

PUHEEKSI OTTAMISEN TYÖVÄLINEEN
KEHITTÄMINEN HUUMEIDEN KÄYTTÄJIEN
TERVEYS- JA SOSIAALINEUVONNASSA

Hanni Hyvönen
Opinnäytetyö
Diak Etelä-Helsinki
Sosiaalialan koulutusohjelma
Päihteet ja syrjäytyminen
Sosionomi (YAMK)

TIIVISTELMÄ

Hyvönen, Hanni, Puheeksi ottamisen työvälineen kehittäminen huumeiden käyttäjien terveys- ja sosiaalineuvonnassa. Syksy 2013, 71 s., 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Sosiaalialan koulutusohjelma, Päähteet ja syrjäytyminen suuntautumisvaihtoehto, sosionomi (Ylempi AMK).

Opinnäytetyöni tavoitteena oli analysoida, kuinka uusi puheeksi ottamisen työväline toimii terveys- ja sosiaalineuvonnassa. Puheeksiottamisen työväline on sähköinen kyselylomake, jota käydään läpi vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Kyselylomake sisältää erilaisia osioita, joiden avulla pyritään kartoittamaan asiakkaan sen hetkistä elämän tilannetta. Kyselylomakkeen tarkoituksena on kerätä erilaisia taustatietoja asiakkaiden tilanteesta hyödyntäen niitä terveys- ja sosiaalineuvonnan kehittämiseen. Tiedon tarve ei ole ainoastaan työn kehittäminen, vaan tietoa tarvitaan nopeisiin interventioihin asiakkaiden keskuudessa, kun havaitaan erilaisia riskitekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaiden hyvinvointiin. Riskitilanteita voivat olla esimerkiksi uudet päähteet, joiden uskotaan aiheuttavan vakavia terveysriskejä asiakkaille heidän niitä käyttäessä.

Kyselylomaketta ovat kehittäneet A-klinikkasäätiön eri terveys- ja sosiaalineuvontapisteet valtakunnallisesti. Kehittämisprosessiin osallistui neljä eri toimipistettä, jotka toimivat prosessissa tasavertaisina kehittäjinä. Kehittämisprosessi on käytännöntyön kehittämistä, joka realistisella tasolla tutkii käytännöntyössä tapahtuvaa toimintaa ja sen toimivuutta sitä analysoiden sekä uusia kehittämisideoita etsien.

Kyselylomaketta on käytetty vaihtelevasti eri toimipisteissä. Sen käytettävyyttä ja toimivuutta haluttiin analysoida tarkemmin, jonka seurauksena tämä opinnäytetyö tehtiin. Kyselylomakkeen käytettävyyden ja toimivuuden tutkimiseen haastattelin neljää työntekijää eri toimintapisteissä. Haastattelu tapahtui teemahaastattelun menetelmin. Valmistin haastattelurungon ja kaikki haastattelutilanteet nauhoitettiin, purettiin sanasta sanaan ja analysoitiin.

Haastattelujen tulosten tiedon perusteella kyselylomakkeen eri osiot ovat käytettävyyden kannalta hyvin erilaisia. Vain terveysneuvonnan osiot toimivat asiakastilanteissa. Sosiaalineuvonnan osuus ei toteudu kyselylomakkeen avulla. Ja siihen haastateltavat halusivat nopeaa muutosta ja uutta kehittämisprosessia.

Saadut tulokset tulevat johtamaan uusiin kehittämistehtäviin työryhmän kanssa.

Asiasanat: puheeksi ottaminen, osallisuus, luottamus, vuorovaikutus, terveys- ja sosiaalineuvonta

ABSTRACT

Hyvönen, Hanni. Developing the “take on broach method” with drug users in health and social counseling. 71 p., 1 appendix. Language: Finnish. Autumn 2013.

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

Aim of this study was to analyze how this “take on broach method” works in health and social counseling. The tool for this method was an electronic questionnaire, which is used in interaction with the clients. The aim of the questionnaire is to find out the relevant information about clients life situation. The purpose of the questionnaire was to collect background information from the client in order to develop the service for health and social development counseling. This information is not needed only for the development of this method, but is more so required for the fast interactions with our clients when we detect a variety of risk factors that can affect their well-being. Risk situation can be e.g. new drug, which can cause serious health risks for the client.

This questionnaire was developed by A-Clinic Foundation's health and social counseling information desks. The development process was made by four different clinics, which worked in this with equal responsibilities. This practical work aims to study the real action and it' s effectiveness, helping to analyze and develop the new ideas.

The use of the questionnaire has been done in different way in different clinics. There was a need to study more closely the usability and the functionality of the questionnaire. In order to collect the information was made four interviews with employees in different clinics. The interviews were made with theme interview methods using the frame for the interviews. Interviews are based on interviews of four employees in four different locations. All interviews were recorded and analyzed.

The study indicates the usability of the different parts of the questionnaire is very different. Only the health counseling questionnaire part works in real life situations. Social counseling part does not work like it should. This was requested by the interviews as a major and urgent point of development

The results of this study will lead to new development projects with the work group.

Keywords: “take on broach method”, inclusion, trust, interaction, health and social counseling

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TERVEYS- JA SOSIAALINEUVONTA A-KLINIKKASÄÄTIÖSSÄ	9
2.1 Terveys- ja sosiaalineuvonta nykypäivänä	11
2.2 Terveys- ja sosiaalineuvonnan työmuotoja	13
2.2.1 Terveysneuvonta	13
2.2.2 Sosiaalineuvonta	14
2.2.3 Etsivä kenttätyö	14
2.2.4 Vertaistoiminta	15
3 TERVEYS- SOSIAALINEUVONNAN ASIAKKAATJA TYÖ- MENETELMÄT	16
3.1 Asiakkaat terveys- ja sosiaalineuvonnassa	16
3.2 Psykososiaalinen työ	18
3.2.1 Puheeksiottaminen	21
4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA LÄHTÖKOHDAT	27
5 KEHITTÄMISPROSESSIN TAUSTAA	30
6 KEHITTÄMINEN PROSESSINA	32
6.1 Kehittämisprosessi kaavio	35
6.2 Kehittämisprosessin eteneminen kaavion mukaisesti	36
7 KYSELYLOMAKE KEHITTÄMISTYÖN TULOKSENA	38
7.1 Kyselylomake käytännössä	40
7.1.1 Päihdekartta	41
7.1.2 Perusosio: pistäminen ja rokotukset/tutkimukset	42
7.1.3 Haittakartta	44
7.1.4 Sairaudet	44
8 KYSELYN TOIMIVUUDEN ARVIOINTI	45
8.1 Työntekijähaastattelujen toteuttaminen	48
8.2 Kokemuksia kyselylomakkeen käytöstä	52
8.3 Kokemuksia eri kyselylomakkeen osioista	56
8.4 Mielenpitoja kyselylomakkeesta työn vaikuttavuuden mittaajana	60
9 YHTEENVETO TULOKSISTA	62

10 KEHITTÄMISIDEOITA JA HAASTEITA	65
11 POHDINTA	67
LÄHTEET	69
LIITE 1: Teemahaastattelurunko	72

1 JOHDANTO

Terveys- ja sosiaalineuvonta aloitettiin Suomessa 1997, jolloin perustettiin ensimmäinen terveys- ja sosiaalineuvontapiste Helsinkiin. Työn tarkoituksena on ennaltaehkäistä erilaisia tartuntatauteja huumeita käyttävien asiakkaiden keskuudessa. Työ perustui puhtaiden huumeiden käyttövälineiden vaihtamiseen asiakkaiden keskuudessa ja heidän ohjauksensa puhtaiden käyttövälineiden käytössä. Terveys- ja sosiaalineuvontapisteen perustaminen tuli ajankohtaiseksi, kun uusien tartuntatautiin, kuten Hiv:n ja C-hepatiitin todettiin tarttuvan liikaisten, yhteisten käyttövälineiden välityksellä asiakkaasta toiseen.

Terveys- ja sosiaalineuvonnan tarkoitus ei ollut vain puhtaiden, huumeiden käyttövälineiden turvaaminen asiakkaille, vaan myös neuvontaa ja ohjausta erilaisiin terveys- ja sosiaalihuollon palveluihin. Usein asiakkaiden todettiin olevan vailla kontakteja palveluihin, jotka heille kuuluisivat. Kuulumattomuus johtui suurelta osin asiakkaiden haluttomuudesta ja kyvyttömyydestä hakeutua erilaisiin palveluihin. Haluttomuus hakeutua palveluihin johtui usein "narkomaaniksi" leimautumisen pelosta. Kyvyttömyys hakeutua palveluihin johtui usein tietämättömyydestä eri palveluista sekä kyvyttömyydestä hoitaa omia asioita päihtyneenä.

Terveys- ja sosiaalineuvonta on vuorovaikutuksellista työtä asiakkaiden kanssa sekä heidän luottamuksensa saavuttamista. Luottamussuhteiden synnyttyä asiakkaille tuotettava terveys- ja sosiaalineuvonta mahdollistuu. Nykyaikana terveys- ja sosiaalineuvonta on vakiinnuttanut asemansa yhtenä päihdehuollon työmuotona. Työ kehittyy koko ajan ja sitä kautta halutaan entistä enemmän tuoda asiakkaiden näkökulmaa esille palveluiden kehittämisessä ja arvioida toimivatko jo olemassa olevat palvelut asiakkaiden hyvinvoinnin edistäjänä.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tarkastella käytännön työn kautta uutta työmenetelmää, joka on otettu käyttöön osassa A-klinikkasäätiön terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä. Kyseessä on kyselylomake, puheeksiottamisen työväline, jonka avulla on tarkoitus todentaa terveys- ja sosiaalineuvonnan toteutuminen eri asiakkaiden kanssa työskennellessä. Tarkoituksena on myös selvit-

tää, että soveltuuko uusi työmenetelmä sellaisen tiedon hankintaan asiakkaiden keskuudessa, mistä voisi olla hyötyä arjen työn kehittämiseen.

Erilaisten tietojen ja tilastojen kerääminen terveys- ja sosiaalineuvontatyössä on tarkoituksenmukaista. Palveluiden ostajat, yleensä kunnat, haluavat tiedot asiakasmääristä, asiakkaiden käynneistä ja heille vaihdetuista huumeiden käyttöön liittyvistä välineistä. Näiden tilastojen kautta kunnat päättävät ostopalvelu rahoituksen terveys- ja sosiaalineuvonnalle. Toiminta voi olla myös kunnan omaa palvelua, jolloin ostopalvelusopimuksia ei tehdä.

Erilaiset tilastot ovat tärkeitä työn näkyvyyden ja toimivuuden mittareina, mutta ne eivät anna koko kuvaa arjessa tehdystä terveys- ja sosiaalineuvonnasta. Asiakasrekisterin uudistamisen ja kehittämisen tausta-ajatuksena oli saada tietoa esiin enemmän työn sisällöistä. Tietoa haluttiin enemmän esiin sosiaalineuvonnassa tehtävistä toimenpiteistä. Sosiaalineuvonnan määritelmä terveys- ja sosiaalineuvonnassa on jäänyt taka-alalle johtuen terveydenhuollon konkreettista toimenpiteistä tuottaa lukuja. Näillä luvuilla tarkoitan esimerkiksi tehtyjen testien, verenpainemittausten ja haavahoitojen selkeästi mitattavaa, asiakasrekisteriin kirjattavaa määrää, joita sosiaalialan tehtävissä ei voida kirjata. Sosiaalialalla voidaan kirjata erilaisia kokonaisuuksia, kuten toimeentulotukea, lastensuojelua tai työllistämiseen liittyviä asioita, mutta ei niitä arjen pieniä sisältöjä, joita sosiaalineuvonta pitää sisällään.

Sosiaalineuvonnan kohdalla ei tällaisia konkreettisia toimenpiteitä ole, joten työn kuvaaminen on hankalampaa ja haastavampaa sen moniulotteisuuden vuoksi. Asiakasrekisterin osalta kehittämistyön tuloksena luotiin annettujen palveluiden listaus, jossa sosiaalineuvonnan ja terveysneuvonnan erilaiset annettavat palvelut ovat eriteltyinä omiksi terveysneuvonnan tai sosiaalineuvonnan palveluiksi. Asiakasrekisteriin luodun uuden työvälineen, kyselylomakkeen osista pyrittiin saamaan yksi tuottamaan tietoa asiakkaiden sosiaalisista tarpeista. Opinnäytetyöni ei keskity kuitenkaan vain sosiaalineuvonnan tietojen keruun mahdollisuuksiin, vaan tarkastelee kyselylomaketta kokonaisuutena. Yhtenä tehtävänä on tarkastella onko kyselylomakkeella mahdollisuuksia tuoda enem-

män esille sosiaalineuvonnan näkökulmaa asiakkaista vai onko sen fokus joku muu, kun sitä on käytännötyössä asiakkaiden kanssa vuorovaikutuksessa käytetty.

Haastattelin työntekijöitä A-klinikkasäätiön eri terveysterveys- ja sosiaalineuvontapisteistä saadakseni selville uuden työmenetelmän, kyselylomakkeen käytettävyyden ja tarkoituksenmukaisuuden selville. Opinnäytetyössäni tuon ensin esille A-klinikkasäätiön ja sen Suomeen tuoman terveysterveys- ja sosiaalineuvonnan. Sen jälkeen kerron itse arjen työstä ja siihen liittyvistä työmenetelmistä. Seuraavaksi kerron taustaa kyselylomakkeen kehittämisestä sekä sen kehittämisprosessista, joita seuraavat työntekijöiden haastattelujen analyysi ja tulkinta. Lopuksi on yhteenveto tuloksista kyselylomakkeen käytettävyydestä.

2 TERVEYS- JA SOSIAALINEUVONTA A-KLINIKKASÄÄTIÖSSÄ

1955 perustettu A-klinikkasäätiö on päihdetyön organisaatio, jonka toiminta perustuu päihde- ja erilaisten riippuvuusongelmien hoitoihin ja niiden kehittämiseen. Tarkoituksena on tuottaa monipuolisia hoitopalveluita erilaisten riippuvuusongelmien hoitoon sekä tuottaa laadullisia tutkimuksia hoitojen vaikuttavuudesta ja sen kautta kehittää erilaisia hoitomuotoja asiakaslähtöisesti. Hoito- ja kehittämistyössä otetaan huomioon kokonaisvaltaisesti myös asiakkaan läheiset ja asiakkaaseen liittyvät muut sosiaaliset verkostot. (Ahonen 2005, 57-61.)

Hoito- ja kehittämistyön avulla pyritään vaikuttamaan yhteiskunnalliseen päätöksentekoon ja tiedottamiseen riippuvuuksien vaikutuksista yksilö- perhe- ja yhteiskuntatasolla sekä luomaan ymmärrystä riippuvuuksista ja niiden hoidoista. Kaikki toiminta perustuu luottamuksellisiin hoitopalveluihin päihde- ja muista riippuvuusongelmista kärsiville. Rahoitus säätiön toiminnalle tulee suurimmaksi osaksi Raha-automaattiyhdistykseltä avustuksina sekä eri kuntien kanssa tehtyjen ostopalvelusopimusten kautta.

A-klinikkasäätiö on toimintansa kautta ollut myös suunnannäyttävä monelle asiakkaan tukemiseen liittyvillä innovatiivisilla hoitomuodoilla. Yksi näistä on terveys- ja sosiaalineuvonta. Terveys- ja sosiaalineuvonnan, suonensisäisesti huumeita käyttävien asiakkaiden, palvelupisteen perustaminen tuli ajankohtaiseksi 1990 luvulla. Silloin huomattiin, että suonensisäisesti huumeita käyttävien ihmisten keskuudessa uusien Hiv-tartuntojen ja C-hepatiittitartuntojen määrä lisääntyi hälyttävästi. Yhtenä syynä todettiin olevan yhteisten huumeiden käyttövälineiden käyttö. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansanterveyslaitos ja A-klinikkasäätiö kehittivät yhteistyössä tartuntatautiin ehkäisemiseksi, erityisesti suonensisäisesti huumeita käyttävien asiakkaiden keskuuteen palvelupisteen, josta oli mahdollista saada puhtaita huumeiden käyttövälineitä. (Perälä 2012, 15- 22.)

Terveysneuvontapalveluiden aloittaminen ei ollut helppoa suomalaisessa yhteiskunnassa, missä huumeiden käyttö on kriminalisoitua ja se koetaan uhkana

yhteiskunnalle ja sen jäsenille. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tartuntatautien ehkäiseminen kyseessä olevassa kohderyhmässä estäisi tartuntojen leviämisen myös valtakunnallisesti muussa väestössä. Yhteiskunnallisesti palvelun tuottamista perusteltiin myös rahallisesti laskettuna siten, että kuinka paljon yhden Hiv-positiivisen tai C-hepatiittiposiitivisen potilaan hoito maksaa yhteiskunnalle. Vaikka viidessätoista vuodessa asenteet toimintaa kohtaan ovat muuttuneet enemmän työtä ymmärtäväksi, joudutaan edelleen perustelevaan ja selvittämään työn vaikuttavuutta palveluiden ostajille, niiden tuottajille sekä vaikuttavuutta yhteiskunnallisella tasolla. (Perälä 2012, 22.)

Terveys- ja sosiaalineuvonta on aktiivisesti päihteitä käyttävien ihmisten matalankynnyksen kohtaustapa. Työ tunnetaan yleisesti neulojen ja ruiskujen vaihtopaikkana ja varsinaisen terveys- ja sosiaalineuvonnan kautta tehtävä työ jää julkisella tasolla usein tuntemattomaksi. Julkisella tasolla tarkoitan yleisesti yhteiskunnassa vallitsevaa käsitystä toiminnastamme ja sen tarkoituksesta. Terveysneuvontapisteet käsitetään olevan ruiskujen ja neulojen vaihtopiste ja vähemmälle huomiolle jää asiakkaiden kanssa tehtävä terveys- ja sosiaalineuvonta, jolla pyritään saamaan asiakkaat osalliseksi yhteiskuntaan ja tukemaan asiakkaiden yhteiskunnallista osallisuutta.

Vuosien varrella työ on profiloitunut terveysneuvonnaksi, vaikka alusta alkaen Suomessa on palveluissa haluttu tuoda esille asiakkaiden kokonaisvaltaista kohtaamista ja siihen myös olennaisesti liittyvää sosiaalineuvontaa. Terveysneuvontatyö on erittäin tärkeää tartuntatautien ehkäisyyn, opastukseen terveyteen liittyvistä asioista ja sitä kautta vaikuttamista erilaisten tartuntatautien leviämisen ehkäisemiseen, mikä on tärkeää yhteiskunnallisella tasolla tarkasteltuna. Tämä näkyy vähentyneinä tartuntatautien tartuntoina erilaisissa riskiryhmissä, kuten päihteiden käyttäjissä. Tästä yhteiskunnallisena hyötynä ovat olleet vähentyneet sairaanhoidon kustannukset sekä erilaisten tartuntatautien ehkäiseminen asiakasryhmässä, joka on vaikuttanut valtakunnallisesti koko väestöön. Yksilötasolla asiakkaiden keskuudessa hyödyt näkyvät eri tartuntatautien ehkäisynä, käyttäjien oman elämän hallinnan parantumisena sekä heidän osallistamisena omien asioiden vastuullisena toimijana.

Terveysneuvonnan rinnalla on aina kulkenut sosiaalineuvonta, jonka avulla asiakkaiden, ihmisten kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin on tehty työtä asiakkaiden kanssa luottamuksellisessa vuorovaikutuksessa. Sosiaalineuvonnan osuutta on kuitenkin vaikea saada konkreettisesti mitattavaan muotoon. Nyky-yhteiskunnassa halutaan usein palvelut mitattavaan ja sitä kautta rahallisesti arvioitavaan suoritemuotoon. Puhutaan palveluiden tuotteistamisesta, rahallisesta hinnasta eri palveluista, jotka määrittelevät ostettavia, ulkopuolisia palveluita ja omia tuotettavia palveluita kuntatasolla.

2.1 Terveys- ja sosiaalineuvonta nykypäivänä

Tarve tuottaa mitattavia lukuja, suoritteita, koettiin koskettavan myös sosiaali- ja terveysneuvontaa tekeviä yksiköitä. Vaikka sosiaali- ja terveysneuvonnan vaikuttavuutta on tutkittu ja todettu se toimivaksi, joutuvat eri yksiköt perustelemaan toimintaansa hyvinkin tarkasti rahoituksen saamiseksi. Tutkimuksia on tehnyt varsinkin nykyinen Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Sen viimeisin, vuonna 2008, tehty Poikkitieteellinen arviointitutkimus, on luettavissa osoitteessa: www.vinkki.info

Tutkimus toi esille myös sosiaalineuvonnan tärkeyden ja vaikuttavuuden asiakastyössä. Uusin tutkimus on Riikka Perälän etnografinen väitöskirja huumeongelman yhteiskunnallisesta hallinnasta 2000-luvun Suomessa. (Perälä 2012.) Tutkimuksessa todetaan, että terveys- ja sosiaalineuvontatoiminta on olennainen osa asiakkaiden jokapäiväistä elämää. Neuvonta on mahdollistanut asiakkaiden muiden palveluiden käytön ja itsenäisenä yhteiskunnan jäsenenä ja omana elämäänsä vaikuttajana toimimisen.

Asiakkuus terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä perustuu luottamukseen asiakkaiden ja henkilökunnan välillä. Luottamus syntyy vähitellen ja sitä kautta yhteisen vuorovaikutuksen mahdollisuus kasvaa. Terveys- ja sosiaalineuvontatyössä toimitaan asiakkaiden ehdoilla. Asiakkaat päättävät vuorovaikutuksen tason ja asiat, joista he haluavat puhua tai olla puhumatta. Puheeksi ottamisen työväli-

neitä ei ole suunnitelmallisesti kehitetty, vaan kuten edellä mainittujen tutkimuksien mukaan luottamus on syntynyt arjen työn kohtaamisissa ja tasavertaisissa vuorovaikutussuhteissa työntekijöiden ja asiakkaiden välillä.

Vuorovaikutustilanteet ovat asiakaslähtöisiä. Asiakas määrittelee puheeksi ottamisen tason. Terveys- ja sosiaalineuvonnassa on tärkeää saada luontevaa vuorovaikutusta asiakkaan kanssa arjen työn lyhyissä kontakteissa ilman, että asiakas ottaa asioita itse puheeksi. Terveys- ja sosiaalineuvonnan puheeksiottamisen kehittämiseen asiakkaiden kanssa haluttiin uusi työväline, joka mahdollistaa helpon, asiakasta arvostavan tavan keskustella asioista. Uuden työvälineen toivotaan antavan välineitä työntekijällä ottaa terveys- ja sosiaalineuvontaan liittyviä asioita esille yhdessä asiakkaan kanssa. Puheeksiottamisen sähköinen lomake, kyselylomake, luotiin A-klinikkasäätiön työntekijöistä koostuvassa työryhmässä asiakasrekisteriohjelmaamme, joka pitää sisällään perusasioita liittyen terveys- ja sosiaalineuvontaan.

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden toiminnan tavoitteena on päihteistä ja päihteiden käytöstä aiheutuvien haittojen ja tartuntatautien vähentäminen. Tavoitteena on lisäksi käyttäjien syrjäytymisen ja/tai syrjäytymiskiirteen ehkäiseminen matalan kynnyksen terveys- ja sosiaalineuvonnan keinoin. Toiminnassa on keskeistä kontaktin luominen ja sen ylläpitäminen päihteitä käyttäviin henkilöihin. Terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä asiointi tapahtuu anonyymisti nimimerkillä.

Toteutettavassa terveys- ja sosiaalineuvonnassa korostuvat päihteiden käyttöön liittyvän riskikäyttäytymisen ehkäisy ja haittojen vähentäminen sekä asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ja palveluihin ohjaaminen. Toiminnan tavoitteena on myös paikallisen ja alueellisen tiedon tuottaminen asiakkaiden tilanteesta ja palvelutarpeesta kiinteissä toimintapisteissä terveys- ja sosiaalineuvonnan, etsivän kenttätyön ja vertaistoiminnan keinoin.

2.2 Terveys- ja sosiaalineuvonnan työmuotoja

2.2.1 Terveysneuvonta

Terveysneuvonta perustuu huumeidenkäytöstä johtuvien haittojen minimointiin. Tarkoituksena on antaa asiakkaille asiallista ja oikeaa tietoa päihteiden käyttöön liittyvistä haitoista ja ehkäistä erilaisia riskitilanteita, jotka voivat vaikuttaa hänen hyvinvointiinsa. Terveysneuvontaan kuuluu informoida asiakkaita eri huumeiden vaikutuksista, niiden haitoista, käyttötavoista ja käyttöön liittyvistä riskeistä. Terveysneuvonta pyrkii kertomaan suonensisäisen huumeidenkäytön riskeistä ja opastamaan niihin mahdollisimman vähän haittoja tuottavan tavan toimia. Neuvonnan avulla ohjataan asiakkaita vähemmän haitalliseen päihteiden pistämiseen suoneen, jotta esimerkiksi erilaisia bakteeritulehduksia ja verisuonivaurioita ei tulisi. Vähemmän haitalliseen pistämiseen kuuluu pistospaikan kierrättäminen, ohjeistus välttää pistämisessä valtimoita ja alueita, joihin pistäminen on erityisen riskialtista, kuten kaulan alue ja nivustaipeet. Näillä alueilla on suuri riski saada verihyytymä, veritulppa, tai vakava tulehdus. Pistämiseen liittyvää ohjeistusta on myös hygieniaopastusta käyttövälineiden käsitteilyyn ja oman ihon puhdistamiseen ja sen kunnossapitoon. Olennaisena asiana opetetaan ja muistutetaan, että kaikkien käyttövälineiden on oltava omia ja ne ovat kertakäyttöisiä sekä niiden yhteiskäyttöä on vältettävä. Kaikki huumeiden käyttämiseen tarkoitetut välineet ovat yhteiskäytössä riski saada jokin tartuntatauti.

Asiakkaille neuvotaan kuinka erilaisilta tartuntataudeilta, kuten esimerkiksi Hiv:ltä, hepatiiteilta voidaan suojautua. Terveysteen liittyvää tukea ja neuvontaa antamalla tuetaan huumeiden käyttäjää huolehtimaan itsestään ja läheisistään. Asiakkaita opastetaan turvallisempaan seksiin ja heille annetaan kondomeja ja liukuvoiteita. Terveysneuvontaan kuuluu olennaisesti myös erilaiset testit asiakkaille sekä rokotukset. Testimahdollisuudet vaihtelevat paikkakunnittain, mutta lähes kaikissa pisteissä on mahdollisuus Hiv-pikatestiin sekä hepatiittitesteihin. Rokotuksista tartuntalain (2003/1383) mukaan asiakkaille kuuluvat rokotukset A- ja B-hepatiittia vastaan.

2.2.2 Sosiaalineuvonta

Huumeiden käytöstä johtuvia haittoja voidaan minimoida sosiaalineuvonnan avulla. Sosiaalineuvonnan tarkoituksena on huomioida asiakkaan kokonaisvaltainen elämäntilanne. Sosiaalineuvonnan avulla asiakkaan sen hetkinen tilanne kartoitetaan ja yhdessä selvitetään asiakkaalla olevat, hänen elämäänsä tukevat palvelut ja verkostot. Lisäksi selvitetään asiakkaan tarve hakeutua niiden lisäksi muiden palveluiden tai tuen piiriin hänen arjen tilannettaan tasapainottamaan.

Sosiaalineuvonnan avulla tuetaan asiakkaan arkipäiväistä selviytymistä ja pyritään tukemaan asiakkaan voimaantumista toimimaan itse oman hyvinvointinsa huolehtijana. Asiakasta tuetaan osallistumaan vastuulliseen, oman elämän hallintaan ja olemaan aktiivinen vaikuttaja ja osallinen oman arjen selviytymisprosesseissa. Sosiaalineuvonta ohjaa ja tukee asiakkaita asumiseen, työllistymiseen, opiskeluun, toimeentuloon, oikeusapuun, lastensuojeluun, arjen hallintaan, hoitopolkuihin ja kaikkeen elämän tilanteisiin liittyviin asioissa. Sosiaalineuvontaan kuuluu olennaisena osana asiakkaiden kanssa yhteistyössä tehtävä asiakastyö ja tukiverkostojen luominen asiakkaan elämänhallinnan tueksi.

2.2.3 Etsivä kenttätyö

Etsivän kenttätyön avulla pyritään tavoittamaan niitä asiakkaita, jotka eivät hakeudu kiinteiden terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden palveluihin. Tarkoituksena on tarjota palveluita päihteidenkäyttäjille heidän omilla sosiaalisissa verkostoissa sekä heidän asuinalueillaan. Etsivässä kenttätyössä terveys- ja sosiaalineuvonnan tarkoituksena on palveluiden lisäksi ohjata asiakkaita käyttämään heille kuuluvia terveys- ja sosiaalialan palveluita.

Tavoitteena etsivälle kenttätyölle on tavoittaa asiakkaat, jotka ovat erilaisten palvelujärjestelmien ulkopuolella. Jalkautumisen avulla mennään sinne missä asiakkaat ovat ja viedä palveluita paikan päälle. Työ sisältää terveys- ja sosiaalineuvontaa sekä joillakin paikkakunnilla myös huumeiden käyttöön liittyvien välineiden vaihtoa. Etsivä kenttätyö on jalkautumista niille alueille kaduilla, jois-

sa päihteidenkäyttäjien tiedetään oleilevan. Mahdollista on myös käydä heidän kotonaan tai jalkautua erilaisiin laitoksiin ja yhteisöihin, joista mahdollisia asiakkaita voisi tavoittaa. Tällaisia ovat esimerkiksi asuntolat, hoitopaikat ja kolmannen sektorin toiminnassa olevat päiväkeskukset. Kenttätyötä voivat tehdä sosiaali- ja terveysneuvontapisteiden työntekijät, vapaaehtoiset tai vertaistoimijat.

2.2.4 Vertaistoiminta

Vertaistoiminnan tavoitteena on kuten sosiaali- ja terveysneuvonnassa haittojen vähentäminen. Toiminnan tekijöinä ovat vertaiskoulutuksen saaneet sosiaali- ja terveysneuvontapisteiden asiakkaat. Koulutuksissa pyritään saamaan päihteitä käyttävä ihminen toimimaan vertaistoimijana omissa verkostoissaan. Koulutukset ja niiden sisällöt vaihtelevat eri terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä. Koulutukset pohjautuvat kansainvälisiin ohjelmiin, joissa on todettu, että päihteiden käyttäjien omalla aktiivisella osallistumisella ja osallistamisella on merkittävä rooli haittojen vähentämisessä käyttäjäkultuurissa. Lähtökohtana on, että ihminen itse voi toimia vastuullisesti ollessaan osallisena ja osallistujana. Vertaistoimijat myös tavoittavat omissa verkostoissaan niitä asiakkaita, joita ei erilaisten palveluiden parissa näy. Koulutuksien avulla heidän on mahdollista viedä verkostoihinsa oikeanlaista tietoa esimerkiksi tartuntataudeista, niiden ehkäisemisestä sekä madaltaa kynnystä hakeutua palveluiden pariin heidän omien onnistumisen kautta. He voivat saada aikaan käyttäytymismuutoksia muissa päihteiden käyttäjissä.

Vertaistoiminnan avulla voidaan luoda yhteys päihteiden käyttäjien ja terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden välille. Toiminnan avulla viedään tietoa asiakkaille ja vastavuoroisesti saadaan ajankohtaista tietoa erilaisista ilmiöistä, asioista ja tilanteista kentällä tapahtuvista asioista. Tämä mahdollistaa väylän reagoida ja vaikuttaa asioihin nopeasti yksilö- että yhteiskunnallisella tasolla. Yksilötasolla saadaan nopeasti tietoa kaikille asiakkaille mahdollisista heille haitallisista asioista. Yhteiskunnallinen taso on vaikuttamista valtakunnallisesti esimerkiksi tiedottamalla eri verkostojen kautta erilaisista haittavaikutuksista liittyen huumeiden käyttöön.

3 TERVEYS- JA SOSIAALINEUVONNAN ASIAKKAAT JA TYÖMENETELMÄT

3.1 Asiakkaat terveys- ja sosiaalineuvonnassa

Terveys- ja sosiaalineuvonnan asiakkaat ovat huumeiden käyttäjiä, marginaalissa olevia ja usein syrjäytyneitä. Marginaalissa oleminen ja siihen usein liittyvä termi syrjäytyminen on käsitteenä hyvin vaikea määritellä. Pitäisi määritellä myös ”normaalius”, minkä kautta peilataan jonkun olevan ulkopuolella, syrjäytynyt, marginaalissa. Normaalius edustaa valtaväestöä ja heidän tapansa elää, asua ja toimia tiettyjen normaaliksi määriteltujen raamien puitteissa. Syrjäytyneenä oleminen, reunalla oleminen, suhteessa normaalisuuteen, ei välttämättä ole ihmisen subjektiivinen kokemus syrjäytyneisyydestä, ulkopuolella olemisesta, verrattuna valtaväestöön. Syrjäytyneenä oleminen voi olla valtaväestön keskuudessa olemista, riippuen mistä näkökulmasta sitä yksilön kohdalla katsotaan. Voi olla mukana, mutta silti poissa, näkymätön. (Juhila, Forsberg & Roi-vainen 2002, 21 -23.)

Huumeiden käyttäjät koetaan yhteiskunnassa hyvin marginaaliseksi ryhmäksi. Valtaväestöllä on yleistäviä ajatuksia huumeiden käyttäjistä, jotka yleensä liittyvät muun muassa väkivaltaan, käyttäytymiseen, ulkonäköön, rikollisuuteen, ihmisen kykyyn selvitä yhteiskunnassa. Huumeiden käyttäjät itsekin mieltävät jollakin tasolla kuuluvansa yhteiskunnan ulkopuolella oleviin. Tämä vastavuoroisuus erilaisissa arkielämän kohtaamisissa, kuten erilaisissa palveluluissa ja niissä koetuissa asenteissa omaa itseään kohtaan näkyy huumeiden käyttäjien syrjäytymisenä ja erilaisina sosiaalisina ongelmina. (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Litsola & Salminen 2008, 21.)

Huumeiden käyttäjät tiedostavat asenteet ja tiedostavat niin sanotut normaalit, valtaväestön käyttäytymis- ja toimintamallit. Tästä johtuen monikaan heistä ei hakeudu julkisen sektorin palveluiden piiriin hakeakseen niitä palveluita, mitkä heille kuuluisivat, (Arponen ym. 2008, 22.) Palveluihin hakeutumisen esteenä voi olla leimautumisen pelko, palveluiden supistamisen pelko tai kokonaan pal-

veluista ulkoistamisen pelko, jos asiakkaan huumeiden käyttö tulee ilmi eri palveluissa.

Asenteet huumeita käyttäviin asiakkaisiin eri yhteiskunnan palveluissa perustuvat pitkälti valmiisiin mielikuviin asiakkaista ja oletuksista siitä, miten he kenties käyttäytyvät ja miten heitä pitäisi kohdella ja mitä he kenties palveluilta haluavat ja tarvitsevat, (Jokinen, Huttunen & Kulmala 2004, 23.) Se luo myös valmiita malleja tarjota tiettyjä palveluita niille ”tietyille asiakkaille” ja palveluiden tarpeet määritellään palveluiden tarjoajien taholta eikä asiakkaiden. Huumeiden käyttäjät yrittävät säilyttää kasvonsa siinä missä kaikki muutkin niin sanotusti valtaväestöön kuuluvat ja käyvät vastapuheeseen, ehkä korostaen elämässään olevia hyviä asioita jättäen todellisen tilanteensa kertomatta. He voivat myös kertoa olevansa niitä käyttäjiä, joilla huumeiden käyttö on hallinnassa ja heidän eivät kuulu niihin ”katukäyttäjiin”. (Jokinen ym. 2004, 29 -31.)

Usein huumeiden käyttäjille tarjotaan palveluita ottamatta huomioon ollenkaan heidän yksilöllisiä tarpeitaan. Heidät nähdään yhtenä kokonaisuutena, joille tarjotaan yhtä palvelua, mikä ei välttämättä kohtaa asiakkaan oikeita, omia, tarpeita. Määrittely ”tämän tyyppisten asiakkaiden tarpeista” on tehty jossakin muualla kuin käytännötyössä. (Perälä 2007, 261).

Usein palveluita hakiessaan huumeiden käyttäjät kokevat joutuvansa sitoutumaan esimerkiksi päihdeettömyyteen palveluita hakiessaan, (Perälä 2007, 265). Tavallisesti jo palveluiden tarjonta on huumeiden käyttäjille rajattua. Jos huumeiden käyttäjä haluaa vieroitushoitoon, ei hänelle ole osoittaa paikkaa heti ja jonkin tietyn huumausaineen käyttö saattaa olla rajoittava tekijä palveluiden tarjonnassa. Esimerkiksi jotkin kunnat ovat saattaneet ostaa opiaattiriippuvaisille ostopalveluna hoitopaikkoja vain yhdestä hoitolaitoksesta. Hoitopaikkaan saattaa olla useiden viikkojen jono, mutta vaihtoehtoista paikkaa ei ole tarjolla.

Yllämainitut seikat saattavat osaltaan vaikuttaa siihen, etteivät huumeiden käyttäjien todelliset palveluiden tarpeet tule ilmi ja he jäävät ilman tarvitsemiaan palveluita tai ne eivät vastaa heidän tarpeitaan. Nykyiset huumeiden käyttäjille

suunnatut terveys- ja sosiaalineuvontapisteet kulkevat asiakkaan rinnalla palveluihin hakeuduttaessa. Työntekijät ovat eräänlaisia puskureita asenteiden häilyttämisessä. Tarkoituksena on muuttaa asenteita eri palveluiden työntekijöiden ja asiakkaiden kesken yhteistyön helpottamiseksi sekä taata asiakkaan oman äänen kuuluvuus ja oikeiden palveluiden saanti.

Terveys- ja sosiaalineuvonnan asiakkaat edustavat kaikkia sosiaaliluokkia väestöstä. Terveys- ja sosiaalineuvonnassa ei kerätä asiakkaiden taustatietoja heidän koulutustasostaan, asumismuodosta, siviilisäädystä, työllisyystilanteesta eikä muista taustatiedoista, joiden perusteella voisi eritellä prosentuaalisesti esimerkiksi eri sosiaaliluokkiin tai ammattiryhmiin kuuluvia henkilöitä. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011 raportti antaa kuitenkin jonkinlaisen suuntaa antavan käsityksen huumeiden käyttäjien joistakin taustatiedoista. Sen keräämien päihdehoidossa olleiden asiakkaiden mukaan työttömien osuus oli 61 prosenttia asiakkaista. Loput 39 prosenttia asiakkaista olivat esimerkiksi työssäkäyviä tai opiskelijoita. 70 prosenttia asui omassa tai vuokra-asunnossa ja loput 30 prosenttia esimerkiksi erilaisissa asuntoloissa tai ystävien/vanhempien luona. (Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.)

Terveys- ja sosiaalineuvonnan ikäraja palveluihin on 18 vuotta ja vanhimmat asiakkaat ovat yli 70 vuotiaita. Asiakkaat, jotka ovat alaikäisiä ilmoittavat ikänsä vähintään 18 vuoden iän. Asiakkailta ei vaadita henkilöllisyystodistusten näyttöä, joten asiakkaan oman ilmoituksen mukainen ikä merkitään tilastoihin. A-klinikkasäätiön vuosiraportin 2012 mukaan sen tuottamien terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden asiakkaiden keski-ikä oli 25 -35 vuotta sekä naisia palveluissa oli noin 30 prosenttia ja miehiä noin 70 prosenttia. (A-klinikkasäätiö i.a.)

3. 2 Psykososiaalinen työ

Psykososiaalista työtä käytetään terveys- ja sosiaalineuvonnassa. Käsite on hyvin laaja, mutta käytännön tasolla se tarkoittaa erilaisten menetelmien yhdistämistä ja joustavaa soveltamista asiakastyössä. Asiakkaat ovat moniongelmai-

sia ja yhtä oikeaa tapaa toimia heidän kanssaan ei ole. Psykososiaalinen työote mahdollistaa asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen terveys- ja sosiaaliuuvonnan moniammatillisessa työryhmässä, johon kuuluu terveyden- ja sosiaaliuuvon ammattilaisia.

Psykososiaalinen työ pitää sisällään yhdistelmän erilaisia sosiaalityön teorioita ja menetelmiä sekä toimintatapoja. Psykososiaalinen työ voi sisällöltään vaihdella sen mukaan missä työssä, kontekstissa, psykososiaalista työtä tehdään. Yhteistä näille kaikille erilaisille yhdistelmille ja tulkinnoille psykososiaalisesta työstä on asiakkaan kokonaisvaltaisen kohtaaminen hänenä itsenään, hänen sosiaaliset suhteensa ja – verkostonsa huomioiden. Tämä tarkoittaa sitä, että perinteisen sosiaalityön lisäksi vuorovaikutussuhteessa on mukana terapeuttisia elementtejä. Työskentelyssä korostuu ymmärtäminen asiakkaan ja hänen verkostojensa syy-yhteyksistä ja asiakkaan omien voimavarojen käyttöön otto sekä mahdollisuus muuttaa hänen toimintatapojaan. (Weckroth 2007, 426, 429, 432.)

Psykososiaalista työtapaa käytetään työskennellessä huono-osaisten, marginaalissa olevien ja syrjäytyneiden asiakkaiden kanssa. Psykososiaalista työtä käytetään varsinkin vaativien moniongelmaisten asiakasryhmien kanssa kuten esimerkiksi päihdehuollossa. Työ on ihmisen kokonaisvaltaista kohtaamista ja hänen kanssaan työskentelyä kaikilla ihmisen elämään kuuluvilla osa-alueilla. Työssä korostuu asiakkaan vuorovaikutuksellinen kohtaaminen. Siinä huomioidaan asiakkaan muuttuvat yksilölliset tarpeet ja ongelmakohdat, joita voidaan korjata elämän tilanteen parantamiseksi. Vuorovaikutuksellisessa suhteessa otetaan huomioon kaikki asiakkaan sen hetkiseen tilanteeseen liittyvät seikat, niin ulkopuoliset; yhteiskunnan taholta tulevat kuin sisäiset; ihmisen sosiaalisiin verkostoihin ja ympäristöön liittyvät sekä hänen fyysinen hyvinvointinsa. Tarkoituksena on vahvistaa asiakkaan omien toimintatapojen muutoksia hänen tilanteensa korjaamiseksi lisäämällä hänen ymmärrystään omasta tilanteestaan ja vaikuttamisen mahdollisuuksista siihen. (Raunio 2010, 178 -181.)

Psykososiaalisessa työssä vuorovaikutuksessa korostuvat työntekijän ymmärrys ja ymmärtäminen asiakkaan tilanteesta ja hänen tuottamista epäkohdista

omassa elämässään. Vuorovaikutustilanteet perustuvat luottamukseen ja asiakkaan kokemukseen siitä, että häntä on kuunneltu ja häntä on ymmärretty. Haasteen tilanteelle luovat työntekijän puutteellinen kyky asettautua asiakkaan tilanteeseen ja mahdollinen ymmärtämättömyys siitä ympäristöstä, maailmasta, missä asiakas elää. Kyse voi olla erilaisiin ala-kulttuureihin kuuluminen, syntyperä tai köyhyys ja näiden tuomat haasteet. Työntekijällä ei tarvitse olla samantilaista kokemustietoa kuin asiakkaalla, mutta hänen on pystyttävä ammatillisesti analysoimaan asiakkaan kertomaa ja sitä kautta yritettävä luoda tavoitteita asiakkaan kanssa yhdessä. Tavoitteet voivat olla hyvin konkreettisia elämän perusturvaan liittyvien asioiden hoitoa. Näiden korjaavien toimenpiteiden kautta vuorovaikutussuhteen jatkuessa on mahdollista luoda hyvä perusta asiakkaan kykyyn muuttaa hänen omia toimintamallejaan, jotka heijastuvat hänen sosiaaliin verkostoihin. (Raunio 2010, 182.)

Terveys- ja sosiaalineuvontatyössä psykososiaalinen työote mahdollistuu asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen huomioon ottamisena. Asiakastilanteet perustuvat asiakkaiden kohtaamisiin tilanteissa, joissa työntekijän on myös pystyttävä vuorovaikutustaitojensa avulla luomaan kontakti asiakkaaseen, joka on alku hyvälle, luottamukselliselle asiakassuhteelle. Kontaktit ovat usein asiakastilanteissa hyvinkin nopeita ja lyhyitä, mutta ne ovat toistuvia, joten työntekijältä vaaditaan kykyä arvioida, milloin hän voisi luontevasti keskustella asiakkaan kanssa asiakkaan ehdoilla.

Työyhteisö on moniammatillinen työryhmä, joka koostuu terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisista sekä kokemusasiantuntijoista. Moniammatillisuus antaa enemmän mahdollisuuksia erilaisten asiakastilanteiden kokonaisvaltaiseen tulkintaan kun työryhmän kaikki tiedot ja taidot ovat käytettävissä. Paljon terveys- ja sosiaalineuvonnassa käytettyjä menetelmiä ovat puheeksi ottaminen ja siihen liittyvä asiakkaan omien voimavarojen käyttöönotto, empowerment. Psykososiaalisiin työnmenetelmiin kuuluu paljon muutakin, mutta päihdetyössä ja varsinkin huumeidenkäyttäjien kanssa työskennellessä nämä kaksi ovat tärkeitä menetelmiä.

3.2.1 Puheeksi ottaminen

Erilaisten asioiden puheeksi ottaminen asiakastyössä saattaa olla hyvinkin vaikeaa. Terveys- ja sosiaalineuvontatyössä tämä korostuu entisestään sen takia, että asiakas määrittelee asiat, joista hän haluaa puhua tai olla puhumatta. Työn tarkoituksena on pyrkiä välittämään oikeanlaista tietoa asiakkaille erilaisten tartuntatautien ehkäisemiseksi sekä elämän laadun parantamiseksi ja tukea heitä osallistumaan oman elämänsä hallintaan. Näiden asioiden puheeksi ottaminen on hyvin haastavaa ilman asiakkaan omaa kiinnostusta asioitaan kohtaan. Työntekijällä saattaa kuitenkin olla huoli asiakkaan hyvinvoinnista ja hänen keinoistaan toimia oman itsensä hyväksi parhaalla mahdollisella tavalla. (Eriksson & Arnkil 2012, 13 -19.)

Huoli asiakkaista tai tietyistä asiakkaista nousee työntekijälle nopeissa hektisissä kohtaamistilanteissa, joissa työntekijä on havainnut, että asiakkaan tiedot ja taidot eivät ole riittäviä hänen oman hyvinvoinnin turvaamiseksi. Terveys- ja sosiaalineuvonnan työn luonne ei kuitenkaan aina mahdollista asioiden puheeksi ottamista. Puhumattomuus koetaan luonnollisena osana työtä, vaikka halua puhumiseen olisinkin. Taustalla on luottamuksellisen suhteen aikaansaaminen asiakkaan kanssa ja sen kunnioittaminen. Tämä tarkoittaa, että luottamuksellista vuorovaikutusta ei vaaranneta ottamalla puheeksi asioita, joita asiakas ei itse ota esille. Luottamuksellisen asiakassuhteen luomiseen käytetään kuuntelevaa ja tasa-arvoista kohtaamista asiakkaiden kanssa. (Arponen ym. 2008, 83 -85). Myös ajalliset resurssit voivat olla esteenä asioiden puheeksi ottamiselle. Silti huoli asiakkaista saattaa jäädä elämään työntekijän mieleen. Huoli asiakkaista on voinut nousta esille työntekijän havainnoista esimerkiksi asiakkaan käyttäytymisestä ja non-verbaalisesta viestinnästä. Tärkeää kuitenkin on ottaa asiat puheeksi luontevasti asiakasta kuunnellen ja hänen mielipiteitään kunnioittaen ja luoda vielä syvempi vuorovaikutussuhde asiakkaaseen ja luoda luontevaa dialogia hänen kanssaan. (Eriksson & Arnkil 2012, 13 -19.)

Terveys- ja sosiaalineuvonnan asiakkaat arvostavat, että asioista puhutaan avoimesti ja heidän mielipiteitään kuullaan. Luottamukselliset suhteet syntyvät

asiakkaiden kokemuksesta siitä, että heillä on paikka minne mennä omana itsenään. Päihteiden käytöstä ei tarvitse puhua ja annettu terveys- ja sosiaali-neuvonta on asiallista ja se tehdään vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa. Työntekijöiden puheeksi ottamat asiat voidaan sivuuttaa tai niihin voidaan vastata. Puheeksi ottaminen terveys- ja sosiaali-neuvonnassa alkaa asiakasta tervehtimällä. Sen jälkeen voidaan ottaa puheeksi yleisiä haittojen minimointia koskevia aiheita terveys- ja sosiaali-neuvonnassa. Usein asioiden puheeksi ottaminen johtaa asiakkaan avautumiseen, tarinaan hänestä itsestään, jolloin luottamuksellinen vuorovaikutussuhde syventyy. (Perälä 2012, 60 -64.)

Asioiden esille tuominen, niistä puhuminen, saa työntekijän etukäteen miettimään asiakkaan mahdollista reaktiota tulevaan vuorovaikutukseen. Yleensä pelätään keskustelutilanteen luovan sellaisen tilanteen, jossa työntekijä kokee olevansa asemassa missä hänen olonsa ei tunnu mukavalta. Työntekijä kokee, että hän saa aikaan negatiivisia reaktioita asiakkaassa sekä saattaa pettää jo syntyneen luottamuksen. Varsinkin terveys- ja sosiaali-neuvontatyössä vuorovaikutustilanteet ovat hyvin herkkiä ja vaativat työntekijältä nopeaa tilanteen haltuunottoa. Niissä pitää pystyä nopeasti tulkitsemaan asiakkaan sen hetkinen vointi ja voimavarat erilaisten asioiden esille ottoon. Asiakaskontaktit tapahtuvat nopeasti, mutta silti ne usein toistuvat, joten työntekijällä on mahdollisuus varautua seuraavaan kohtaamiseen ja miettiä etukäteen tulevaa vuorovaikutustilannetta. Tilanteiden ennakointi on tärkeää, sillä sen avulla työntekijä luo erilaisia keinoja ottaa asioita puheeksi ja valmistautuu ennalta kohtaamaan vuorovaikutustilanteen tuomia haasteita. (Eriksson & Arnkil 2012, 27 -28.)

On tärkeää, että työntekijä miettii etukäteen tilanteen ja mahdollisesti ajan ja paikan, jossa hän ottaa asiakkaan kanssa esiin asian, mikä työntekijässä on herättänyt tarpeen puhua asiasta. Kun työntekijä etukäteen ennakoi tulevaa kohtaamista asiakkaan kanssa, on hänen helpompi ottaa erilaisia asioita puheeksi. Ennakointi ja tilanteiden todelliset tapahtumat eivät välttämättä kohtaa toisiaan, mutta tapahtuneen kautta työntekijä saa arvokasta palautetta. Palautteen avulla tapahtunutta tilannetta voi reflektoida ja muuttaa toimintatapaa seuraavaa vuorovaikutuskontaktia ajatellen. (Eriksson & Arnkil 2012, 28 -29.)

Puheeksiottamistilanteeseen varautuessaan etukäteen työntekijä miettii milloin erilaiset asiat on hyvä ottaa puheeksi, hän voi kirjata paperille taustatietoja tilanteesta ja asiakkaasta sekä omasta huolesta. Voidaan myös laatia etukäteen, tilannetta ennakkoiden, kysymyksiä joiden pohjalta asioita ottaa puheeksi. Etukäteen kannattaa miettiä, kuinka asioiden puheeksi ottaminen saattaa vaikuttaa asiakkaaseen ja mahdollisiin vuorovaikutuksellisiin haasteisiin. Tilanteen jälkeen kannattaa reflektoida tapahtumaa ja kirjata siitä saadut kokemukset ylös. Näin puheeksiottamisen tilanteista saa arvokasta palautetta työntekijä itse tapahtumasta, siihen liittyvistä erilaisista käänteistä sekä tulevista tavoitteista. Samalla asiakkaan ääni on saatu kuuluviin ja hänen tulkintansa ja ratkaisunsa tapahtumien kulkuun tulevat tietoisiksi. Tällaisia tilanteita terveys- ja sosiaali-neuvontapisteissä voivat olla esimerkiksi raskaana olevat naiset tai tarve kartoittaa lastensuojelun tarvetta. (Eriksson & Arnkil 2012, 41 -47.)

Puheeksiottamisen tavoitteena on aktivoida asiakkaan omien voimavarojen käyttöönotto ja hyödyntää niitä osallistamalla asiakasta suunnittelemaan itse omia asioitaan ja ottamalla vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Työntekijän tehtävä on tuoda esille erilaisia näkökulmia asiakkaan tilanteeseen ja auttaa häntä havaitsemaan omat mahdollisuudet ja kyvyt vaikuttaa omaan elämäntilanteeseen. Tarkoituksena on tukea ja kuunnella eikä sanella ja olettaa valmiiksi ajateltuja toimintamalleja. Erilaisten tilanteiden ongelmaratkaisukeskeisyys ei luo aitoa vuorovaikutusta asiakkaan ja työntekijän välille. Olisi tärkeää pyrkiä ilman ennakoituja ratkaisumenetelmiä hakemaan uusia tapoja toimia asiakkaan eduksi, häntä tukien. On turvallista jatkaa asiakkaan sen hetkisen tilanteen selvittämistä totutulla mallilla, mutta jossain vaiheessa on pystyttävä havaitsemaan totutun mallin toimimattomuus kun asiakkaan asiat selkeästi eivät etene. Terveys- ja sosiaali-neuvonnassa asiakkaiden elämän tilanteet vaihtuvat jatkuvasti. Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde saattaa katketa asiakkaan tilanteen muuttuessa. Toimintatapaa täytyy silloin muuttaa ja on pyrittävä hakemaan ratkaisuja toisesta näkökulmasta yhteistyössä asiakkaan kanssa. Täytyy pystyä dialogisuuteen, jonka avulla vuorovaikutus työntekijän ja asiakkaan kesken on tasavertaista ja tarkoituksena on löytää yhdessä erilaisia keinoja erilaisten tilan-

teiden ratkaisemiseen ensisijaisesti asiakkaan näkökulmasta. (Eriksson & Arnkil 2012, 32 – 37; Perälä 2012, 69 -75.)

Terveys- ja sosiaalineuvontatyössä puheeksiottaminen on haastavaa työntekijälle. Sen vuoksi kehitettiin kyselylomake, jonka kautta voidaan ottaa esille asioita asiakkaan kanssa mahdollisimman luontevasti. Kyselylomake perustuu perusrakenteisiin terveys- ja sosiaalineuvonnassa ja se on pyritty luomaan sellaiseksi, että kysymykset ovat yleisellä tasolla eivätkä loukkaa asiakkaan yksityisyyttä.

Puheeksiottamisen elementtejä on voimaannuttaa asiakasta toimimaan omaksi hyväkseen ja tukea hänen omia voimavarojaan. Voimaannuttamisen, empowerment- käsitettä on suomennettu eritavoin riippuen missä kontekstissa sitä halutaan käyttää. Suomennettuna empowerment on muun muassa voimaantumista, valtautumista ja voimavaraistumista. Sosiaalityössä empowerment- käsitteen katsotaan kuuluvan yksilön, ryhmien ja yhteisöjen omatoimisuuden lisääntymiseen, omien vaikuttamismahdollisuuksien tiedostamiseen ja sitä kautta vaikuttamisen mahdollisuuksiin. Kun yksilö, ryhmä tai yhteisö tiedostaa omat vaikuttamismahdollisuutensa, voimaannuttaa se toimimaan entistä aktiivisemmin itsensä ja ympäristön hyväksi. Empowerment voi olla prosessiluonteista, jatkuvaa kehittymistä tai päämäärätavoitteellista. Kuitenkin molemmissa on tavoitteena muutos tai siihen pyrkiminen. Muutoksen tai päämäärän saavuttaminen ei kuitenkaan lopeta prosessia siihen, vaan muutokset ja päämäärien saavuttaminen mahdollistavat jatkomuutokset ja päämäärät. Yleensä jo saavutettu voimaantuminen luo tarvetta lisätä tietoutta, taitoja ja vaikuttamisen mahdollisuuksia sekä asettaa siten uusia tavoitteita. (Hokkanen 2009, 315 -319.)

Asiakkaan voimaannuttamisessa olennaista on hyvä, luottamuksellinen vuorovaikutus ja asiakkaan voimavarojen tukeminen. Sen avulla asiakasta kannustetaan ottamaan vastuu omasta elämästään. Työntekijän tarkoituksena on prosessin aikana antaa enemmän ja enemmän vastuuta asiakkaalle itselleen määrittellä omaan elämäänsä kuuluvat asiat ja sen kuinka hän voi itse vaikuttaa olo-

suhteisiin omassa ympäristössään työntekijän roolin jäädessä yhä vähemmälle. (Raunio 2010, 174 -178.)

Keskeistä on hahmottaa, kenen näkökulmasta asioita halutaan nähdä ja ketkä määrittävät muutospyrkimykset, joita tavoitellaan. Varsinkin marginaalissa elävien yksilöiden, esimerkiksi päihteiden käyttäjien ja syrjäytyneiden, tavoitteet ja tarpeet on määritelty usein ulkopuolelta. Niin sanottu osallisuus yhteiskunnassa on määritelty yleensä kustannuksia säästävistä sosiaalipoliittisesta näkökulmasta, jonka ohjeistuksia sosiaalityötä tekevät noudattavat. Tällöin yksilön, yhteisön ja yhteisöjen kanssa tehtävä sosiaalityön vuorovaikutus ei tue asiakaslähtöisiä ratkaisuja, eikä myöskään tue heidän voimaantumistaan ja kykyä vaikuttaa omiin asioihinsa heidän omasta näkökulmasta. (Hokkanen 2009, 327.)

Ideallisessa tilanteessa empowerment sallii yksilön, ryhmän ja yhteisön osallistua tuottamaan ja kehittämään keinoja sekä menetelmiä voimaantuakseen ja näin saada äänensä kuuluviin heitä koskettavissa päätöksissä tai muutostavoitteissa. Tämä perustuu yksilön kykyyn nähdä itsensä asiantuntijana ja sitä kautta kykeneväisenä vaikuttamaan myös omassa ryhmässään ja yhteisössään saaden aikaan pysyviä, elämän tilannetta kohentavia positiivisia muutoksia. (Hokkanen 2009, 321 -322.)

Empowermentin käyttö ja sen määrittely on hankalaa juuri siinä, mistä ja kenen näkökulmasta voimaantuminen, valtaistuminen määritellään ja tulkitaan. Näkemuserot voivat olla hyvinkin erilaiset kun niitä tarkastellaan sosiaalialan työntekijän ja hänen kanssaan vuorovaikutuksessa olevan asiakkaan, ryhmän tai yhteisön näkökulmasta. Se, mitä voimaantuminen ja siihen liittyvät tavoitteet on yhteiskunnallisesti määritelty liittyen niin sanottuun normaaliväestöön, saattaa poiketa hyvinkin paljon näiden kohteeksi joutuneen marginaalin luokitellun yksilön, ryhmän ja yhteisön omista määritelmistä. Voimaantumisen tunne on subjektiivinen kokemus siitä, milloin voimaantuminen koetaan muutoksena oman elämänlaadun parantumiseksi. Valtaistuminen on objektiivinen näkemys siitä, millaisia muutosten pitäisi olla, että se aikaansaisi halutut, ennalta määritellyt muutokset, joiden katsotaan olevan hyväksi elämän laadun parantamiseksi. Nämä kaksi

määritelmää eivät kuitenkaan ole näin mustavalkoisia, vaan voimaantumista ei ole ilman valtaistumista ja valtaistumista ei ole ilman voimaantumisen elementtejä. Määritelmät ovat jatkuvasti vuorovaikutuksessa keskenään ja luovat uutta tietoa sosiaalityön menetelmiin ja käytäntöihin. (Hokkanen 2009, 320, 331, 333.)

Yhä enemmän erilaiset kolmannen sektorin toimijat ovat avainasemassa voimaantumisen ja osallistamisen, empowermentin, ajattelutavassa. Usein niiden kautta ihminen löytää vertaisiaan, voimaantuu ja valtaistuu ja pystyy yksin, ryhmässä tai yhteisössä vaikuttamaan oman elämänsä hyvinvointiin. Terveys- ja sosiaalineuvonnassa empowerment on asiakkaiden voimaantumista ja osallistamista. Asiakkaat ovat aktiivisia huumeidenkäyttäjiä ja heidän läheisiään. Aktiivihuumeidenkäyttäjä voi toimia vastuullisena toimijana omissa verkostoissaan ja lisätä vastuullisuutta niissä olevien ihmisten, yksilöiden, yhteisöjen keskuudessa. Huumeidenkäyttäjän oma oppiminen vastuulliseen, turvalliseen, haittoja vähentävään huumeiden käyttöön lisää hänen tietouttaan omasta itsestään. Kun hän vie nämä oppimansa tiedot eteenpäin omissa verkostoissaan, korostuu hänen roolinsa käyttäjäyhteisöissä oikeaoppisen tiedon välittäjänä. Huumeidenkäyttäjän osallistaminen koulutuksiin ja hänen näkemyksiensä huomioon ottaminen esimerkiksi koulutuksia suunnitellessa, lisäävät hänen näkemystä itsestään vaikuttajana asioissa, joissa hän on kokemusasiantuntija. Yhtälailla pienemmässä mittakaavassa tapahtuva osallistuminen kyselyosion täyttämiseen yhdessä työntekijän kanssa voi olla voimaannuttava kokemus ja lisätä oman itsensä tuntemista ja sitä kautta muutokset omassa toiminnassa mahdollistuvat. (Malin-Kaartinen, Marttinen, Puro & Viljanen 2008, 26 -32; A-klinikkasäätiö, Terveys- ja sosiaalineuvontapisteet i.a.)

4 KEHITTÄMISTYÖN TAVOITTEET JA LÄHTÖKOHDAT

Tutkimukseni on sosiaalityön käytäntötutkimus, joka on soveltavaa tutkimusta ja käytäntölähtöistä uuden tiedon hankintaa. Käytäntötutkimus on laadullista tutkimusta. Käytäntötutkimuksen avulla voidaan tuoda marginaalissa olevia ryhmiä esiin. Tämä kautta voidaan yrittää vaikuttaa heidän mahdollisuuksiinsa saada esimerkiksi parempia ja tarkoituksenmukaisia palveluita sekä saada heidän oma äänensä kuuluviin. Käytäntötutkimus voi olla työn tai työmenetelmien kehittämistä ja yksi kehittämismenetelmistä on osallistava kehittäminen. Osallistavassa kehittämisprosessissa kehittäminen perustuu vuorovaikutukseen yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Kehittämistyössä on tärkeää, että mukana on kehittämisprosessin kohde, esimerkiksi asiakas, joka on tasavertaisesti ideoimassa, kehittämässä ja refleктоimassa aikaan saatua. (Kotila & Mutanen 2012, 49, 52 – 53; Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 297 -299.)

Osallistavaa kehittämistä voidaan lähestyä useasta eri näkökulmasta, riippuen siitä missä roolissa ja miten kehittämissuuryhmässä ihmiset toimivat sekä mihin kehittämisen painopiste suuntautuu. Yksi näkökulma osallistamiseen on kehittämissuuryhmä, jonka työskentely perustuu tiimityöskentelyyn ja tasavertaisuuteen. Varsinaisia auktoriteetteja ei toimintamallissa ole vaan kaikki ovat samanarvoisia tiedontuottajia ja kehittäjiä. Kaikki toimijat kehittämisprosessissa hankkivat tietoa omissa työyhteisöissään tai muissa verkostoissa tuoden tiedon yhteisesti analysoitavaksi kehittämisen perustaksi. Näkemyksiä voi tuoda esille kriittisestikin ja ne käsitellään yhdessä refleктоiden. Tämän tutkimuksen kehittämissuuryhmän toiminta perustui juuri tiimityöskentelyyn ja avoimuuteen. Roolit kehittämissuuryhmässä voivat vaihdella tilanteiden ja tavoitteiden mukaan. Alkuvaiheen kehittämisprosessin jälkeen asiakkaiden aktiivisempi osallistuminen vaihtui kyselylomakkeen palautteen antajaksi ja työntekijöiden rooli kyselylomakkeen käytettävyyden arvioijiksi kehittämistyön rinnalla. (Kotila & Mutanen 2012, 48 -52; Toikko & Rantanen 2009, 94- 95.)

Asiakkaiden osallistaminen kehittämisprosesseihin tuo kehitettäviin tavoitteisiin realistisen näkökulman oikeista tarpeista tai jonkin palvelun toimivuudesta. Asi-

akkaiden osallisuus voi vaihdella kehittämissprosessin aikana. Onnistuneissa kehittämissprojekteissa asiakkaat ovat jokaisessa kehittämissprosessin vaiheessa mukana jossakin roolissa. Rooli voi vaihdella kehittämissprosessin edetessä, mutta osallisuus kokonaisuuteen säilyy kehittämissprosessin ajan. Asiakkaille on tärkeä tuoda esille heidän roolinsa kehittämissessä. Palautteen avulla voimaannutetaan heidän osallistumisestaan kehittämissprosessiin ja saadaan heistä aktiivisia vaikuttajia. Heidän osallistamisensa on tasa-arvoista vuorovaikutusta. Vuorovaikutuksen avulla kehittämissprosessin tuote tai palvelu saadaan vastaamaan tarkoituksenmukaista kysyntää. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 32 -38, 58 -59.)

Kehittämistyössä tavoitteena on uuden tiedon saanti ja käytännön työn tai sen menetelmien edelleen kehittäminen. Tiedon tarve voi olla erilaista riippuen kehittämistyöstä ja -tarpeista. Tietoa voidaan tarvita uuden oppimiseen tai tiedonhankinnan tarve on ohjeistettua ulkoapäin, Tärkeintä kuitenkin on, että tieto palvelee itse kehittämistoimintaa tuoden siihen reflektoinnin kautta uusia ideoita ja mahdollistaa kehittämisen lopputuloksen käytettävyyden. Yhteiskunnallisella tasolla hyvin tuotettu tieto mahdollistaa vaikuttamisen asiakokonaisuuksiin, joita voidaan hyödyntää valtakunnallisesti eri kohderyhmissä esimerkiksi palveluiden parantamisella ja hyvien uusien käytäntöjen luomisella. (Toikko & Rantanen 2009, 113 -115.)

Tutkimuksen kohteen valinta perustui käytännön työssä tehtyihin havaintoihin siihen, että asiakastyöhön liittyviin menetelmiin haluttiin uutta näkökulmaa. Uusia välineitä pohdittaessa mietittiin, onko keinoja muuttaa jo olemassa olevia käytäntöjä tehdä työtä uusien menetelmin vai onko tarvetta luoda uusia menetelmiä. Eri yksiköissä ideoitiin uusia keinoja todentaa terveys- ja sosiaalihuollon toteutumista asiakastyöskentelyssä ja kuinka neuvonta mahdollistuu haastavan asiakasryhmän kanssa. Haasteena koettiin eri asioista puheeksi ottaminen luontevasti ja asiakkaan ehdoilla. Perinteisen vuorovaikutuksen rinnalle haluttiin luoda jotain konkreettista. Kehittämissideaksi ja kehittämisen kohteeksi nousi sähköinen kyselylomake.

Tavoitteena on saada käytännön työhön liittyvää uutta tietoa siitä kuinka sosiaali- ja terveysneuvonnan vuorovaikutuksellisuutta voidaan todentaa käytännön työssä uuden kyselylomakkeen avulla. Tämän perusteella koottiin työryhmä eri A-klinikkasäätiön yksiköiden työntekijöistä, jotka osallistuivat jo olemassa olevan asiakasrekisterin kehittämiseen sekä luomaan sinne mahdollisuuksia tuottaa tietoa toisella tavoin kuin perinteisessä tilastomuodossa ottaen samalla huomioon asiakkaan oma osallisuus tiedon tuottamiseen. Kehittämisen näkökulmasta oli tärkeää, että työryhmään kuuluvat työntekijät kokivat osallisuutensa tähän prosessiin yhteistyössä asiakkaiden kanssa ja ottivat vastuun prosessin etenemisestä. (Robson 2001, 42 -48.)

Kyselylomakkeen käytöstä saaduista tiedoista pyritään saamaan tietoa, jolla voidaan osoittaa terveys- ja sosiaalineuvonnan vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta on haastavaa mitata tai tuottaa siitä tietoa miten sitä on todennettu. Vaikuttavuudella tarkoitetaan tehtyä työtä tai menetelmiä, joiden avulla on aikaan saatu haluttuja vaikutuksia tai muutoksia. Kyselylomakkeen käytön avulla halutaan kerätä tietoa monipuolisesti. Tietoa siitä, että voidaanko terveys- ja sosiaalineuvonnan keinoin havaita asiakkaiden elämän muutoksia vähemmän haitalliseen käyttäytymiseen. Kyselylomakkeen avulla halutaan saada tietoa asiakkaan kokonaisvaltaisesta tilanteesta ja intensiivisen vuorovaikutustilanteen vaikutuksesta. (Kempainen & Ojaniemi 2012, 45 -50.)

Opinnäytetyöni keskeisiä kysymyksiä ovat:

1. Miten kyselylomake on toiminut työvälineenä käytännön työssä?
2. Miten kyselylomakkeesta saatua tietoa voi hyödyntää käytännön työn kehittämisessä?
3. Voidaanko kyselyosiosta saada työn vaikuttavuuteen liittyvää aineistoa?

5 KEHITTÄMISPROSESSIN TAUSTAA

A-klinikkasäätiön neljällä terveys- ja sosiaalineuvonnan yksiköllä on kehittämis-tehtävänä uudistaa asiakasrekisteri. Nykyinen asiakasrekisteri otettiin käyttöön vuonna 2000, ja sitä on vuosien kuluessa päivitetty vastaamaan terveys- ja so-siaalineuvontapisteiden tarpeita. Päivitykset on tehty yksikkökohtaisesti ja asia-kasrekisterit ovat olleet erilaisiksi päivitettyjä versioita samasta perustietokan-nasta.

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä huomattiin vuonna 2009, että asiakasre-kisterit ovat erilaisia kaikissa A-klinikkasäätiön toimipisteissä, jolloin niistä ei ole mahdollista saada keskenään vertailukelpoista tietoa. A-klinikkasäätiön yksi-köistä kutsuttiin koolle työryhmä miettimään asiakasrekisterin kehittämistä ja päivittämistä vastaamaan tämän hetkisiä tarpeita, joita terveys- ja sosiaalineu-vontapisteissä on asiakasrekisteristä käytön myötä nousset esille. Osittain ke-hittämistarpeet ovat nousseet esille käytännön työssä havaituista tarpeista jat-kuvasti tuottaa tietoa uudella tavalla. Uusi tapa on nopeaa tiedottamista ja käy-tännöntiedon jakamista eri yhteistyökumppaneiden kesken. Tiedon tuottaminen liittyy osana terveys- ja sosiaalineuvontaan. Erilaista ajankohtaista tietoa tuote-taan asiakkaille koko ajan. Tieto voi olla uutinen ilmiöstä, joka sillä hetkellä saat-taa vaikuttaa asiakkaan hyvinvointiin. Tieto on myös pitkäjänteistä tiedottamista haittojen minimointi näkökulmasta erilaisin esittein ja kampanjoin. Tietoa halu-taan saada asiakkailta itseltään erilaisten palveluiden kehittämiseksi ja tiedoksi yhteistyötahoille. Kehittämistarpeeseen on vaikuttanut myös yhä enenevä tarve tuottaa tietoa terveys- ja sosiaalineuvonnan työn sisällöistä ja monipuolisuudes-ta työn vaikuttavuuden osoittamiseksi.

Terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä palvelut ovat anonyymeja ja asiakkaista ei kirjata ylös kuin nimimerkki, asuinalue, syntymävuosi sekä hänen vaihtami-ensa välineiden määrä sekä annetut palvelut. Myös testit tehdään anonyymisti käyttäen asiakkaasta tietoina nimimerkkiä, syntymävuotta sekä henkilötunnuk-sen kahta viimeistä merkkiä erottaaksemme saman nimimerkkiset ja samana vuonna syntyneet toisistaan. Tietojen yhdistäminen A-klinikkasäätiön toimipis-

teiden kesken on tarpeellista, jotta pystytään tuottamaan tietoa yhteneväisessä ja vertailukelpoisessa muodossa valtakunnallisesti.

Haasteena tässä käytäntöä tutkivassa kehittämistyön prosessissa oli luoda valtakunnallisesti yhtenäisiä palveluiden sisältöjen kuvauksia, jotka olisivat vertailukelpoisia keskenään sekä kehittää asiakasrekisteri, joka olisi yhtenäinen ja sopisi valtakunnalliseen levitykseen yhtenäisen tiedon keruun mahdollistajana. Valtakunnallisesti ei tarkoiteta vain A-klinikkasäätiön toimipisteitä, vaan tarkoitus on tarjota yhtenäistä asiakasrekisteriohjelmää myös muille kuin A-klinikkasäätiön toimipisteille.

Huolimatta tutkimuksista, jotka ovat tuoneet esiin sosiaali- ja terveysneuvonnan vaikuttavuuden, on jouduttu uudelleen miettimään keinoja saada työn sisältö näkyvämmäksi sekä mitattavaan muotoon että työn vaikuttavuuden kuvaamiseen. Perinteiset tilastot vaihdetuista neuloista, ruiskuista, asiakaskäynneistä ja asiakasryhmän alhaisista tartuntatautilastoista muun muassa Hiv:n suhteen, joka on aikaan saatu terveys- ja sosiaalineuvonnalla, ei tunnu enää riittävän kunnille perusteluiksi rahoituksen tarpeelle ja määrälle. Sosiaali- ja terveysneuvontapisteistä osa on kuntien tuottamaa omaa palvelua ja osa pisteistä toimii ostopalveluperiaatteella. Aikaisemmasta asiakasrekisteristä terveysneuvonnan osuus on saatu helpostikin mitattavaan muotoon toiminnallisten työmuotojen kuten rokotusten, testien ja haavahoitojen kautta. Sosiaalineuvonnan osuuden kuvaus oli jäänyt paljon kirjallisten toimintakertomusten kautta kuvattavaksi, mutta ei määrällisesti mitattavaksi. Uuteen asiakasrekisteriin lisättiin palvelukuvauksia ja niiden sisällöissä on nimenomaan pyritty määrittelemään sosiaalineuvonnan kautta annettujen palveluiden osuus siten, että ne saadaan mitattavaan muotoon. Lisäksi kyselylomakkeeseen kehitettiin sosiaalineuvontaa koskeva osio. Näiden kautta työryhmä arvioi onko sosiaalineuvonnan raportointi riittävää ja sitä enemmän esille nostavaa terveysneuvonnan rinnalla.

6 KEHITTÄMINEN PROSESSINA

Kehittämistyöidea alkoi käytännön työn tuottamista havainnoista. Vastuulleni kuuluu vuosittain kirjoittaa kirjallinen toimintakertomus terveys- ja sosiaalineuvontapiste Vinkin toiminnasta. Vuosien varrella olen kuitenkin havainnut, että toimintakertomuksen tilastolliset osuudet, kuten esimerkiksi määrät annetuista rokotuksista ja tehdyistä testeistä sekä asiakasmääristä ja vaihdettujen neulojen ja ruiskujen määristä ovat niitä, joilla palveluitamme on hinnoiteltu. Toimintakertomuksen kirjallinen selvitys sosiaalityön osuudesta on jäänyt aina taka-alalle. Alkaessani kirjoittaa toimintakertomusta vuoden 2009 alussa halusin muutosta tähän tilanteeseen. Otin yhteyttä asiakasrekisterin tekniseen toteuttajaan ja kerroin hänelle, että haluan sosiaalineuvonnan myös mitattavaan muotoon, jotta sen osuus ei tekstitasolla jäisi terveysneuvonnasta tehtyjen tilastojen takia huomioimatta.

Keskusteluissamme tuli ilmi, että asiakasrekisteriversio mikä oli käytössä, oli erilainen kuin muissa A-klinikkasäitiön sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä. Käytännössä kaikissa yksiköissä oli erilainen versio. Jokainen yksikkö oli omien tarpeidensa mukaan tilannut ohjelman tekijältä erilaisia toimintoja, joita omissa yksiköissään koki tarvitsevansa. Keskustelun seurauksena oli, että asiakasrekisterin tekijä esitti ehdotuksen kutsua koolle eri yksiköitä A-klinikkasäitiöltä kehittääksemme yhdenmukaisen asiakasrekisterin sekä tuottaaksemme sinne sosiaalineuvontaa kuvaavia osioita, joita saisi mitattavaan muotoon.

Koolle kutsuttu työryhmä nimesi neljä kehittämiskohdetta asiakasrekisterissä:

1. Asiakaslähtöinen sähköinen kyselylomake. Sen tarkoituksena on saada yksilökohtaista asiakastietoa liittyen terveys- ja sosiaalineuvontaan.
2. Ohjelmassa olevien palveluluokitusten ajanmukaistaminen ja muuttaminen valtakunnalliselle tasolle. Valtakunnallinen taso mahdollistuisi käyttämällä TikeSos työryhmän luomia valtakunnallisia termejä sosiaali- ja terveystyölle.
3. Raportointi mahdollisuuksien monipuolistaminen.

4. Terveys- ja sosiaalineuvonnan asiakasrekisteri virallisesti mukaan A-klinikkasäätiön tukemiin ohjelmiin. Tarkoittaen sitä, että ohjelman toimivuus ja siihen liittyvä tekninen osaaminen tuetaan A-klinikkasäätiön taholta.

TikeSos on vuonna 2005 alkanut Sosiaalialan tietoteknologiahanke, jossa ovat mukana Sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Kuntaliitto, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos ja Itä-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus. Hankkeen tarkoituksena on määritellä valtakunnallisesti erilaisia määriteltyjä termejä sosiaalityön sisällöille ja palveluille erilaisiin asiakasrekistereihin, jotta ne saataisiin mittaamaan muotoon ja sitä kautta olisi mahdollista määritellä ”perusteltu ja kattava” rahoitustarve eri palveluille ja verrata keskenään palveluiden tuottajien hintoja ja tuotettavien palveluiden sisältöjä. Tietoteknologia hankkeen tarkoitus on myös sosiaalialan työn ja palveluiden kehittäminen asiakaslähtöisesti ja tuottaa erilaisia sosiaalityön suoritelukuja, joita kerätään asiakastyöstä tarkoituksena tuoda esille työn tuloksia ja vaikuttavuutta. Nykypäivänä Tikesos on SoTe palveluiden kehittämistä ja tiedon keruuta KanTa, (Kansallinen terveysarkisto), arkistoon. KanTa arkisto kokoaa erilaisia terveystietoja asiakkaista. Tulossa on myös KanSa, (Sosiaalihuollon sähköinen arkisto), joka kokoaa tietoja asiakkaiden saamista sosiaalialan palveluista. (Sosiaaliportti i.a.)

Kehittämiskohteista tässä opinnäytetyössä käsitellään kohtaa 1.asiakaslähtöistä kyselylomaketta puheeksi ottamisen työvälinettä. Kyselylomake on muodostettu osittain THL:n Pompidou-tiedonkeruuluokituksen pohjalta sekä kyselylomakkeen pohjalta, jota on käytetty Yhdysvalloissa intervention ja puheeksi ottamisen työvälineenä päihteitä käyttävien asiakkaiden keskuudessa ja nyt lomake on tuotu myös työvälineeksi etsivään työhön Suomeen. (A-klinikkasäätiö, Terveys- ja sosiaalineuvontapisteet i.a.)

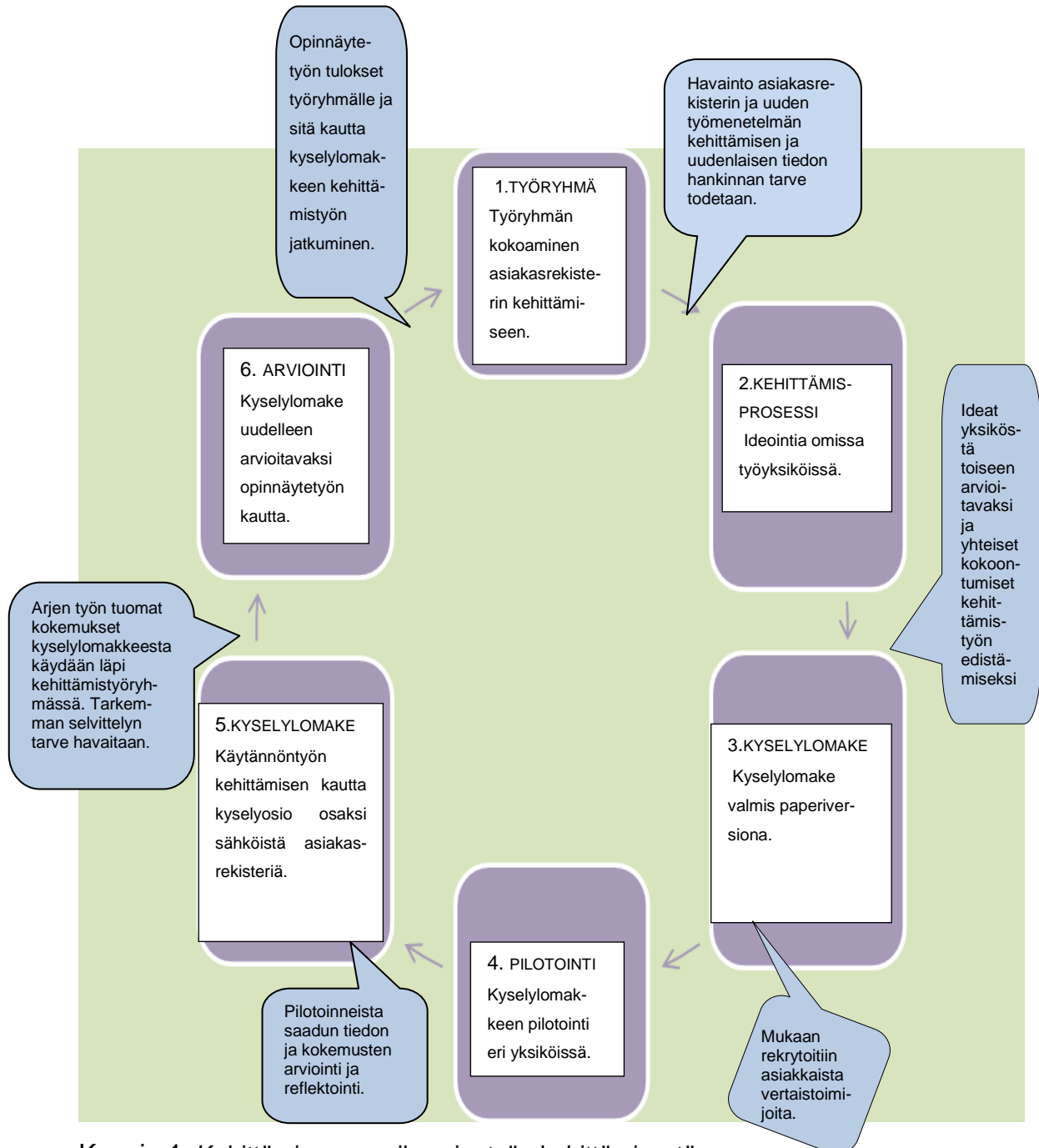
Pompidou- tiedonkeruulomake on tarkoitettu päihdehoitoon hakeutuneiden asiakkaiden tiedon keruuseen. Tietoja kerätään huumeiden ja lääkkeiden vuoksi hoitoon hakeutuneilta asiakkailta. Pompidou:n avulla kerätään tietoa hoitoon hakeutumisesta ja hoitojen käytöstä, elämäntilanteesta, huumeiden tai lääkkei-

den käytöstä ja käyttöön liittyvistä riskitilanteista. Kysely on asiakkaalle anonyymia. Pompidou-tiedonkeruuluokituksia on hyödynnetty osittain terveys- ja sosiaalineuvontatyön kyselylomakkeessa, jotta osa tiedoista olisi valtakunnallisesti hyödynnettävissä erilaisissa vertailuissa laitoshoidossa olevien asiakkaiden tilastojen kanssa. Osa kyselylomakkeen kohdista on muotoutunut käytännön työn tarpeista saada erilaista tietoa asiakaskunnastamme työnkehittämisen näkökulmasta. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos i.a.)

Kyselylomakkeen avulla pyritään todentamaan, toteuttamaan terveys ja sosiaalineuvonnan toteutuminen asiakastyössä. Kyselylomake on sähköisessä muodossa ja sitä täytetään asiakkaan kanssa yhdessä. Kyselylomakkeesta käytetään myös nimeä uusi työmenetelmä/väline. Tietoa vaikuttavuudesta kerätään työntekijähaastattelun kautta. Tarkoituksena on kartoittaa kyselylomakkeen merkittävyys asiakkaan mahdollisille muutoksille vähemmän haitalliseen päihteiden käyttöön sekä kerätä tietoa huumeiden käyttökulttuurista taustatietoineen. Taustatietoja ovat muun muassa asiakkaan ikä, sukupuoli ja käyttöhistorian pituus sekä hänen käsityksensä turvallisemmasta pistämisestä ja tartuntatautien ehkäisemisestä. Kyselylomakkeeseen tehdyt eri osiot ovat: päihdekartta, pistäminen, rokotukset/tutkimukset, haittakartta ja sairaudet.

6.1 Kehittämisprosessikaavio

Kaavio kuvaa kyselylomakkeen kehittämisprosessia kehämäisenä rakenteena. Prosessi on jatkumo, jossa eri vaiheet saattavat toistua useaan kertaan kehittämissuorituksen edetessä ja kehittyessä.



Kaavio 1. Kehittämisprosessikaavio työn kehittämisestä.

6.2 Kehittämisen prosessin eteneminen kaavion mukaisesti

1 Työryhmä:

A-klinikkasäätiön sosiaali- ja terveysneuvontapisteiden työntekijät kokoontuivat ensimmäisen kerran maaliskuussa 2009. Läsnä oli myös asiakasrekisterin tekijä. Läsnä ensimmäisessä kokoontumisessa oli yksiköiden vastuuhenkilöt ja ohjelman tekninen toteuttaja. Tarkoituksena oli kartoittaa eri yksiköiden mielipiteet nykyisestä asiakasrekisterin ohjelmaversiosta ja kehittämistarpeista. Samalla kartoitettiin eri yksiköiden resursseja osallistua ohjelman kehittämiseen ja sitä kautta sitoutumista ohjelman pitkäjänteiseen kehittämistyöhön. Kukin yksiköstä kartoittaisi ne työntekijät, jotka haluavat sitoutuvat ohjelman kehittämistyöhön käytännön työn näkökulmasta ja ovat läsnä kehittämissessissä ja yhteisissä palaverissa. Yksimielisesti kehittämistyö koettiin tarpeelliseksi ja yhtenäinen, samanlainen ohjelma yhdenvertaisen tiedon saamiseksi oli tarkoituksenmukainen. Tässä yhteistyöpalaverissa vasta selvisi kuinka erilaisia versioita ohjelmasta oli ja kuinka vähän tietoa sosiaalineuvonnan sisällöstä saimme ohjelmasta.

Koollekutsujana ja ideoijana minut valittiin kehittämistyön vastuuhenkilöksi. Tämä tarkoitti sitä, että huolehdin kehittämissessin etenemisestä tavoitteellisesti, koolle kutsusta ja erilaisten kirjallisten tuotosten toteutumisesta. Roolini oli myös olla oman yksikköni edustaja kehittämistyön kaikissa vaiheissa. Asiakasrekisteriä käytiin läpi yleisellä tasolla pohtien mitä lisäyksiä ohjelmaan tarvitsemme ja poistammeko turhia osuuksia. Mietimme, jatkammeko nykyisen ohjelman muokkausta vai teemmekö kokonaan uuden version. Tuloksena oli, että nykyinen ohjelma soveltuu uuden ohjelman päivittämiseen, joten teknistä työtä ei tarvitse aloittaa alusta. Tässä käytimme asiantuntijana ohjelman tekijää ja hänen osaamistaan.

2 Kehittämissprosessi:

Kehittämissprosessikaavion mukaisesti kokoonnuimme A-klinikkasäätiön eri toimipisteiden työntekijöiden kanssa ideoimaan kehittämissprosessiamme kyselylomakkeen suhteen. Sovimme, että jokainen toimipiste tahollaan tekee ehdotuksia omien tarpeiden ja ideoiden pohjalta kirjallisesti. Kirjallisten tuotosten pe-

rusteella luodaan pohja, jonka perusteella lähemme suunnittelemaan muutoksia ohjelmaan ja tarkistamme niiden teknisten toteuttamisten mahdollisuudet. Aikataulut kirjallisen materiaalin tuottamiseen ja seuraaviin tapaamisiin sovittiin. Yksiköt toimittivat sovitusti kirjalliset koosteet seuraavaan kokoontumiseen. Sitä ennen ne oli lähetetty koko työryhmälle etukäteen luettaviksi.

Kehittämisen prosessin aikana työryhmä kokoontui säännöllisesti jakamaan tietoa, analysoimaan ja refleктоimaan aikaan saatua. Työmallina oli, että kehittämistyöryhmän jäsenet toimittivat omissa työyhteisöissään ryhmän aikaansaamat tulokset omille työyhteisöilleen. Näin pyrittiin takaamaan kaikkien työyhteisöjen jäsenille mahdollisuus antaa palautetta ja ideoita kaikissa kehittämisen prosessin vaiheissa. Kehittämistyöryhmän tehtävänä oli koota palautteet ja ideat ja tuottaa niistä kyselylomake versio.

3 Kyselylomake, 1. versio:

Kyselylomakkeesta valmistui ensimmäinen versio, joka oli paperimuodossa. Kyselylomakkeen kehittämisessä käytettiin apuna asiakkaita ja heidän osallistamistaan kokemusasiantuntijoina. Kyselyosiota testattiin asiakkailla yhdessä toimipisteessä. Asiakkaat kertoivat kokemuksiaan kyselylomakkeen täytöstä vuorovaikutuksessa työntekijän kanssa sekä kokemuksia kysymysten asettelusta. Heidän antaman palautteen ja kokemusasiantuntijuuden myötä muokattiin paperiversio lopulliseen pilotointimuotoon. Testiryhmäksi valittiin asiakkaiden joukosta vertaistoimijat. Vertaistoimijat ovat yksiköissä omiin sosiaalisiin verkostoihinsa koulutettuja kokemusasiantuntijoita erilaisten tietojen, taitojen, ohjeiden ja neuvojen viejiä ja tukihenkilöitä.

4 Pilotointi:

Kyselylomakkeen paperiversion pilotointi sovittiin tapahtuvaksi kaikissa yksiköissä ja yhteensä niitä tehtiin 9 kappaletta. Pilotoinneissa asiakkaiksi valikoitui vertaistoimijat. Vertaistoimijoilta kerättiin palautetta ja kehittämissuhteita, jotka kirjattiin ylös kehittämistyöryhmässä jaettavaksi ja kyselylomakkeen kehittämiseksi. Työntekijöiltä, jotka olivat kyselylomaketta pilotoineet vertaistoimijoiden

kanssa, kerättiin myös palautetta lomakkeen toimivuudesta ja mahdollisista kehittämistarpeista.

5 Kyselylomake, 2. versio:

Vertaistoimijoilta ja työntekijöiltä saadun palautteen kautta kyselylomaketta muokattiin. Kyselylomake versio kiersi vielä kaikki toimipisteet ja kun vielä niistä saatu palaute ja kehittämisideat oli käsitelty ja lomaketta muokattu siirrettiin se sähköiseen muotoon osaksi asiakasrekisteriä.

6 Arviointi:

Kyselylomaketta käytetään arjen työssä kaikkien asiakkaiden kanssa. Siitä kerätään sovitusti käyttökokemusta, jota voidaan käsitellä kun vielä meneillä olevan asiakasrekisterin kehittämistyöryhmä kokoontuu. Käyttökokemus kyselylomakkeesta perustuu työntekijöiden omaan tulkintaan sekä asiakkaiden antamaan palautteeseen. Molemmat toimivat kokemusasiantuntijoina omasta näkökulmastaan. He keräävät omia havaintoja vastavuoroisesti toisten toimimisesta ja kokemuksista. Työntekijät käytettävyyden suhteen arjen työssä ja asiakkaat kokemukseen kysymyksistä ja niiden toimivuudesta. Yhteiset kokemukset tuodaan esille tulevissa arvioinneissa, joiden tulkitsijoina ja tiedon kerääjinä ovat olleet työntekijät. Kyselylomake todetaan osittain toimimattomaksi ja erilaisia ratkaisuja pohditaan. Työryhmässä päätettiin, että kyselylomakkeesta tehdään tarkempaa tutkimusta opinnäytetyön kautta, jonka tekee yksi kehittämistyöryhmän jäsen. Opinnäytetyön tulosten perusteella on tarkoitus arvioida kyselylomakkeen kehittämistarpeita. Opinnäytetyön tulosten perusteella kehittämistyöryhmä tulee päättämään jatkotoimenpiteistä.

7 KYSELYLOMAKE KEHITTÄMISTYÖN TULOSENA

Sähköinen kyselylomake on tarkoitettu työvälineeksi asiakastyöhön. Asiakas-kyselyn täyttävät asiakas ja työntekijä yhdessä. Pääasiassa suunniteltu kysely palvelee terveys- ja sosiaalivestonnan toteutumista. Kysymykset on laadittu haittojen minimoinnin näkökulmasta ja niiden tarkoitus on synnyttää keskustelua

vuorovaikutuksessa asiakkaan huumeiden käyttöön liittyvistä riskitekijöistä. Kyselylomake on myös ohjaavana runkona työntekijälle terveys- ja sosiaalineuvonnan toteutumiselle eri asiakkaiden kohdalla yksilötasolla. Työryhmässä koettiin varsinaisen terveys- ja sosiaalineuvonnan jäävän helposti toteutumatta, kun sitä toteutetaan neulojen ja ruiskujen vaihdon yhteydessä. Kyselylomake mahdollistaa ajan antamisen asiakkaalle ja kahdenkeskisen keskustelun tilan.

Uuden työmenetelmän tarkoitus on ensisijaisesti ”palvella” asiakasta ja työntekijää sekä varmistaa asiakkaiden kohdalla tapahtuva terveys- ja sosiaalineuvonta. Neuvonnan avulla voidaan ennaltaehkäistä tartuntatautien, kuten Hiv:n ja C-hepatiitin tarttuminen. Asiakkaiden kanssa käytyjen vuorovaikutustilanteiden avulla voidaan yhteistyössä tukea asiakkaan voimaantumista ja halua muuttaa käytöstään vähemmän haitalliseen päihteiden käyttöön

Kyselyn kautta on mahdollista hakea uudenlaista tietoa asiakkaan kokemasta arjesta ja siitä kuinka intensiivisen vuorovaikutuksen ja kohdennetun neuvonnan kautta asiakas mahdollisesti voimaantuu ja saa itsestään uudenlaista tietoa. Intensiivinen vuorovaikutus tarkoittaa sitä, että asiakas on koko ajan konkreettisesti osallinen kyselylomakkeen eri osiota täytettäessä. Kyselyosoiden tuottama graafinen kuva luo visuaalista kokemusta omasta itsestä, omasta tilanteesta. Graafisia kuvia on päihdekartoitusosiossa, missä eri päihteet on luokiteltu vähemmän haitallisista haitallisiin. Pistämisosiossa on karkea kuva ihmishahmosta, joka näyttää asiakkaan valitsemat pistokohdat punaisina. Asiakkaalla on myös mahdollista saada tuloste omista vastauksistaan. Kyselyä on tarkoitus tehdä säännöllisesti asiakkaille noin puolen vuoden välein. Tämä ei ehkä onnistu, sillä asiakaskuntaa on vaikea tavoittaa ja säännöllinen seuranta heidän kohdallaan on mahdotonta. Tarkoituksena on myös tuottaa palvelujen ostajalle enemmän tietoa terveys- ja sosiaalineuvonnan sisällöstä ja sen vaikuttavuudesta yksilö- ja yhteiskunnallisella tasolla.

7.1 Kyselylomake käytännössä

Kyselylomake on tarkoitettu työvälineeksi asiakkaan kanssa työskennellessä. Kyselylomakkeesta voi täyttää eri osioita erikseen eri aikoina, asiakkaan voimavarojen mukaan. Kyselyt jäävät ohjelmaan talteen, joten asiakkaan kanssa on mahdollista palata aikaisempiin tuloksiin ja verrata niitä hänen nykytilanteeseen. Arjen työssä ei yleensä ajatella asiakaskirjauksien ja niiden tuottaman tiedon tarpeellisuutta. Työntekijän näkökulmasta tärkeää on, että työn ohessa tapahtuva kirjaaminen asiakasrekisteriin toimii joustavasti ja helposti. Kehittämisprosessissa haluttiin kaikki asiakasrekisteriä ja kyselylomaketta käyttävät työntekijät mukaan ideoimaan ja kehittämään ohjelmaa sekä saamaan heidät tietoisiksi erilaisten tilastojen tuottamien raporttien ja kuvauksien tärkeydestä. Kyselylomakkeen kehittämisprosessin työskentelymallina oli kaikkien osallistaminen. Tämä tarkoitti, että jokainen kehittämistyöryhmään kuuluva A-klinikkasäätiön eri toimipisteen edustaja toimii itsenäisesti omalla työpaikallaan. Tehtävänä oli esitellä omassa työryhmässä kehittämisideat ja tarpeet muulle työryhmälle ja saada niihin palautetta sekä uusia kehittämisideoita. Näin pyrittiin saamaan käytännötason tietoa ohjelman toimivuudesta tai sen toimimattomuudesta. Kehittämisideoita ja palautetta kyselylomakkeen käyttäjiltä haettiin aktiivisesti jatko toimenpiteitä ja kehittämistä varten koko kehittämisprosessin ajan.

Kyselylomakkeen osioista pistäminen ja rokotukset/tutkimukset muodostavat kyselyn perusosan. Päihdekarttaa, haittakarttaa ja sairausosioita voi käyttää kun asiakkaan kanssa on työskennelty pidempään ja on tarkoituksen mukaista kartoittaa myös näitä osa-alueita hänen elämässään. Kyselyn tarkoituksena on myös varmistaa, että asiakkaan kanssa käydään läpi terveys- ja sosiaalineuvontaa muun muassa pistämisestä, haittojen minimoinnista, rokotusten, testauksen ja filttareiden käytön tärkeydestä.

Kyselyn avulla voidaan myös kehittää terveys- ja sosiaalineuvontatyötä sekä tuoda työn vaikuttavuutta paremmin esille raportoinnin avulla. Kyselyä on tarkoitus tehdä asiakkaalle toistuvasti. Ohjelmaan tulee muistutus asiakkaan kohdalle kun kysely olisi hyvä tehdä uudestaan.

Kyselylomakkeen osiot ovat: päihdekartta, pistäminen, rokotukset/tutkimukset, haittakartta ja sairaudet. Esittelen kyselylomakkeen osiot siinä järjestyksessä kuin ne ovat asiakasrekisterissä.

7.1.1 Päihdekartoitus

KYSELYT koekaniini synt.v.1985 Käyntipaikka: Espoon keskus

PÄIHDE Kysely tehty viimeksi 18.6.2010 18.6.2010 Poista valittu kartoitus Peru Uusi kartoitus

18.6.2010	Sija	PÄIHDEKARTTA (viim. puolen vuoden aik.)	Käyttötapa	Kertaa/aika	Yht. Määrä	EkaKerta(ikä-v)	Kommentti
<input checked="" type="checkbox"/>		heroiini, diamorfiini 111		2 /vrk	0	15	
<input checked="" type="checkbox"/>		kokaiini (tarkemmin määritte)					
<input type="checkbox"/>		metadoni (Dolmed) 144					
<input type="checkbox"/>		metamfetamiini 223					
<input type="checkbox"/>		LSD (lysergidihappo) 411					
<input type="checkbox"/>		ekstaasi (MDMA), MDA 240					
<input checked="" type="checkbox"/>		barbituraatit 311	Suun kautta				
<input type="checkbox"/>		amfetamiini (tarkemmin määrittelen)					
<input type="checkbox"/>		metyylifenidaatti, fenmetraliini (Rit-					
<input type="checkbox"/>		ketamiini 900					
<input type="checkbox"/>		bentsodiatsepiini (tarkemmin määril					
<input checked="" type="checkbox"/>		buprenorfiini (Temgesic, Subu	Pistämällä				
<input checked="" type="checkbox"/>		kannabis (tarkemmin määrit	Polttamalla	5 /kk		14	
<input type="checkbox"/>		kannabis (tarkemmin määrittelemätön) 600					
<input type="checkbox"/>		marihuana 611					
<input type="checkbox"/>		hasis 612					
<input type="checkbox"/>		hasisöljy 613					
<input checked="" type="checkbox"/>		muu määritelty kannabis 688					
<input checked="" type="checkbox"/>		tupakka 950	Polttamalla	15 /vrk		13	
<input type="checkbox"/>		alkyylinitriitit ("Poppers") 960					
<input type="checkbox"/>		liuotinaineet (tarkemmin määrittelei					
<input type="checkbox"/>		Muu Mikä? 970					

Legend: A B C U
29 14 29 29
7 ainetta

Kuvio 1. Päihdekartoitus

Päihdekartoituksen tarkoitus on kartoittaa asiakkaan sen hetkisen päihteiden käytön tilanne. Jokaisen päihteen valinnan kohdalla aukeaa vaihtoehtoisia aineita, joista asiakas valitsee käyttämänsä aineen tai aineet. Kyselyosiossa kysytään myös päihteiden käyttötapa. Näitä voivat olla suoneen pistäminen, suun kautta ottaminen, polttaminen tai nenän kautta nuuskaaminen. Kartoituksessa kysytään annosten määrää päivän, viikon tai kuukauden tarkkuudella. Osiossa on lisäkommentin mahdollisuus johon voi esimerkiksi kirjata, että asiakas yrittää vaihtaa haitallisen päihteiden käytön vähemmän haitalliseen, esimerkiksi suoneen pistämiseen sijaan suun kautta otettavaksi.

Samalla kun eri päihteitä käydään läpi, samalla puhutaan niiden vaikutuksista fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Kartoituksessa valitut päihitteet on luokiteltu haitallisesta vähemmän haitalliseen. Valitessa käytettyjä päihitteitä asiakkaan kanssa, ilmestyy sivun oikeaan laitaan kuvio, jossa on neljä eri väristä palkkia, A, B, C ja D. Näistä A edustaa kaikkein haitallisinta päihdettä ja D vähiten haitallista päihdettä. Luokitus on hyvin karkea, eikä perustu mihinkään standardisoituun luokitteluun. Kuvion avulla asiakas kuitenkin saa kuvan käyttämiensä päihteiden määrästä ja niiden haitallisuudesta.

7.1.2 Perusosa: pistäminen ja rokotukset/tutkimukset

KYSELYT koekaniini synt.v.1985 Käyntipaikka: Espoon keskus

PISTÄMINEN

Kysely tehty viimeksi 18.6.2010 18.6.2010 Poista valittu kartoitus Peru Uusi kartoitus

Pistoaika?	Pistoskerrat?	Minne pistät?	Mihin pistät?	Suonitulehdukset (0,5 v)?
<input type="radio"/> 0-3 kk	Päivässä 5	oik vas	<input type="radio"/> Vain laskimoon	<input type="checkbox"/> Käsivarsissa <input type="checkbox"/> Nivustaiveessa
<input type="radio"/> 4-12 kk	Viikossa		<input checked="" type="radio"/> Laskimoon ja lihakseen	<input checked="" type="checkbox"/> Käsissä <input type="checkbox"/> Kyynärtaiveessa
<input checked="" type="radio"/> 1-5 v	kk:ssa		<input type="radio"/> Laskimoon ja valtimoon	<input checked="" type="checkbox"/> Jaloiissa <input type="checkbox"/> Kaulalla
<input type="radio"/> 6-10 v			<input type="radio"/> Vain lihakseen	<input type="checkbox"/> Jalkaterissä <input type="checkbox"/> Kehossa
<input type="radio"/> yli 10 v			<input type="radio"/> Mihin vain	
0 vuotta			Muu pistäminen Mikä?	
Filterin käyttö: <input type="radio"/> Kyllä <input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> toisinaan				
Yhteiset injektiovälineet (viim. 0,5 v):				
<input type="checkbox"/> Neulat <input type="checkbox"/> Ruiskut <input checked="" type="checkbox"/> "Klikkiputit" <input type="checkbox"/> Filterit			Muu Mikä?	
Välineiden hävittäminen: <input checked="" type="checkbox"/> TerNeuPiste <input type="checkbox"/> Apt <input type="checkbox"/> AsianMuk.Rosk				
Missä iässä 1. pistokerta? 15 Pistäjä? <input type="radio"/> Itse <input checked="" type="radio"/> Joku muu <input type="radio"/> Ei havaintoa				
OLETKO SAANUT TARVITSEMAASI TIETOA TN-PISTEESTÄ?				

Kuvio 2. Pistäminen

Pistämisosiossa asiakkaan käyttöhistoriaa kartoitetaan. Siinä kysytään muun muassa ikää milloin hänen suonensisäinen päihteenkäyttönsä alkoi, kuinka kauan hän on käyttänyt ja kuinka usein hän käyttää päihteitä päivässä, vuorokaudessa, viikossa ja niin edelleen. Samalla kartoitetaan asiakkaan mahdolliset suonitulehdukset viimeisen puolen vuoden ajalta. Näiden kysymysten ja keskustelun aiheiden kautta voidaan kartoittaa myös asiakkaan omaa kokemusta siitä, miten tämä on vaikuttanut hänen muuhun hyvinvointiin ja sosiaalisiin kontakteihin. Pistämistilanteiden varmistaminen ja esimerkiksi asiakkaan fyysiset

jäljet pistämisestä saattavat vaikuttaa rajoittavasti hänen käyttäytymiseen muiden ihmisten kanssa sekä eri palveluihin hakeutumisessa.

Keskellä kyselyosiota on yksinkertaistettu ihmishahmokuva, jonka avulla kartoitetaan asiakkaan paikat mihin hän pistää päihteitä. Kuvion väri muuttuu punaiseksi niistä kohdista, mihin asiakas kertoo pistävänsä. Kuvion avulla asiakkaan kanssa käydään läpi vähiten haittaa aiheuttavat pistoskohdat ja kerrotaan pistämiseen liittyvistä riskitekijöistä. Kerrotaan vaihtoehtoisista käyttötavoista ja opastetaan minimoimaan suonitulehdukset sekä kerrotaan yhteiskäyttöön liittyvistä tartuntatautiriskeistä.

Kuvio 3. Rokotukset/tutkimukset

Rokotus ja tutkimukset osiossa kartoitetaan asiakkaan saamat rokotukset sekä onko hän käynyt testeissä. Kyselyosion avulla voidaan kertoa asiakkaalle eri tartuntataudeista, kuten hepatiiteista, HIV:stä ja niiden tarttumistavoista. Samalla voidaan eri laboratoriotestikohdan aikana kertoa, milloin testeissä kannattaa käydä ja millaisia riskitilanteita ja millaisia oireita eri tartuntatauteihin liittyy.

Osion avulla asiakasta aktivoidaan käymään testeissä, että hän olisi tietoinen omasta tilanteestaan tartuntatautien suhteen, sekä hän saa tietoa hänelle kuuluvista A- ja B-hepatiittirokotteista. Tämä mahdollistaa myös keskustelun eri tarjolla olevista hoitomuodoista. Tärkeää on keskustelu myös siitä, miten mahdollinen tartunta vaikuttaa asiakkaan omaan ja hänen läheistensä elämään.

7.1.3 Haittakartta

HAITTAKARTTA		Kysely tehty viimeksi 18.6.2010		18.6.2010		Poista valittu kartoitus	Peru	Uusi kartoitus
18.6.2010	<input checked="" type="checkbox"/> Asunnottomuus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Itsemurhayritys	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kouristuksia	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Toimeentulovaikkeudet	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Suonitulehdukset	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tajuttomuus	<input type="text"/>		
	<input checked="" type="checkbox"/> Sakot	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Yliannokset	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Akut, psyk. hoidon tarve	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Vankeus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Valtimotukokset	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Huono ravitsemus	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Velkaantuminen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Paiseet	<input type="text"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Univaikkeudet	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Ongelmat vanhemmuudessa	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Patit	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ei toivottu raskaus	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> Fyys. väkivalta	Tekijä <input type="text"/> Kohde <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> "Horkka"	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Henk. väkivalta	Tekijä <input type="text"/> Kohde <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tartuntatauti	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Prostitutio	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sukupuolitauti	<input type="text"/>				

Kuvio 4. Haittakartta

Haittakartan avulla pyritään kartoittamaan joitakin asiakkaan sosiaalista tilannetta, psyykkistä tilaa ja fyysisiä sairauksia. Kartoituksen avulla voidaan asiakkaan niin halutessa auttaa häntä selvittämään niitä epäkohtia mitkä hän esille tuo. Kyse voi olla tiedon jakamista, esimerkiksi toimeentulotuki lomakkeiden antamista, sosiaalineuvontaa ja ohjausta joko sosiaali- tai terveydenhuollon palveluihin.

7.1.4 Sairaudet

SAIRAUDET + muut kysymykset		Kysely tehty viimeksi 18.6.2010		18.6.2010		Poista valittu kartoitus	Peru	Uusi kartoitus
18.6.2010	<input type="checkbox"/> A-hepatiitti	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Syöpätauti	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/> B-hepatiitti	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Silmäsairaus	<input type="text"/>				
	<input checked="" type="checkbox"/> C-hepatiitti	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Psykoottisuus	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Skitsofrenia	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Sukupuolitauti	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Melialahäiriö	<input type="text"/>				
	<input checked="" type="checkbox"/> Allergia	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Panikkohäiriö	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Keuhkosairaus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tarkkaav. häiriö	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Pysyvä fyysinen trauma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Syömis häiriö	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Munuais sairaus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hoitamattomat hampaat	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Maksasairaus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ihosairaus	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Aivosairaus	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Gynegologinen sair	<input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Urologinen sair.	<input type="text"/>				

Kuvio 5. Sairaudet

Sairaudet osion kautta voidaan kartoittaa asiakkaan terveydentilaa hyvin yleisellä tasolla. Terveysneuvonnan avulla asiakasta voidaan ohjata ja opastaa eri terveydenhuollonpalveluihin.

Edellä kuvattujen kyselyosioden käytöstä arjen työssä yhdessä asiakkaiden kanssa tein neljä haastattelua A-klinikkasäätiön terveys- ja sosiaalineuvontapisteiden työntekijöille. Haastattelujen tuottaman aineiston pohjalta pyrin arvioimaan kyselylomakkeen toimivuutta ja niiden käyttämisestä saatuja kokemuksia kautta arvioida kehittämissprosessin tuottaman kyselylomakkeen käytettävyyttä.

8 KYSELYN TOIMIVUUDEN ARVIOINTI

Tein ensin sähköisen kyselyn työryhmässä mukana olleille yksiköille ja niiden henkilökunnalle, kartoittaakseni heidän kokemuksiaan pilottivaiheen asiakaskyselystä sekä nyt aktiivi käytössä olevasta asiakaskyselystä. Vastauksia sain neljä kappaletta. Kaikki olivat sisällöltään niin suppeita, että vaihdoin aineiston keruun teemahaastatteluun. Teemahaastattelu on avoimen haastattelun ja strukturoidun haastattelun välimuoto. Siinä haastattelurunko on lähinnä haastattelijaa ohjaava, häntä haastattelutilanteessa tukeva, aiheittain teemoitettu runko. Haastateltavat toimivat kuten avoimessa haastattelussa ja haastattelurungon avulla haastattelijä ohjaa haastateltavaa kertomaan avoimesti mielipiteitään, ajatuksiaan ja kokemuksiaan haluamiinsa tutkimuskysymyksiin ja teemoihin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 205.) Teemahaastattelurunkoa ei missään vaiheessa näytetty haastateltaville. Se toimi vain haastattelijan apuvälineenä.

Aineiston keruun tapahtui havainnoinnin sekä työntekijöiden haastattelujen kautta. Toteutin työn haastattelemalla kahta terveydenhoitoalan ja kahta sosiaalialan työntekijää niissä A-klinikkasäätiön yksiköissä, joissa kyselylomake on käytössä. Nauhoitin haastattelut ja tein saadusta aineistosta sisällön analyysin. Kävin läpi aineiston ja nostin sieltä esille ne seikat, jotka vastasivat tutkimusky-

symyksiäni. Litteroin aineiston ja kokosin niistä yhteneväiset, esiin tulleet pääasiat, teemat, joilla hain vastauksia tutkimuskysymyksiini. Joissakin kohdissa haastattelun litteroinnissa aineistoa tiivistettiin jättämällä pois haastateltavan omien sanojen toistot ja vastausten kerrontaan liittyvät täytesanat, jos ne toistuivat useamman kerran peräkkäin. Täytesanoja myös käytettiin haastateltavien lainauksissa kun ne tuntuivat luontevilta sisällyttää litterointiin. Myös uudelleen saman lauseen, asian, toistamiset poistettiin litteroinnin selventämiseksi. Haastatteluaineistoa kertyi nauhoitettuna noin kolme ja puoli tuntia. (Hirsjärvi & Hurme 1980, 91 – 94; Tuomi & Sarajärvi 2009, 81– 83.)

Kaikki haastateltavat olivat olleet omalta osaltaan mukana kehittämässä kyselylomaketta asiakasrekisterissä. Haastattelut oli sovittu tapahtuvaksi 18.10.2012 ja viimeiset haastattelut tehtäväksi 1-2.11.2012. Sen jälkeen oli tarkoitus purkaa nauhoitetut haastattelut kirjalliseen muotoon ja purkaa ne nauhoitetusta tallenteesta sanasta sanaan. Aineisto litteroitiin suunnitellusti ja yhteensä aineistoa kertyi 44 sivua litteroitua tekstiä.

Kaikki haastattelut oli sovittu etukäteen tapahtuvaksi rauhallisessa paikassa, ilman häiriötekijöitä ja aika oli suunniteltu tapahtuvaksi työajan puitteissa. Yksi haastattelu tapahtui kuitenkin ennalta sovitusta paikasta muualla ja se jonkin verran lisäsi ulkopuolisia häiriötekijöitä haastatteluun, jolloin haastateltavan ja haastattelijan vuorovaikutus ei ollut täysin keskittynyttä. Kaikille haastateltaville kerrottiin, että haastatteluun osallistujan työpaikan yksikköä, sukupuolta ja roolia ei tarkasti ilmaista tässä opinnäytetyössä. Mahdollinen viittaus ammattiin terveydenhoidon tai sosiaalipuolen alalta ei anna olettaa, että haastateltava tunnistettaisiin tässä työssä. Haastavaa onkin tuottaa tietoa ilman, että haastateltavat tunnistetaan, sillä A-klinikkasäätiöllä on kuusi terveys- ja sosiaalineuvontapistettä ja henkilökuntaa on noin kolmekymmentä valtakunnallisesti. Tämä tarkoittaa, että kaikki A-klinikkasäätiön terveys- ja sosiaalineuvontatyössä työskentelevät ovat tietoisia muista työntekijöistä.

Nimesin haastateltavat satunnaisessa järjestyksessä H1:stä H4:ään. Haastattelun perässä oleva nimeämiskoodi ei kerro missä järjestyksessä haastattelut teh-

tiin anonymiteetin varmistamiseksi. Haastattelut tapahtuivat 29.10.2012, 6.11.2012, 15.11.2012 ja 9.1.2013. Mikään sovittu haastatteluista ei tapahtunut sovittuna aikana, vaan niitä jouduttiin sopimaan ja suunnittelemaan aina vaihtuvien tilanteiden mukaan. Viimeinen haastattelu onnistui vasta 9.1.2013, joka viivästytti aineiston analyysia ja sen käsittelyä.

Aineiston analyysi tapahtui neljän teemahaastattelujen tuottamien materiaalien, litteroinnin ja analyysin kautta. Haastateltavien taustoja kysyttiin vain yleisellä tasolla. Tarkoituksena ei ollut kerätä tietoa sukupuolesta, iästä, työkokemuksesta tai muusta sellaisesta haastateltavien anonymiteetin suojaamiseksi. Jatkokoulutuksia tai muita työhön liittyviä lisäkoulutuksia ei myöskään kysytty.

Tallenteiden purkaminen sanasta sanaa haastattelijan toimesta oli perusteltua sillä, että haastateltavia oli neljä ja haastattelija kuului haastateltavien kanssa samaan kehittämistyöryhmään, jonka avulla kyseessä olevaa asiakasrekisteriohjelmaan kuuluvaa kyselylomaketta pyrittiin kehittämään. Näin haastattelujen purku ei jäänyt vain haastattelijan tiedon ja tulkinnan varaan, vaan aineisto tuli käsiteltyä mahdollisimman luotettavasti. Toisaalta haastattelijan subjektiivisuus saattoi vaikuttaa haastattelujen tulkintaan, mutta pyrkimys oli säilyttää objektiivinen työote.

Jokaisesta haastateltavista nousi esille tietoisuus omasta roolista ja ammattitaidosta omassa työyhteisössä. Oma ammatti-identiteetti oli selkeästi omaksuttu sekä oma rooli työyhteisön yhtenä toimijana koko työyhteisön kokonaisuudessa oli selkeä kaikille haastateltaville. Terveys- ja sosiaalineuvontatyö kokonaisuutena koettiin arvokkaaksi työksi, jonka näkökulmasta haastateltavat kertoivat teemahaastattelun aikana omia ajatuksiaan ja refleктоivat omaa työtään.

Käytän puheeksiottamisen työvälineen nimenä kyselylomake ja sen eri osioita niiden nimillä. Sanavalinta johtuu siitä, että kyselylomake ja kyselyosiot sanoina ovat kaikkien käytössä. Sanojen käytöstä ei ole erikseen sovittu, vaan ne ovat luontevasti nousseet esille arjen työssä työntekijöiden keskuudessa.

8.1 Työntekijähaastattelujen toteuttaminen

Jokaisella haastateltavista oli selkeä kuva, haastattelujen perusteella, itsestä toimijana arkipäiväisessä työssä ja sen toimivuuden osatekijänä. Työ terveys- ja sosiaalineuvonnassa ja siihen liittyvät tehtävät oli sisäistetty arkityöhön kuuluviksi. Niitä ei erikseen nostettu erillisiksi työtehtäviksi, vaan ne olivat luonteva osa vuorovaikutuksellista asiakastyötä. Myös asiakasrekisterin ja puheeksiottamisen työvälineen kehittämistyö kuului osana arjen työtä.

Roolini on siis asiakastyöskentelyä, asiakkaan terveysneuvontaa, sosiaalista ohjausta ja arjessa tukemista. Mä oon kuitenkin niin ruohonjuuritason työntekijä että varmaankin mä hakeudun siihen kontaktiin niiden palveluntuottajien kanssa ja toki olisi fiksuja jos palveluiden ostajilla olisi tämä systeemi selvillä, että miksi mitään tarvitaan ja kuinka paljon ja miten se on todennettu. (H 2)

Oon ollu tätä vinkkiohjelmaa kehittämässä, siten tässä työryhmässä mukana. Mä toivon että päästään kehittämään tätä kyselyä niin että se oikeesti olis hyvä ja toimiva ja palvelis meitä ja varsinkin asiakkaita mahdollisimman hyvin. (H 3)

Mulla on pitkä kokemus ja halu kehittää asioita koko ajan. (H 1)

Jokainen haastateltava koki roolinsa työyhteisössä yhtenä vaikuttavana tekijänä, yhtenä osana kokonaisuutta, osallisena työryhmässä. Kaikki olivat osallisena työmuotojen kehittämiseen ja työtapojen muokkaamiseen myös asiakasrekisterin kyselylomakkeen suhteen. Kyselylomakkeen toivottiin tuottavan uutta tietoa niin asiakkaille kuin työntekijöille. Asiakkaille toivottiin tietoa oman hyvinvoinnin edistämisestä haittojen minimoinnin näkökulmasta. Työntekijät toivoivat saavan uutta tietoa muun muassa asiakkaiden yhteiskäytöstä, kentällä tapahtuvista asioista, kuten esimerkiksi lisääntyneistä suonitulehduksista asiakkailla. Tämänkaltaisten tietojen saannin katsottiin nimenomaan olevan tarpeellisia nopeaan reagointiin tehdä asian hyväksi jotakin asiakkaiden keskuudessa. Näitä toimenpiteitä katsottiin olevan esimerkiksi nopea tiedottaminen asiakkaille eri-

laisista kentällä näkyvistä ilmiöistä sekä kyseisten aiheiden nostaminen esille puheen ja erilaisten kirjallisten materiaalien muodossa terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä. Näitä nopeasti reagoitavia aiheita olivat yleensä katukaupassa liikkuvien aineiden vaarallisuus ja niiden aiheuttamat konkreettiset riskit käyttäjille.

Puheeksiottamisen työvälinettä eli kyselylomaketta on käytetty hyvin vähän kaikissa yksiköissä. Kaikki toivat esille sen, että ajatus on hyvä, mutta tilanteet, missä sitä voisi käyttää, on jäänyt kaikille epäselväksi ja se ei ole itsestään selvä väline vuorovaikutukseen asiakastyössä. Terveys- ja sosiaalineuvonnan arjen työ on hyvin hektistä ja tilanteet asiakkaan sekä hänen asioiden kanssa tapahtuvat hyvin nopeasti. Tilanteisiin ja asiakkaan tarpeisiin vastataan välittömästi niillä keinoin mitä on käytettävissä. Näissä nopeissa asiakaskontakteissa kyselylomake ja sen käyttö eivät ole olennaisia, vaan vastaaminen asiakkaan sen hetkiseen tarpeeseen tai tarpeisiin. Tarve voi olla tiedollista, hoidollista tai ohjausta oikeiden palveluiden piiriin. Kontaktin kesto voi olla muutamasta minuutista muutamaan tuntiin. Ensimmäisenä ei työntekijälle tule mieleen kyselylomake ja sen täyttäminen.

On kuitenkin tilanteita, joissa kyselylomake on koettu hyvänä puheeksiottamisen työvälineenä. Tilanteet ovat olleet sellaisia missä työntekijä on kokenut, että hänellä on aikaa keskustella asiakkaan kanssa enemmänkin kuin sen normaalin, hektisen, ”pikakontaktin” verran. Asiakkaan kanssa on aloitettu puhumaan esimerkiksi pistämiseen liittyvistä asioista ja siinä tilanteessa on ollut helppo ottaa pistämisosio käyttöön ja sen tuoman visuaalisen kuvan kautta käydä läpi turvallisempaa pistämistä.

Myös testitilanteet ovat usein jännittyneitä tilanteita, joissa asiakkaan kanssa yhdessä odotetaan vastausta esimerkiksi Hiv-pikatestiin. Näissä tilanteissa asiakkaan jännittyneisyyden lieventäminen on antanut aihetta täyttää yhdessä kyselylomakkeen eri osioita. Terveys- ja sosiaalineuvontapisteissä käytössä oleva Hiv-pikatesti antaa asiakkaalle tuloksen mahdollisesta tartunnasta noin kahdeskymmenessä minuutissa. Vastauksen odottaminen on asiakkaille hyvin pitkä

aika ja vastaustulosta pelätään. Asiakas tulee testiin hänelle tapahtuneen riskitilanteen takia. Riskitilanne ja kokemus siitä ovat subjektiivista asiakkaan näkökulmasta. Syitä ovat huoli omasta terveydestä, tarve "varmistaa" oma tilanne tartuntatautien suhteen. Riskitilanne on voinut olla neulanpistotapaturma, mahdollinen huumeiden käyttöön liittyvä välineiden yhteiskäyttö, tai kokemus siitä, että ei ole varma onko ollut riskitilanteita.

... Aaa testitilanteissa oon käyttäny sitä, et jos on vaikka hiv- pikatesti , niin se kestää noin 15 minuuttia 20 minuuttia, niin sit on sellanen rauhallinen aika niin ku jutella kun odotetaan sitä testitulosta, vastausta...ja kun asiakas itse pyytää että voisko kartoittaa hänen elämän tilannettaan. (H4)

No sellainen tilanne missä mä tiedän, että mulla on aikaa, olla, olla niin ku olla asiakkaan kanssa kahestaan sillä tavalla ettei oo pelkoo siitä että tilannetta joutuis keskeyttämään mitenkään... (H2)

Se vaan, no, mun kohalla on varmaan ollu se että , että tota, jos mä oon asiakkaan kanssa lähteny keskusteleen esimerkiksi jostain, vähän mä oon kysyny jostain pistämiseen liittyvästä asiasta ja silloin mun on ollu helppo avata se pistämisosio sieltä ja ruveta sitä kautta sitte kyselemään häneltä, et mikä se hänen tekniikkansa esimerkiksi on. Ja sitten lähteny sitä kautta niinku purkaan sitä hänen pistämistään ja kaikkea muuta siihen liittyvää. (H3)

Usein käydään läpi sitä kyselyä suullisesti, mutta jää puheen tasolle. Todettu että se on hyvä ja siinä on hyviä aiheita, Että , että tota jos sitten kun tosiaan on niin, sit se, se ajankäyttö..hmmm (H1)

Asiakkaiden valikoituminen kahdenkeskisiin vuorovaikutustilanteisiin työntekijän näkökulmasta olivat erilaisia. Yhteneväistä oli kuitenkin se, että tilanne ja ajankohta pitivät olla työntekijöiden mielestä rauhallisia, että asiakkaan saama henkilökohtainen keskustelu ei häiriintyisi ja hän saisi parhaan mahdollisen hyödyn ja tiedon omien asioiden hoitamiseen. Erilaisuus nousi esiin tavassa käyttää tai ottaa asiakkaan kanssa puheeksi kyselylomake. Tähän vaikuttivat työyksikössä

koetut erilaiset tilanteet. Kahden haastateltavan mielestä kyselylomakkeen täyttämisen asiakkaan kanssa voi aloittaa jo vaihtotilanteessa niin sanotusti ”tiskillä”. Tiskillä tarkoittaa neuojen ja ruiskujen vaihtotilannetta, missä voi samalla erilaisten käyttövälineiden kautta alkaa keskustelemaan haittojen minimoinnista. Esimerkkinä on päihteiden käyttöön liittyvien välineiden yhteiskäyttö. Tarvikkeita antaessa voi aina kertoa, että muista aina käyttää omia välineitä. Tästä seuranneesta vuorovaikutuksesta johtuen on päästy asiakastilanteessa ja vuorovaikutuksessa sille tasolle, että on ollut helppo ehdottaa kyselylomaketta, vaikka tuodakseen esille erilaisten käyttövälineiden yhteiskäytöstä johtuvia haittavaikutuksia.

Et mitään ei niinku ehkä välttämättä niin ku huomaakkaan kysyä ihan siinä normaalissa, niin ku siinä tiskillä tapahtuvassa keskustelussa esimerkiksi , et sitte sen,,, osion sen pistämisosion kautta kun sä oot sen avannu ja sä oot lähteny liikkeelle esimerkiksi jostain ihan yksinkertasesesta, että kaveri sanoo, että mihinkä hän pistää...et sit oot kysyny, että jos sä et pysty pistään siihen niin pystytkö pistään johonki muualle, niin sit kaveri on kysyny, et mihin sit voi pistää...ja sit sitä kautta on voitu lähteen katon sitä kuvaa siitä pistämisosioista esimerkiksi. (H3)

Toisaalta jotkut työntekijöistä odottivat sopivaa hetkeä pyytää asiakasta keskustelemaan asioista, joita työntekijän mielestä on hyvä käydä läpi haittojen minimoinnin näkökulmasta. Nämä tilanteet nousivat esiin silloin kun asiakkaasta oli jo jonkin verran tietoa, mutta varsinaista luottamuksellista vuorovaikutustilannetta ei ollut vielä syntynyt. Näissä tilanteissa työntekijä odotti sopivaa tilannetta kahdenkeskiseen keskusteluun saadakseen aikaan tilanteen, jossa asiakkaan kanssa käyty haittojen minimointi keskustelu, asiakkaan oman hyvinvoinnin takia, oli työntekijän mielestä aiheellista. Huoli nousi työntekijän näkökulmasta siitä, että tiesikö asiakas päihteiden käyttöön liittyvät riskit oikein ja osasiko hän välttää riskitilanteet sekä mikä asiakkaan muu hyvinvointi oli sillä hetkellä. Jokin seikka asiakkaassa oli kuitenkin herättänyt huolen asiakkaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista.

On sopiva hetki, et mä oon arvioinut sen tilanteen niin et asiakas on valmis siihen et keskustellaan ja on mukava keskustella, on niin ku et, että niin ku on löytänyt se ajan. (H4)

8.2 Kokemuksia kyselylomakkeen käytöstä

Ajankäyttö tuli esille kaikkien haastateltavien pohdinnoissa. Ajankäytön rajoitukset koskivat nimenomaan syyllistävästi henkilökuntaa kohtaan heidän omasta mielestään. Kaikki halusivat tehdä laadukasta asiakastyötä ajan kanssa ja antaa asiakkaille enemmän aikaa, mutta kokivat sen mahdottomaksi. Työn nopearytmisyys ei luo mahdollisuuksia kahdenkeskisiin asiakasaikoihin tai intensiiviseen työntekijä-asiakassuhteeseen. Kaikkien huoli työn toimivuudesta koski nimenomaan sitä, miten kollegat pärjäävät jos yksi on poissa asiakkaan kanssa kahdenkeskisessä keskustelutilanteessa. Resurssien riittämättömyys ja oma rooli työntekijänä kokonaisuudessa työn toimivuuden kannalta ei luonut työntekijälle mielikuvaa siitä, että hän voisi olla pois työtilanteista yksittäisen asiakkaan kustannuksella miettimättä samalla kuinka muu työryhmä pärjää ja selviää hektisistä asiakastilanteista.

No kyllä mä koen sen että että että itsellä on semmonen tunne että ei voi olla niin ku siitä asiakastilasta niin paljon pois että tavallaan toivois, että ois enemmän resursseja et vois varata sen ajan et nyt mä oon tän ihmisen kanssa tossa vaikka pois tunnin, mutta mitä se sitten on, mutta aina pitää ajatella sitä että jos tulee hässäkkää, että onko tarpeeks jengii ja sit kun se on kuitenkin tämmönen ,että se täytyy olla erillisessä huoneessa, sitä ei voi tehdä missään muualla kun siellä, et voi olla asiakkaan kanssa kahen kesken ... (H2)

Ja toinen on, on sitten, on vaan se, se realiteetti, ettei oo sitä aikaa...(H1)

Et sitten jos kahelleenkin on töissä ja ite istut siellä neljän seinän sisällä asiakkaan kanssa, ja sitte tiedät kuitenkin, takaraivossa, koko ajan nakuttaa, että se toinen työntekijä joutuu haltsaan koko loppu asiakasmäärän

siinä, joka voi olla aika isokin, ni, kyl se pikkasen tuo sitä haastetta....
(H3)

Pitäisi olla enemmän aikaa ja pitäisi löytää sitä itse, koska se luo parempia asiakaskontakteja...hmm. (H4)

Huolimatta siitä miten työntekijät kokivat ajankäytön työssään rajoittavana tekijänä, kokemukset toteutuneista kyselylomakkeen täyttötilanteista olivat kuitenkin pääasiassa positiivisia ja työn näkökulmasta yllättäviäkin. Myös työnteon ja terveys- ja sosiaalineuvonnan näkökulmasta nousi työntekijöille ajatuksia lomakkeen tarpeellisuudesta ja tarpeettomuudesta.

Positiivisuutta tilanteisiin toi tilanteen rauhallisuus ja kahdenkeskinen ajankäyttö asiakkaan kanssa. Koettiin, että asiakkaan kanssa oli mahdollista keskustella asioista ympäristössä, missä asiakas koki tulevansa kuulluksi ja sai jakaa omaan elämäänsä liittyviä asioita työntekijän kanssa. Asiakkaan koettiin myös saavan tunteen siitä, että työntekijällä oli aikaa kuunnella ja rauhassa keskittyä yhdessä asiakkaan kanssa juuri hänen tilanteeseensa.

...mennään tekeen siihen niin ku tavallaan hoituhuoneeseen, mihin päästään niin ku neljän seinän sisään, niin silloinhan se asiakas saa tavallaan sen kahdenkeskisen ajan mun kaa. Et mitä ei välttämättä muuten ehkä sais siinä arjen touhussa. (H3)

Kokemus ajan antamisesta, kuuntelemisesta ja tasa-arvoisesta kohtaamisesta asiakkaan kanssa koettiin vaikuttavan vuorovaikutussuhteen syventymisenä. Vuorovaikutuksen syveneminen ja sen jatkuminen oli asiakkaan kanssa helpompaa kyselylomakkeen täytön jälkeen. Asiakkaalle oli helpompaa tulla keskustelemaan saman työntekijän kanssa asioista, joista hänellä oli tarve puhua ja joista hän oli jo puhunut aikaisemmin kyselylomaketta täyttäessä. Myös työntekijän oli helpompi aloittaa keskustelu asiakkaan kanssa, kun taustalla oli jo yhteinen kahdenkeskinen vuorovaikutustilanne. Tuntui luontevalta kysyä, että ovatko asiat edistyneet edellisen tapaamisen jälkeen ja halusiko asiakas kenties jatkaa siitä mihin jäätiin ja tarvitseeko hän kenties tukea, ohjausta tai neuvontaa

aikaisempiin asioihin tai jossakin muussa asiassa. Näin näiden kysymysten esittäminen ei tuntunut tungettelevalta työntekijän mielestä vaan luontaiselta jatkumolta syntyneeseen luottamukselliseen asiakas- työntekijäsuhteeseen.

Se on poikinu sillä viissiin, et sitten kun asiakkaan kanssa on tehny tällasen kyselyn ja ku asiakas tulee seuraavan kerran käymään, niin siinä on ikään kuin semmonen yhdistävä tekijä, että asiakas tietää, että olemme tehneet näitä kyselyitä ja mä tiedän niitä asioita mitä hän on kertonut. Ni sehän on toisenlainen sen jälkeen, että, tavallaan hän on niinku avannu sen kirjansa. niin kyl mä koen sen jotenkin, et se on, että myös itse rohkaistuu sitten niin ku jatkossa...(H2)

Asiakkaat on sitoutunut paremmin, niin ku kyselyn avulla saat niin ku paremman kontaktin ihmiseen, mä oon niin ku asiakkaan kans sitä kysely osioo tehny, että se asiakaskontakti on niin ku parempi, et niin ku läheisempi kontakti...(H4)

Yllättävintä työntekijöiden mielestä oli huomata se, vaikka perustyö on sosiaali- ja terveysneuvontaa haittojen minimoinnin näkökulmasta, usein perustyö kuitenkin oli unohtunut kiireisessä arjessa. Perustyö, sosiaali- ja terveysneuvonta, on pitkälti samojen asioiden toistamista asiakkaiden kanssa. Ne liittyvät juuri turvallisempaan pistämiseen ja riskien välttämiseen käyttötilanteissa sekä asiakkaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Näitä asioita on tarkoitus käydä asiakkaiden kanssa läpi säännöllisesti ja aina muistuttaa niihin liittyvistä asioista. Näitä asioita ei kuitenkaan oltu aina käyty läpi asiakkaiden kanssa. Arkisissa keskusteluissa nousi esille, että asiakkaille ovat monet asiat edelleen epäselviä, mitkä liittyvät varsinkin käyttövälineisiin ja niiden turvalliseen käyttämiseen. Pistämispaikkojen riskejä ei tiedostettu, eikä perushygieniaan osattu kiinnittää huomiota pistämistilanteissa. Myös monet väärät uskomukset koettiin todellisenä tietona asiakkaiden keskuudessa. Tästä esimerkkinä uskomus, jonka mukaan C-hepatiitti ”koteloituu” ja siten ei voi enää tartuttaa muita. Tai että C-hepatiitin voi saada vain yhden alatyypin kerrallaan, vaikka asiakkailla on mahdollista saada samanaikaisesti useita eri C-hepatiitin alatyyppejä päällekkäin.

Koska meidän työ on sitä toistamista, samojen asioiden toistamista, niin sekin on semmoista et sitä, siinä tulee vähän "laiskaks". Kun pitää toistaa ja eiks tää oo niin ku sanottu. Mutta sehän on ainutlaatuista sille asiakkaalle joka tulee niin, niin nimenomaan senkin varmistaminen tietysti. Se suhteen luominen on välillä pitkällistäkin, et sitten kun se asiakas, uusi ihminen onkin käyny, niin ku vaikka kymmenen kertaa, niin sitten se ei oookkaan enää uusi, mutta ei sitä koskaan oo niinku käyty läpi niitä perus asioita. Koska siinä saattaa käydä ja monesti ite miettii että, et sitten kun nää asiakkaat on käyny jonkun aikaa niin, niin onko niille koskaan oikeesti käyty läpi tiettyjä asioita. (H1)

Mut mä luulisin et myös asiakkaille, niin ku semmonen helppo väline, niin ku ottaa asioita esille. Ja varsinkin, ehkä semmosiakin asioita mitä ei ite ihan välttämättä, ei ihan oikeesti, .siinä arjessa pitää niin ku itsestään selvinä...ettet niin ku osaa edes, niin ku siinä arjessa kysyä ihmiseltä jotakin. Ja mä en oo ees tajunnu välttämättä ees et siinä arjessa kysyä asiakkaalta, et se on niin ku sillai hyvä työkalu niin ku itellekin muistutuksena. (H3)

Yllätyksenä kaikille työntekijöille nousi myös se, että kyselyä tehdessä asiakas saattoikin tuottaa hyvin moninaisia asioita. Jotkut asiat olivat hyvinkin raskaita käsitellä. Työntekijät eivät olleet aina varautuneita käsittelemään haastavia aiheita sekä he ennakoivat kyselyyn menevän ajan liian lyhyeksi. Kyselyosiota alkaessa tekemään täytyy työntekijällä olla ammattitaitoisia valmiuksia kohdata ja vastata asiakkaan esiin tuomiin haastaviin aiheisiin. Myös aiheiden rajaus oli haastavaa. On asioita mitä työntekijä ei välttämättä halua tietää asiakkaasta ja hänen kertomastaan. Nämä asiat liittyivät suoraan rikollisuuteen, joista työntekijät eivät halua tietää mitään. Koska asiakkaan kanssa työskennellessä ei koskaan tiennyt mihin suuntaan keskustelun aiheet menivät, koettiin haastavana tässäkin asiassa ajan käyttö. Koettiin, ettei voida keskeyttää tilannetta, vaikka tiedettiin muun työnryhmän tarvitsevan työntekijän panosta muualla. Asiakkaalle ei kuitenkaan voinut sanoa, että työntekijää tarvitaan nyt muissa työtehtävissä ja jatketaan joskus myöhemmin aloitettua keskustelua. Asiakkaan avautumista ja hänen tunteiden purkamista ei voi lopettaa ilman, että siinä on yhteistyössä saatu aikaan jokin tulos ja molempia tyydyttävä loppuratkaisu johonkin tavoitteelliseen suuntaan. Toki työntekijä ja asiakas voivat sopia tapaavansa uudes-

taan samojen asioiden tiimoilta, mutta siinä vaiheessa on yhdessä päästy johonkin ratkaisuun ja uudelleen tapaaminen on yhdessä sovittu lopputulos tai jatkumo.

Väkee on vähän töissä, et tiedät, että kun sä rupeet jotain tämmöstä ikävämää juttua purkaan, et sä voi kuitenkaan asiakkaalle sanoa, et kuule, että sun tuntis tuli täyteen...että tää oli nyt tässä, jatketaan sitten vaikka viikon päästä. Et sit sun on niin ku pakko ottaa se aika jostain, että sä kuuntelet sen asian, tartut siihen ja viet ees jollain tasolla vähän eteenpäin. Ettei asiakas jää ihan tyhjän päälle kun hän on ensin avannu omaa, omaa elämäänsä siinä ja minä sitten työntekijänä tulen ja sanon: et heippa, tää oli tässä. Et se on niin ku se toinen haaste, koska ne asiat on niin moninaisia. (H3)

Jonkin verran on tullu sillä viissiin, et sit asiakas alkaa tuottamaan enemmänkin tietoo. Pelkästään et sanoo: et mulla on nyt ollu tai tapahtunut, tapahtunu vaikka mitä. Ja täähän alko silloin vuonna se ja se ja sitten tapahtu sitä ja tätä. Sielt tulee paljon niin ku sellasta muutakin kuin mitä siinä kysytään. (H2)

8.3 Kokemukset kyselylomakkeen eri osioista

Kyselylomakkeesta nousi kaikista eniten esille pistämiseen ja rokottamiseen liittyvät osiot. Niitä pidettiin hyvinä ja käyttökelpoisina. Ne olivat myös kysymyksiä, joissa asiakas ei tullut leimatuksi, vaan ne olivat niitä yleiskysymyksiä mitä kaikille asiakkaille esitettiin. Kysymykset nousivat esille perusterveysneuvonnasta, jota työntekijät ovat luontevasti käsitelleet päivittäin asiakkaiden kanssa käyttövälineiden vaihtotilanteissa. Näissä tilanteissa saatettiin ohimennen kysyä, että tietäähän asiakas esimerkiksi huumausaineista epäpuhtauksia suodattavien filttareiden tärkeyden. Kun näistä tilanteista nousi jatkokeskustelua, oli helpompi jatkaa keskustelua myös muiden aiheiden parissa asiakkaan kanssa. Keskustelu yleensä kuitenkin pysyi yleisellä tasolla, johtuen tilassa olevista muistakin asiakkaista. Näistä tilanteista oli kuitenkin mahdollista ehdottaa asiakkaalle koko kyselylomakkeesta pistämiseen ja rokottamiseen liittyvien osioi-

den läpikäyntiä yhdessä. Työntekijöiden mielestä karrikoitu kuva ihmishahmosta, missä pistämiskohdat muuttuvat punaisiksi asiakkaan valintojen mukaan oli hyvä konkretisoimaan asiakkaalle hänen pistospaikkansa. Samalla pystyi ottamaan puheeksi eri pistospaikkoihin liittyvät riskit.

Mutta kyl siit on hyötyy, sillä tavalla niin ku ne alkaa miettiin myös vähemmän haitallisia paikkoja mihin voi pistää, mitkä on ne niin sanotut oikeat paikat mihin tulee pistää jos täytyy pistää. (H2)

Vähän mä oon kysyny jostain pistämiseen liittyvästä asiasta ja sillon mun on ollu helppo avata se pistämistösio sieltä ja ruveta sitä kautta sitten kyselemään häneltä, että mikä se hänen tekniikkansa esimerkiksi on. Ja sitten lähteny sitä kautta niin ku purkaan hänen pistämistään ja kaikkea muuta siihen liittyvää ja sitten kun näitä muutamia kun oli tehny, niin sitten huomas et kuinka paljon helpompaa oli niin tarttua kaikenlaisiin aiheisiin, mitä vaan voi nousta sen kyselyn kautta. (H3)

Rokottamis- ja testiosio toimi osan työntekijöiden mukaan hyvänä muistuttajana asiakkaille kuuluvista testeistä ja rokotuksista. Näitä molempia tarjotaan asiakkaille aktiivisesti, mutta arjen kiireessä unohtuu välillä tuoda ne ja niiden tarpeellisuus esille. Asiakkailla saattaa olla usein riskitilanteita, missä he ovat olleet alttiita erilaisille tartuntataudeille. Säännöllisesti testeissä käyntejä suositellaan. Tätä osiota läpikäydessä voi asiakasta muistuttaa testeistä sekä milloin kannattaa testeissä käydä. Eri tartuntataudeilla on eri itämisajat laskettuna riskitilanteesta miten ne näkyvät testeissä ja näistä on asiakasta hyvä muistuttaa. Moni ei myöskään tiedä, että rokotukset A- ja B-hepatiittiin kuuluvat heille ilmaiseksi, johtuen heidän kuulumisestaan riskiryhmään saada jokin näistä hepatiiteista, joihin on rokotus olemassa. Toiset työntekijät eivät käyttäneet ollenkaan rokotus- ja testiosiota, sillä heidän mielestään tehtyjen testien ja annettujen rokotusten kirjaaminen varsinaiseen asiakasrekisteriohjelmaan ajaa saman asian. Joten heidän mielestään asiaa ei tarvitse kyselyosion kautta enää kartoittaa.

Mun mielestä hyvä et se on just semmonen simppele ja kuitenkin siitä saa sen rokotusten ja testien tärkeyden ja pystyy tuomaan ihan hyvin esille, et siinä vaan kysytään, niin ku pääkohdittain mitä nää nyt on, koska olet

viimeksi käynyt testeissä ja oletko saanut rokotukset. Mutta tota justiin se et tuodaan tää niin ku esille et tärkeätä on et käy testeissä. (H2)

Päihdeosio herätti haastateltavissa ristiriitaisia tunteita. Esille nousi kysymys, että mikä on sen tarkoitus on terveys- ja sosiaalineuvonnassa. Miksi kartoittaa asiakkaiden päihteidenkäyttöä, kun sillä ei periaatteessa käytännön työssä ole mitään merkitystä. Asiakkaan ovat aktiivisesti päihteitä käyttäviä asiakkaita. Palveluita he tarvitsevat huolimatta, mikä heidän päihteiden käyttönsä on. Päihdekartoitusosio koettiin hyvin pitkäksi listaksi aineita, joita oli hankala käydä läpi asiakkaan kanssa vuorovaikutustilanteessa. Enemmän asiakkaiden akuuttien tarpeiden kartoitus katsottiin perustehtäväksi. Näitä olivat esimerkiksi asunnottomuus, hoitoihin ohjaukset ja muut akuutit kriisitilanteet, mitä asiakkaat toivat esille arkisissa kanssakäymisissä. Kuitenkin joissakin tilanteissa päihdekartoitus jossakin muodossa koettiin tarpeellisena. Näitä olivat muun muassa tilanne, jossa on tullut uusi huumausaine markkinoille tai asiakkailla lisääntyy merkittävästi suonitulehdukset tai muut tulehdukset. Näissä tilanteissa työntekijöiden mielestä voisi lyhyen ajan kartoittaa käytettäviä aineita tai ainetta ja kerätä tietoa aineiden tai aineen käyttölaajuudesta sekä siitä miten se vaikuttaa asiakkaisiin ja johtuuko haittavaikutukset jostakin tietystä käytetystä aineesta vai moneen aineen yhteiskäytöstä.

Mut siinä asiakkaan kanssa tehdessä tätä päihdekartoitusta, et mikä päihde ja mitä ainetta käyttää tai onko käyttänyt, niin se lista on niin järjetömän suuri, että kyllä niin ku. Se et joutuu itekkin miettiin et mikäs tää nyt oikein on, kun sieltä aukee niitä apuvalikkoja, vaikka niiden bentsojen kohdalla, mun mielestä se jo menee nippelitietoon. Et hyötyykö joku tutkijakaan siitä. Et pienempi valikko riittää. (H2)

Et sitten jos, et sit jos, se on sitten toinen kohta mis me mietittiin asiaa, et sit jos kauheesti esimerkiksi jotain, suonitulehduksia tai paiseita tai jotain tämmöstä ongelmaa, iho-ongelmaa, et siinä kohtaa vois vähän kysyä että mitä ihmiset on käyttäny. Siinä kohtaa vois olla se päihdekartan käyttö kans ihan ok. (H3)

Toinen on juuri tää ettei kerätä yhtään ylimmääräistä tietoo, tavallaan niin että pysyis se anonymifiillis myöskin. Ettei lähetä kartottaan ihan hirveesti, kun sitä kartotusta tehdään niin paljon muussa päihdetyössä. (H1)

Haittakartta ja sairaudet osioita oli käytetty hyvin vähän. Haittakartta koettiin sekavana, sillä siinä on samassa osiossa sekä sosiaalineuvontaan että terveysneuvontaan liittyviä kysymyksiä. Asiakkaan kokonaisvaltaisen tilanteen kartoitus vaatii molempien asioiden huomioon ottamisen, mutta selkeästi olisi kaivattu selkeämpää jaottelua sosiaalineuvonnan osioon. Myös nimeä haittakartta pidettiin vääränä kuvaamaan tätä kyselyosiota. Nimenä se herätti negatiivisuutta, vaikka sen tarkoitus oli asiakkaan tilanteen kartoitus. Sairaudet osio koettiin myös hieman irrallisena. Tämä nosti esille ajatuksia siitä, että miksi näitä tietoja kerätään ja mihin niitä tarvitaan terveys- ja sosiaalineuvonnassa. Osa kysymyksistä oli sellaisia, että niitä ei edes halunnut ottaa puheeksi asiakkaan kanssa. Ne koettiin liian raskaiksi aiheiksi käsitellä työssä johtuen terveys- ja sosiaalineuvonnan perustehtävistä ja ajan käyttöön liittyvistä resursseista. Perustehtäviin ei katsota esimerkiksi kuuluvan erilaisten mielenterveysongelmien syvällisempi tulkinta. Myös hektisyys sekä kiire työskennellessä eivät antanut mahdollisuutta puuttua asioihin, joita olisi kenties halunnut ottaa asiakkaan kanssa puheeksi. Asiakkaita ohjataan ja neuvotaan erilaisiin palveluihin ja niihin usein myös varataan aika yhdessä asiakkaan kanssa.

Ja sit siinä on jonkun verran semmosia asioita, et me mietittiin, että halutaanko me ihan oikeesti kirjata meidän asiakkaista, ihan tarkasti kaikkea tietoa. (H3)

Et varsinkin ku siinä oli ne kysymykset, että oletko ollu tekijä, väkivallan tekijänä vai väkivallan uhrina. Ja mitä siinä oli lueteltuna, niin aika raskasta tekstiä. (H3)

Rasti ruutuun, onko, oletko mielenterveysongelmien vuoksi hoidossa tai ettei se niin kuin näin, että töksäyttämällä ja käytetään työkaluna... hmm, koska on ihmisiä, jotka tuottaa aivan valtavan paljon, sitten niin ku mielenterveysongelmien kohdalla. Alkaa puhumaan ihan juurta jaksaaen kaikkee mitä ongelmaa on ollu. (H2)

Mutta mä en tiedä mikä hyöty siinä ois siihen arjen työhön...nyt mä en saa siitä kiinni..., mutta todennäköisesti olis...mutta, mutta.. ehkä se on nyt tossa. Se on nyt se juttu, mä aattelen, että jos ihmisellä on joku häätöpäällä tai jotain, se pitäis olla semmonen, semmosessa tilanteessa melkein, että ei oo kauheen adekvaattii alkaa keskusteleen jostain pistämisestä. (H1)

Haittakartan ja sairaudet osion jäsentämättömyys ja siitä saatava epäolennainen tieto eivät houkuttaneet työntekijöitä niitä käyttämään. Asiakkaiden historia ja nykyiset tapahtumat ovat muuttuvia, eivät vakiintuneita, joten työntekijät eivät halunneet sitoutua asiakastilanteissa vakiintuneisiin tilanteisiin ja tapahtumiin. Koettiin, että jokainen päivä saattaa muuttaa asiakkaan tilannetta ja siihen on joka kerta vastattava sen hetkisen tilanteen mukaisesti huolimatta siitä mitä tietoa asiakkaasta on aikaisemmin kartoittanut.

8.4 Mielipiteitä kyselylomakkeesta työn vaikuttavuuden mittaajana

Työntekijöiden ristiriitaiset ajatukset kyselylomakkeen käytöstä nousivat esille joka tilanteessa. Haluttiin, että työn sisältö tulee enemmän tietoisuuteen muille ammattikunnille erilaisten tilastojen ja koottujen raporttien kautta. Toisaalta koettiin, että työnkuvaan ei kuulu tiedon kerääminen asiakailta ja heidän tietojensa ylöskirjaaminen erilaisiin asiakasrekistereihin. Työn vaikuttavuutta haluttiin tuoda esille, mutta asiakkaita kunnioittavalla tavalla. Terveys- ja sosiaalineuvonta tuottaa anonyymeja palveluita ja toimintaa asiakkaan ehdoilla ilman, että palveluiden saaminen edellyttäisi kartoitusta asiakkaan tilanteesta. Asiakas haluttiin kohdata häntä arvostavalla tavalla sekä antaa hänelle mahdollisuus asioida rauhassa. Ajatuksena taustalla työntekijöillä oli se, että jos asiakas kokee, että hänen käyntinsä terveys- ja sosiaalineuvontapisteessä vaatii häneltä osallistumista johonkin, vie se saavutetun luottamuksen vuorovaikutussuhteissa ja ei välttämättä enää edusta anonyymeja palveluita.

Ja se sit et ihmisiä kuitenkin tulee ja menee myös meidän palveluissa, että ne vaan, niin ku tiedät, et sit ne menee jonnekin ja katoaa. Mutta semmonen tietysti jos me saatais määräajoin tehtyä , muuttuuko käyttäminen, jaa, ja tota et tietysti sitten vaikka se ei muuttuiskaan, niin voitais todentaa se et kuinka haasteellisen, niin ku, asiakasryhmän kanssa ollaan tekemisessä. Kun aattelee sitä kaikkea psykiatrasta problematiikkaa ja historiaa mikä ihmisillä on ja ne terveyshaitat ja terveydentila, niin kyllähän se antaa sellasen kuvan meidän siitä työstä, asiakasryhmästä...(H1)

Mutta se pistämisosio on kyllä semmonen, et siitä varmaan ehkä näkee kaikki parhaiten niin ku vaikuttavuuden, ihan yksilötasolla, mutta varmasti niin ku koko porukankin kohdalla. Koska se on, tietystikin siinä on niin selkeet graafiset kuvat ja kaikki ne tiedot jota siihen tulee, niin mä ainakin uskon et se on semmonen hyödynnettävä ja sit mä toivon, et siihen tulee siitä sosiaalipuolesta kans joku ehkä hieman toimivampi ja parempi malli. (H3)

Työntekijät pohtivat sitä, että mikä olisi olennaista tiedon keruuta asiakasryhmästä. Ensisijaisesti sen pitäisi palvella asiakkaita ja hyödyntää heitä tuottamalla tietoa, jonka avulla voitaisiin palveluita kehittää ja lisätä. Tietoa tarvitaan osoittamaan epäkohtia palveluverkostoissa ja hoitopalveluissa. Koettiin, että asiakkaan joutuvat hoitamaan erilaisia asioita monessa eri paikassa ilman eri toimijoiden yhteistyötä. Tämän koettiin vaikeuttavan asioiden joustavaa hoitamista. Kysymyksenä nousi esille, että mikä on kyselyosioiden fokus, kun palvelut ovat anonyymejä ja tietoja asiakkaasta ei voi välittää eri toimijoiden ja viranomaisten välillä. Omat resurssit erilaisten asioiden hoitoon eri asiakkaiden kohdalla vaikeutuivat juuri ajankäytön ja eri verkostojen yhteistyömuotojen puuttuessa.

Joustavia tapoja toimia eri toimijoiden välillä kaivattiin. Usein eri toimijoiden luomat palveluihin hakeutumiseen luodut kriteerit estivät niiden palveluiden saantia. Yleensä este johtui asiakkaan aktiivisesta päihteiden käytöstä, vaikka asiakkaalla olisi ollut oikeus saada tietynlaisia palveluita. Usein pitkät jonotusajat eri palveluihin koettiin esteenä saada asiakkaiden asioita hoidettua. Kyse ei

ole siitä, että asiakkaan asioita hoidettaisiin hänen puolestaan, vaan kyseessä on tuki, ohjaus ja neuvonta erilaisten asioiden hoitamisessa.

Edellisten pohdintojen perusteella terveys- ja sosiaalineuvonnan vaikuttavuuden esille tuomista pidettiin hyvin tärkeänä. Koettiin, että nyt on tärkeää pohtia yhdessä uudelleen, mitä tietoa kannattaa kerätä ja millä tavoin työn haasteellisuus saadaan esille sekä miten erilaisia verkostoja, jotka toimisivat joustavasti, voitaisiin luoda.

9 YHTEENVETO TULOKSISTA

Haastattelujen aineisto osoitti miten ristiriitaisia ajatukset ovat kyselylomakkeen käytettävyydestä ja ei-käytettävyydestä. Uusia työmuotoja kaivataan, jotta arjessa muistettaisiin terveys- ja sosiaalineuvonnan toteutuminen ja niiden perustehtävät. Haastateltavat olivat huolissaan itse perustyön katoamisesta heidän joutuessa tilastoimaan, keräämään tietoa ja saada sitä esille perustyön rinnalla. Perustyön käsitettiin olevan asiakastyötä eli terveys- ja sosiaalineuvontaa. Tällä tarkoitettiin haittojen minimointia ja oikeanlaista ohjausta, opastusta ja neuvontaa erilaisten palveluiden pariin. Työntekijät kokivat, että aika ja voimavarat hoitaa nykyisiä työtehtäviä oli minimissään ja uusia resursseja tehdä työtä ei ollut tiedossa. Kaikki kokivat haluavansa tehdä työtä asiakkaiden hyväksi ja samalla luoda työolosuhteet, missä työtä pystyy tekemään mielekkäästi. Huoli omasta ja kollegoiden jaksamisesta työssä ja asiakkaiden saamien palveluiden laadukkuus nousi esille haastatteluista. Haastateltavat pohtivat, että jääkö itse asiakastyö toissijaiseksi työn sisältöjen ja kehittämisen kustannuksella. Toisaalta haastateltavat toivat esille, että työn kuvaaminen, sen esille tuominen erilaisin raportein sekä kehittäminen olivat perusteltuja työn näkyvyyden ja vaikuttavuuden kuvaajina.

Kyselylomakkeen eri osiot koettiin toimiviksi osittain. Selvä konkreettinen Pistämisosio oli sellainen, jonka avulla voitiin todentaa terveysneuvonnan toteutuminen. Sen katsottiin olevan myös hyvä muistiopas uusille työntekijöille siitä,

mitä asiakkaiden kanssa kannattaa ottaa puheeksi ja mikä tuo esille terveysneuvontatyön sisältöä ja siihen liittyviä asioita, joista asiakkaiden kanssa keskustellaan. Kyselylomake toimii myös muistuttajana siitä, mistä asiakkaiden kanssa pitäisi keskustella aina uudestaan ja uudestaan. Työ on hyvin paljon samojen asioiden toistamista ja sitä ei saa unohtaa arjen työtä tehdessä.

Pistämisosioita koettiin voivan käyttää myös paperisena versiona asiakkaiden kanssa. Ei pelkästään kahdenkeskisissä vuorovaikutustilanteissa, vaan myös ryhmätyöskentelyn apuvälineenä. Sen sisällön katsottiin olevan niin yleisluontoista, että sitä voi ketään syyllistämättä ja anonymiteettia loukkaamatta käydä yleisen keskustelun tasolla läpi julkisesti, esimerkiksi kokoamalla asiakkaat saman pöydän ääreen ja aloittaa keskustelu paperiversion avulla. Näissäkin tilanteissa vaaditaan työntekijältä tilanteen tulkintaa, milloin puheeksi ottaminen on mahdollista ja milloin asiakkaat ovat halukkaita keskustelemaan pistämiseen ja siihen liittyvistä asioista ilman, että se koettaisiin velvollisuutena osallistua.

Muiden osioiden käyttö ei ollut niin luontevaa ja niitä olikin käytetty hyvin vähän. Niiden toimimattomuus erilaisissa asiakastilanteissa johtui suurelta osin niiden epämääräisyydestä, mitä tietoa kyseisillä osioilla haluttiin saavuttaa. Osa kysymyksistä koettiin hyvin hankalina toteuttaa ja ne saattoivat tuoda sellaista tietoa esille mitä työntekijät eivät halunneet tietää. Näitä ovat nimenomaan kysymykset rikollisuuteen liittyvistä asioista ja niihin liittyvistä väkivallan teoista sekä tekijänä että uhrina. Aika ei yksinkertaisesti riittänyt näiden asioiden syvempään käsittelyyn, vaan ne olisivat vaatineet työntekijältä enemmän aikaa ja valmiuksia käsitellä hyvinkin raakoja kokemuksia. Ajan puute korostui kaikilla, haastateltavat toivat esille sen, että ammattitaitoa riittää intensiiviseen ja kriisityötä vaativiin vuorovaikutustilanteisiin, mutta aika ei riitä niitä toteuttamaan.

Eri sairauksien kartoittamisen katsottiin olevan aivan turhaa. Tämä nimenomaan sen takia, että eri sairauksista tietäminen ei kuitenkaan vaikuta tehtävään terveys- ja sosiaalineuvontaan. Somaattisten sairauksien hoito ei kuulu työnkuvaan, vaan ne kuuluvat normaaleihin kunnallisiin peruspalveluihin, joihin asiakkailta on oikeus ja joiden palveluihin asiakkaita myös ohjataan aktiivisesti.

Myös haittakartassa oli osittain sairauksiin liittyviä kohtia sekä sosiaalipuolelle kuuluvia kysymyksiä sekaisin. Tämä koettiin hämmentävänä, että mikä kyselyosion tarkoitus oikein on.

Vahvasti nousi esille, että sosiaalisen tilanteen kartoituksiin tarvitaan selkeästi omaa osiota paremmin muotoiltuna. Sosiaalineuvonnan kyselyosion pitäisi haastateltavien mielestä olla enemmän kokonaisvaltainen kartoitus asiakkaan käyttämistä sosiaalialan palveluista ja etuuksista. Tällaisen kartoituksen avulla saataisiin myös tietoa siitä minkälaisiin palveluihin ja etuuksiin asiakkaalla olisi vielä mahdollisuus. Sosiaalineuvonnan osuuden koettiin muutenkin jäävän taka-alalle terveys- ja sosiaalineuvontaa kuvatessa. Sosiaalineuvonnan katsottiin olevan iso osa arjentyötä, mitä ei osata kuvata ja tuoda tarpeeksi esille.

Sosiaalineuvonnan katsottiin olevan läsnä kaikissa asiakastilanteissa ja varsinkin vuorovaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Se on jatkuvaa asiakkaan kanssa kommunikointia ja erilaisista asioista puheeksi ottamista, mitä voidaan toteuttaa sosiaalineuvonnan eri menetelmin. Se on motivointia, tukemista, ohjausta ja normaalia puhetta asiakkaan kanssa häntä kuunnellen ja häntä tukien pieniin muutoksiin oman elämän hallinnassa. Sosiaalineuvonta on arkea ja arjessa toimimista. Sen saaminen enemmän esille terveysneuvonnan rinnalle koettiin hankalaksi toteuttaa ja siihen kaivattiin enemmän yhteistyössä tehtävää kehitystyötä A-klinikkasäätien eri yksiköiden kesken.

Jatkuva tiedonhankinta ja useat asiakaskyselyt koettiin myös osittain työnluonteen vastaisena. Työnluonteella tarkoitetaan terveys- ja sosiaalineuvontaa, jonka mukaan asiakas voi asioida toimipisteissä ilman, että hänen täytyy kertoa itsestään mitään. Työntekijät pohtivat, että onko tarkoituksen mukaista hankkia tietoa asiakkaista. Jos sitä hankitaan, niin mihin sitä käytetään ja kuinka sitä voidaan tulkita niin, että asiakkaiden anonymisuus säilyy. Työnkuva on toimia mahdollisimman vähällä tiedolla, asiakkaiden ehdoilla ja kunnioittaen heidän tapansa sekä tarvetta haluta terveys- ja sosiaalineuvontaa.

Yhteistä kaikille haastateltaville oli kuitenkin se, että asiakkaiden kanssa kyselyosioita tehtäessä koettiin onnistuvan terveys- ja sosiaalineuvonnassa. Yhteiset kokemukset asiakkaiden kanssa loivat luontevan ja luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen työntekijän ja asiakkaan välille. Asiakkaiden saama kahdenkeskinen aika työntekijän kanssa koettiin positiivisena. Asiakas tuli aidolla tavalla kuulluksi ja hänelle annettiin aikaa rauhassa keskustella asioistaan. Kahdenkeskisten keskustelujen tuoma syventynyt luottamus vaikuttivat asiakkaassa voimaannuttavalla tavalla. Hän osallistui, keskusteli ja tuli kuulluksi sekä selkeästi helpommin hakeutui seuraavilla käyntikerroilla hakemaan kontaktia ja vuorovaikutusta työntekijöiden kanssa.

10 KEHITTÄMISIDEOITA JA HAASTEITA

Kyselylomake toimi asiakastyössä pistämisosion sekä rokotukset/tutkimukset osion kohdalla. Ne olivat käytännöllisiä sekä sisällöltään sellaisia, että niitä voi luontevasti ottaa puheeksi yleisellä tasolla asiakkaan kanssa. Niitä voi myös tulostaa asiakastilaan ja yhdessä asiakkaiden kanssa käydä läpi pistämiseen, rokotuksiin ja testeihin liittyviä asioita. Nämä asiat mielletään keskusteluaiheina turvallisina. Asiakas voi puhua niistä yleisellä tasolla ilman, että hänen tarvitsee tuoda häneen itseensä liittyviä asioita esille. Keskustelun taso voi olla tiedon antamista ja vastaanottamista. Parhaimmillaan näiden osioiden käyttö tapahtuu asiakastilassa, jossa on useita asiakkaita ja työntekijöitä. Asiakkaat voivat vaihtaa kokemuksiaan niin halutessaan. Usein tällaisissa tilanteissa moni asiakas ei halua osallistua itse konkreettiseen toimintaan, mutta puheentasolla he osallistuvat vuorovaikutukseen. Työntekijät voivat tuoda keskusteluun terveysneuvonnan näkökulmasta oikeaa tietoa liittyen osioiden aiheisiin.

Uudelle työntekijälle on usein haastavaa luoda luottamuksellisia asiakassuhteita terveys- ja sosiaalineuvonnassa. Luottamukselliset asiakas- työntekijäsuhteet muodostuvat hitaasti. Usein uusi työntekijä ei pääse luonteviin vuorovaikutustilanteisiin asiakkaiden kanssa aloittaessaan työn toimipisteessä. Terveysneuvonta voi toteutua luontevasti kyselylomakkeen pistämisosion avulla. Se toimii

myös muistuttajana siitä, minkälaisista asioista asiakkaan on tarpeellista saada tietoa haittojen minimointi näkökulmasta.

Pistämisosio ja rokotukset/tutkimukset osiota olisi hyvä tarjota uusille ja nuorille asiakkaille. Kuten haastatteluaineistostakin selvisi, niin usein uusi asiakas ei olekaan pian enää uusi ja perus terveys- ja sosiaalineuvonta on jäänyt tekemättä asiakkaan kohdalla. Tämä vaatisi työntekijöiden aktiivisuutta ja heidän työryhmässä käytyä keskustelua siitä, miten käytännössä näissä tilanteissa toimitaan. Milloin ja miten uuden asiakkaan kanssa voidaan luontevasti käydä osiota läpi. Käydäänkö se kahden kesken vai pyritäänkö vuorovaikutusta saamaan aikaan asiakastilassa kaikkien asiakkaiden kanssa.

Haasteena on saada kyselylomake tiettyine osioineen luontevaksi osaksi arjen työtä. Kyselylomake ei saa tuntua pakolliselta toiminnolta, jolla vain kerätään tietoa. Se pitäisi mieltää osana työn vaikuttavuuden kuvaajana ja ymmärtää sen mahdollisuudet kehittää omaa työtä. Sen avulla on mahdollista saada tietoa, jota voi hyödyntää työn sisältöjen kuvaamiseen ja tuoda enemmän terveys- ja sosiaalineuvonnan tärkeyttä esille. Siitä ei kuitenkaan saa tulla itseisarvo arjen työssä. Perustyön täytyy olla kirjaamisten ja erilaisten raporttien yläpuolella. Jos työryhmässä pystytään luomaan käytäntöjä kyselyosioiden käytöstä luontevasti, myös kirjaaminen on luontevaa ja työhön kuuluvaa. Pitäisi myös selkeämmin perustella tiedon hankinta sekä luoda ne erilaiset raportointimahdollisuudet, jotka antavat sellaista tietoa, mikä edesauttaa käytännöntyön kehittämistä. Tarpeellista on myös luoda keinoja nostaa kyselyistä esille asioita, mitkä näyttävät erilaisia, sen hetkisiä arjen ilmiöitä, joita työntekijät ovat havainneet asiakkaiden keskuudessa ja joista haluttaisiin nopeasti tietoa erilaisten riskitilanteiden ehkäisemiseen.

Haasteena on saada sosiaalineuvonnan osuus kyselyosioon omaksi kohdakseen. Nyt sen sijainti haittakartta osiossa oli sekava ja sisällöltään se oli osittain tarpeetonta. Sosiaalineuvonnan osuutta selkeästi tarvitaan kartoittamaan asiakkaiden sosiaalista tilannetta.

Haasteena on osioiden vähäinen käyttö. Syiksi nousivat ensisijaisesti ajankäyttö ja mahdollisesti työntekijöiden kokema liiallinen tiedon hankinta asiakkaiden asioista. Ajankäyttöön liittyi myös haluttomuus tehdä kyselyosioita asiakkaan kanssa. Haluttomuus liittyi kokemukseen siitä, että kyselyosioiden täyttö yhdessä asiakkaan kanssa saattaa keskeytyä, kun kaikkia henkilökunnan resursseja tarvitaankin yhtäkkiä muissa tilanteissa. Haluttomuus liittyi myös siihen, että jos työpaikalla olikin rauhallisempia hetkiä, haluttiin ne käyttää erilaisten tilanteiden purkamiseen muun työryhmän kanssa ennen seuraavia hektisiä tilanteita. Työssä jaksamisen näkökulmasta on välttämätöntä saada kollegiaalista tukea päivän tapahtuneisiin tilanteisiin.

Kehittämisosiosilla on selkeä tarve jatkaa. Käytännössä tämä tarkoittaa kehittämisosiosien palauttamista takaisin työryhmälle uudelleen arvioitavaksi. Uudelleen arvioinnin, kokemustiedon ja tämän opinnäytetyön tulosten jakamisen jälkeen on aika arvioida uudelleen kehittämisosiosia. Miten ja missä muodossa työryhmässä kehittämistä jatketaan jää työryhmän päätettäväksi.

11 POHDINTA

Opinnäytetyössäni oli haastavaa olla tutkimassa kyselylomakkeen käytettävyyttä, sillä kuulun itse kehittämistyöryhmään. Pyrin olemaan kaikilta osin objektiivinen ja toin haastatteluista saadun aineiston luotettavasti esille. Luotettavuuden pyrin takaamaan, sillä että purin haastattelut sanasta sanaan, joten siihen ei ollut mahdollisuutta lisätä omia tulkintoja. Työ opetti, että uusien työvälineiden kehittäminen ja varsinkin niiden käyttö arjen työssä on haastavaa. Kuitenkin olen tyytyväinen koko työryhmän työskentelyyn. Koko tänä aikana ryhmän sitoutuneisuus kehittämiseen on ollut jatkuvaa. Kaikki sovitut tapaamiset toteutuivat huolimatta siitä, että työskentelemme eri paikkakunnilla.

Kaikki haastateltavat olivat hyvin sitoutuneita työhönsä ja halusivat koko ajan kehittää terveys- ja sosiaalineuvontaa. Asiakkaan edut nostettiin aina esille. Koettiin, että arjen työ oli arvokasta ja sen tekemiseen oli sitouduttu. Huolenaiheik-

si nousi resurssien vähyys tehdä työtä, ajankäyttö ja huoli siitä, että jääkö asiakastyö vähemmälle yhä enemmän kun täytyy tuottaa tietoa asiakkaista sekä työn sisällöistä. Kaikki kuitenkin ymmärsivät tiedon saannin tärkeyden ja sen vaikutuksen esimerkiksi palveluiden parantumiseen ja kehittämiseen.

Uskon että tekemieni haastattelujen kautta myös työntekijät saivat uutta näkökulmaa kyselylomakkeeseen heidän pohtiessa eri osioiden käytettävyyttä. Samalla he pohtivat millaista tietoa olisi hyvä saada ja miten sitä voi hyödyntää asiakastyössä. Haastattelutilanteet olivat kahdenkeskisiä. Jokaiselle haastateltavalle kerrottiin, että nimiä eikä yksiköitä opinnäytetyössä mainita, jotta ketään ei tunnisteta haastattelujen tulkinnoissa. Tämä osaltaan teki haastattelutilanteista luontevia ja haastateltavien oli helppo pohtia asioita hyvinkin kriittisesti.

Haastateltavien kriittisyys ja pohdinnat haastattelujen aikana kertoivat halusta kehittää uusia työmenetelmiä. Työmenetelmien ei kuitenkaan haluttu olevan vain tiedon keruuta varten, vaan niiden haluttiin palvelevan asiakkaita heidän hyvinvointinsa turvaamiseksi. Kyselylomakkeen eri osioiden arvioinnissa kaikki nostivat esille, että voiko niitä käyttää luontevasti asiakaskontakteissa. Esille haastatteluissa nousi myös asiakkaiden näkökulma siitä miten eri osiot voisivat tukea asiakasta. Kahdenkeskiset asiakastilanteet koettiin arvokkaina ja asiakkaita auttavina. Haastateltavat kokivat, että kyselylomakkeen joitakin osioita voi näissä asiakastilanteissa hyödyntää.

Opinnäytetyöni osoitti miten tärkeää on uuden työmenetelmän ja sen käytettävyyden realistinen arviointi. Uusien menetelmien kehittäminen on myös hyvin pitkä prosessi ennen kuin voidaan osoittaa, että jokin toimii tai on toimimatta. Arviointi selkeyttää kehittämisprosessia ja sen tuloksia. Tulosten ei tarvitse olla luokiteltuna hyvään ja huonoon, vaan realistisen arvioinnin tulos parhaimmillaan luo kehittämisprosessille ja tavoitteille uuden suunnan. Arvioinnin kautta saa uutta tietoa, mitä voi hyödyntää kehittämisprosessia jatkuessa.

LÄHTEET

- Ahonen, Jukka 2005. Päihdehuoltoa rakentamassa. A-klinikkasäätiö 1955-2005. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino Oy
- Arnkil, Tom & Eriksson, Esa 2012, Huoli puheeksi. Opas varhaisista dialogeista. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy
- Arponen, Anne; Brummer-Korvenkontio, Henriikki; Liitsola, Kirsi & Salminen, Mika 2008. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvontatyön vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 15/2008. Helsinki.
- Etsivä työ Euroopan syrjäytyneiden väestönosien parissa. Suuntaviivoja yhdenmukaisiin etsivän työn palveluihin 2007. Viitattu 21.4.2012
<http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/sites/toimipaikka.a-klinikka.fi>
- Forsell, Martta 2011. Päihdehuollon huumeasiakkaat 2011. Viitattu 10.6.2013
http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr19_12.pdf
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. Tampere. Tammer-paino
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena 1980. Teemahaastattelu. Tampere. Tammer-Paino
- Hokkanen, Liisa 2009. Empowerment valtaistumisen ja voimaantumisen dialogina. Teoksessa Mäntysaari, Mikko; Pohjola, Anneli & Pösö, Tarja 2009. (toim.) Sosiaalityö ja teoria. Jyväskylä. PS-kustannus, 315 - 335
- Huumehoidon tietojärjestelmä–perusperiaatteet 2012. Viitattu 8.9.2012

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/988305b0-c46d-4965-8067-52cb9b957db4>

Juujärvi, Soile; Myyry, Liisa & Pesso, Kaija 2007. Eettinen herkkyys ammatillisessa toiminnassa. Jyväskylä. Gummerus kirjapaino oy

Jokinen, Anja; Huttunen, Laura & Kulmala, Anna, (Toim.) 2004. Puhua vastaan ja vaieta. Neuvottelu kulttuurisista marginaaleista. Helsinki: Gaudeamus.

Juhila, Kirsi; Forsberg, Hannele & Roivainen, Irene, (Toim.) 2002. Marginaalit ja sosiaalityö. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Kopijyvä

Kemppainen, Tarja & Ojaniemi, Pekka 2012. Tieto ja vaikuttavuuden arviointi käytännön sosiaalityössä. Teoksessa Pohjola, Anneli, Kemppainen, Tarja & Väyrynen, Sanna 2012. (toim.) Sosiaalityön vaikuttavuus. Tampere. Juvenes Print. 43 - 64

Kotila, Hannu & Mutanen, Arto 2012. Käytäntöä tutkimassa. Haaga-Helia julkaisusarja, Puheenvuoroja 2/2012. Vantaa. Multiprint.

Malin-Kaartinen, Katja; Marttinen, Kirsi; Puro, Päivi & Viljenen, Merja 2008. Linkki-Projekti. Huumehaittojen vähentäminen vertaisryhmätoimintana Helsingin terveysneuvontapiste Vinkissä vuosina 2004-2008. A-klinikkasäätien raporttisarja 54. Verkkojulkaisut.
<http://www.a-klinikka.fi/sites/default/files/quickuploads/file/linkki.pdf>

Perälä, Riikka 2007. Huumeiden käyttäjien tulkintoja ongelmistaan ja niihin kohdistuvista sosiaali- ja terveystoimen palveluista. Helsinki. Yhteiskuntapolitiikka 72/2007. Viitattu 6.4.2010

Perälä, Riikka 2012. Haittojen vähentäminen suomalaisessa huumehoidossa. Etnografinen tutkimus huumeongelman yhteiskunnallisesta hallin-

nasta 2000-luvun Suomessa. Väitöskirja. Verkkojulkaisu.
www.helda.fi.

Raunio, Kyösti 2010. Olennainen sosiaalityössä. Helsinki. Hakapaino

Robson, Colin; Lindqvist, Tuija; Maaniittu, Maisa; Niemi, Eila & Paasio, Pette-
ri 2001. Käytännön arvioinnin perusteet, opas evaluaation tekijöille
ja tilaajille. Helsinki. Tammi

Tietojärjestelmähankkeet: sähköinen potilastietoarkisto ja sosiaalialan tiedon-
hallinta. Sosiaali ja terveysministeriö. Viitattu 12.7.2013
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ ja_hankkeet/tietojarjestelmahankkeet

Toikko, Timo & Rantanen, Teemu 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta.
Näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedonantoon.
Tampere. Tampereen yliopistopaino Oy, Juvenes print.

Tartuntatautilaki 2003/1383, <http://www.finlex.fi>

Tuomi, Jouni. & Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi.
Vantaa. Hansaprint Oy

Vertaistoiminta. <http://toimipaikka.a-klinikka.fi/vinkki/vertaistoiminta>.

Virtanen, Päivi; Suoheimo, Maria; Lamminmäki, Sara; Ahonen, Päivi. & Suokas,
Markku 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystal-
velujen kehittämiseen. Helsinki. Tekes

Weckroth, Antti 2007. Mitä merkitsee psykososiaalinen päihdetyössä. Yhteis-
kuntapolitiikka 72:4, 426-326.

Liite 1

Teemahaastattelurunko

Tutkimuksessani haluan saada vastauksia siihen, että onko sähköisen kyselylomakkeen käyttö luonut erilaista vuorovuorovaikutusta asiakkaan kanssa työskentelyyn. Tärkeää on myös kartoittaa onko työntekijän mielestä asiakas kokenut terveys- ja sosiaalineuvonnan erilaisena hänen saadessaan kahden kesken vuorovaikutuksessa käydä läpi omaan elämäänsä liittyviä asioita. Haasteena on myös saada tietoa toimiiko kyselylomake yhtenä välineenä työnkehittämiseen; saako kyselyosiosta arjentietoa toiminnan kehittämiseen ja tuottaako uuden työvälineen käyttö muutosta työntekijöiden työskentelyyn sekä asiakkaan omaan toimintaan?

Kyselyn tarkoituksena on myös varmistaa, että asiakkaan kanssa käydään läpi terveys- ja sosiaalineuvontatyötä. Terveysneuvontatyössä muun muassa pistämisestä, haittojen minimoinnista, rokotusten, testausten ja filttäreiden käytön tärkeydestä. Sosiaalineuvonnassa asiakkaan tarvitsemasta avusta erilaisissa elämäntilanteissa muun muassa asioiden hoitamisessa, palveluihin ohjaamisessa, erilaisten lomakkeiden täyttämässä ja muissa asiakkaan sen hetkisen elämän tilanteen hallinnan tukemisessa.

Kyselyn avulla halutaan myös kehittää terveys- ja sosiaalineuvontatyötä sekä tuoda työn vaikuttavuutta paremmin esille raportoinnin avulla.

1 Haastateltavan taustaa

- rooli työyhteisössä

2 Millaisissa tilanteissa kyselylomaketta käytetään

- mikä on vaikuttanut asiakastilanteissa siihen, että kyselylomakkeen täyttöä on ehdotettu asiakkaalle

- miten asiakkaat valikoituvat kyselylomakkeen täyttämiseen

3 Mikä kokemus työntekijällä on kyselylomakkeen täyttamisestä

- mikä on työntekijän mielestä asiakkaan kokemus
- helpottuuko puheeksi ottaminen
- onko vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa muutosta kyselyä tehtäessä
- onko havaittavissa siitä hyötyä asiakkaalle/työntekijälle

4 Toteutuuko terveys- ja sosiaalineuvontatyö kyselylomakkeen avulla

- hyötyä/haittaa työntekijälle/asiakkaalle
- ovatko kyselylomakkeen eri osiot käyttökelpoisia/kehittämisen tarpeessa/turhia
- onko täyttämällä rajoittavia seikkoja
- saako työnkehittämisen kannalta käytännön tietoa asiakkaille suunnattavista palveluista
 - muuttuuko työtavat/menetelmät
 - nouseeko esiin uusia työvälineiden/menetelmien/toimintojen kehittämisideoita asiakasnäkökulmasta

5 Onko työntekijän mielestä mahdollista kyselylomakkeen kautta saada tietoa sosiaali- ja terveysneuvontatyön vaikuttavuudesta