelmaani on päivitetty tarvittaessa.	1	2	3	4	5
H. Mahdollinen päihteidenkäyttö ei vaikuta saamaani kohteluun.	1	2	3	4	5
I. Alkoholi- tai huume- tai huumetestejä tehdään vain suostumuksellani.	1	2	3	4	5

10. Mikä A-klinikan toiminnassa on mielestäsi hyvää ja mikä huonoa? Millaisia toivomuksia tai ehdotuksia sinulla on A-klinikan toimintaa koskien?

---

---

---

---

---

---

---

Kiitos vastaamisesta ja osallistumisesta!

Hyvä Vastaaja!

LIITE 6

Teen opinnäytetyötäni yhdessä Kankaanpään A-klinikan kanssa. Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa A-klinikan asiakkaiden mielipiteitä hoidon laadusta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla Kankaanpään A-klinikan hoitoa voidaan kehittää asiakkaiden tarpeita vastaaviksi ja laadullisiksi.

Opinnäytetyö kuuluu osana Satakunnan ammattikorkeakoulun terveydenhoitotyön koulutusohjelmaa ja sen laajuus on 15 opintopistettä. Opinnäytetyöni ohjaajana toimii lehtori Anna Polvivaara.

Kankaanpään A-klinikan työntekijät jakavat kyselylomakkeet Teille asiakkaille. He myös keräävät kirjekuoriin suljetut, vastatut lomakkeet, jotka minä myöhemmin noudan A-klinikalta. Kaikki tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti. Tutkimustulokset raportoidaan siten, ettei kenenkään vastauksia ole mahdollista tunnistaa. Opinnäytetyöni ja Kankaanpään A-klinikan toiminnan kehittämisen kannalta on tärkeää, että mahdollisimman moni asiakas vastaa lomakkeen kysymyksiin.

Mahdollisiin kysymyksiin koskien opinnäytetyötäni tai tekemääni tutkimusta vastaan mielelläni. Parhaiten minut tavoittaa sähköpostilla osoitteesta [silja-maria.pukaralammi@samk.fi](mailto:silja-maria.pukaralammi@samk.fi).

Kiitos jo etukäteen vaivannäöstänne.

Ystävällisin terveisin,

Silja Pukaralammi