



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

# Yhteistyö julkisen sektorin vuodeosaston ja kolmannen sektorin päihdeprojektin välillä

Lindfors, Satu  
Pönni, Paula

2017 Laurea



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU  
*Yhdessä enemmän*

Laurea-ammattikorkeakoulu

Yhteistyö julkisen sektorin vuodeosaston ja kolmannen sektorin  
päihdeprojektin välillä

Satu Lindfors & Paula Pönni  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Toukokuu, 2017

Lindfors, Satu & Pönni, Paula

**Yhteistyö julkisen sektorin vuodeosaston ja kolmannen sektorin päihdeprojektin välillä**

Vuosi 2017 Sivumäärä 51

---

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää, miten yhteistyö julkisen sektorin vuodeosaston ja kolmannen sektorin päihdeprojektin välillä toimii, miten yhteistyö näkyy käytännössä, miten sitä voitaisiin kehittää ja miten osaston työntekijät kokevat yhteistyön. Opinnäytetyön toimeksiantaja oli kaupungin sairaalan vuodeosasto.

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisen ja laadullisen tutkimuksen yhdistelmänä. Työn teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä, julkista ja kolmatta sektoria sekä näiden sektorien välistä yhteistyötä. Laadullinen aineisto kerättiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Neljää tiedonantajaa haastateltiin kolmessa haastattelussa. Haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä. Osaston työntekijöiden kokemusta yhteistyöstä kartoitettiin määrällisesti kyselytutkimuksella ja tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmistolla. Kyselyyn vastasi 14 hoitajaa 20:stä.

Laadullisesta tutkimuksesta selvisi, että yhteistyö on kehittynyt päihdeprojektin alusta ja luottamus kolmannen sektorin toimijaa kohtaan on kasvanut. Kolmas sektori nähtiin tasavertaisena kumppanina, joka pystyy tarjoamaan sellaisia palveluita, joihin julkisella puolella ei ole resursseja. Päihdeprojektin tarkastelu osastotunneilla ja projektin tunnettavuuden lisääminen koettiin yhteistyön kehittämisen kannalta merkittäväksi. Tiedonantajat kokivat yhteistyön aktiiviseksi molemmin puolin ja sen toivottiin jatkuvan, mikäli projektin rahoitus jatkuu. Kyselyyn vastanneet hoitajat kokivat pääsääntöisesti yhteistyön sujuvaksi ja selkeäksi. Parhaiten toimivaksi asiaksi nousi potentiaalisten potilaiden hoitoonohjaus. Yhtenäinen päihdepotilaan tukitoiminta taas katsottiin vähiten toimivaksi.

Tutkimustulosten johtopäätöksenä voidaan todeta, että yhteistyö on osaston sekä päihdeprojektin välillä toimivaa, vaikka pieniä kehittämisaiheita tutkimuksessa nousi esiin. Työntekijöiden tietoisuuden lisääminen päihdeprojektista saattaisi kehittää yhteistyötä entisestään. Jatkossa yhteistyötä voitaisiin tutkia laajemmasta näkökulmasta, kuten ottamalla mukaan myös asiakkaiden kokemukset. Lisäksi työntekijöiden mielipidettä voitaisiin kartoittaa laadullisesti määrällisen tutkimuksen sijaan.

Asiasanat: päihdetyö, julkinen sektori, kolmas sektori, yhteistyö

Lindfors, Satu & Pönni, Paula

**Co-operation between the public sector ward and the substance abuse project of the third sector**

Year	2017	Pages	51
------	------	-------	----

---

The aim of this thesis was to find out how the co-operation between the public sector ward and the substance abuse project of the third sector works. In addition, the purpose was to discover how the co-operation can be seen in practice, how it could be developed and how the nurses of the ward experience it. The client for the thesis was a city hospital ward.

Two research methods were utilized in this thesis; the quantitative and qualitative. The theoretical framework is comprised of; preventative and remedial substance abuse work, the public and the third sector and the co-operation between these parties. The qualitative data was collected using a semi-structured thematic interview. Four respondents were interweaved in three interviews. The interviews were analysed by content analysis. The department employees' experiences of co-operation were charted out by using questionnaires and the results were analysed by using the SPSS-program. Fourteen nurses out of twenty answered the questionnaires.

The qualitative research showed that the co-operation has developed since the beginning of the substance abuse project and the trust towards the third sector actor has grown. The third sector was seen as an equal partner able to offer such services that the public sector does not have the resources for. The handling of the substance abuse project at department classes as well as increasing awareness of the project was identified significant in enhancing the co-operation. The examinees felt the co-operation as active on both sides and it was hoped to continue (if the funding carries on). The quantitative research showed that the co-operation was considered primarily to be fluent and clear. The most effective issue was found to be the treatment management of potential patients. The coherent support activity of the substance abuse patients was considered to be the least effective.

As a conclusion, the co-operation between the ward and the substance abuse project is functional albeit some small development issues having emerged. Raising the awareness of the employees might further develop the co-operation. The co-operation could be researched from a broader perspective in addition to the perspective of the patients in the future. Moreover, the opinions of the employees could be surveyed through qualitative research instead of quantitative research.

Keywords: substance abuse work, public sector, third sector, co-operation

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Päihdehoitotyö .....	7
	2.1 Ehkäisevä päihdetyö.....	7
	2.2 Korjaava päihdetyö.....	8
	2.3 Hoitosuhteen luominen ja päihdepotilaan tunnistaminen.....	10
3	Julkinen sektori .....	12
	3.1 Hyvinvointipalveluiden järjestäminen .....	12
	3.2 Sote- ja maakuntauudistus.....	14
4	Kolmas sektori .....	15
	4.1 Kolmannen sektorin määritelmä .....	15
	4.2 Kolmannen sektorin palvelut .....	16
5	Julkisen- ja kolmannen sektorin yhteistyö .....	17
6	Tutkimuksen tausta ja tarkoitus.....	18
7	Tutkimuksen toteutus .....	19
	7.1 Kvantitatiivinen tutkimus .....	20
	7.2 Kvalitatiivinen tutkimus .....	21
8	Aineiston keruu .....	22
9	Aineiston analysointi .....	23
10	Tutkimustulokset .....	24
	10.1 Yhteistyö tällä hetkellä .....	24
	10.2 Kehittämishaasteet yhteistyössä .....	25
	10.3 Yhteistyö tulevaisuudessa .....	27
	10.4 Hoitajien kokemus yhteistyöstä .....	27
11	Pohdinta.....	32
	11.1 Tulosten tarkastelu .....	32
	11.2 Tutkimuksen eettisyys.....	33
	11.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	35
	11.4 Jatkotutkimus- ja kehittämissuhteet.....	37
	Lähteet .....	38
	Kuviot .....	41
	Liitteet.....	43

## 1 Johdanto

Päihdehuollon erityisjärjestelmä sai alkunsa 1950-luvulla, kun päihteiden käyttö lisäsi erilaisten palveluiden tarvetta sosiaali- ja terveydenhuollon piirissä. Päihdehuollon järjestelmä kehittyi monipuoliseksi ja palveluita toteutettiin erityisesti isommilla paikkakunnilla. 2000-luvulla käynnistyneen sosiaali- ja terveydenalan uudistuksen tavoitteena oli yhdistää sosiaali- ja terveydenhuolto sekä tämän kautta uudistaa päihdehuollon erityispalvelujärjestelmää. (Partanen, Holmberg, Inkinen, Kurki & Salo-Chydenius 2015, 483.)

Suomen alkoholipolitiikassa tapahtui suuri muutos vuonna 1969, jolloin keskioluen myynti sallittiin elintarvikekaupoissa. Vuonna 2004 alkoholiveroa laskettiin, ja Viron EU-jäsenyyden vuoksi omaan käyttöön tulevien juomien tuontirajoitukset poistettiin. Alkoholiverotuksen ja tuontimääräyksen muutosten myötä alkoholikulutus kasvoi ja alkoholin käytön aiheuttamat kuolemat ja sairaudet lisääntyivät. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 95-97.) Suomessa alkoholia käytetään enemmän kuin muita päihteitä, mutta huumausaineiden kulutus on myös lisääntynyt huomattavasti 1990-luvun lopusta. (Varjonen, Tanhua, Forsell & Perälä 2012, 38). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan vuonna 2016 tilastoidun alkoholikulutuksen määrä oli laskusuunnassa vuoteen 2015 verrattuna. Mietojen alkoholijuomien kulutus laski keskimäärin 2%, väkevöityjen viinien osuus taas 5,5% ja väkevien alkoholijuomien 1,4%. Kuitenkin mietojen viinien kulutus nousi 0,4%. (Karlsson 2017.)

Opinnäytetyö on case-tyyppinen tutkimus, jossa käsitellään julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä perusterveydenhuollon vuodeosastolla päihdepotilaiden hoidossa. Tutkittavalla osastolla hoidetaan yli 16-vuotiaita akuutin vaiheen päihdepotilaita ja sisätauti-potilaita. Keskimääräinen hoitajakso on noin viisi vuorokautta. Hoitajakson päätyttyä potilaat siirtyvät kotiin tai jatkohoitopaikkaan. Kyseinen päihdeprojekti on kolmannen sektorin päihdealan järjestön vuonna 2014 kehittämä hanke, jonka tarkoituksena on tarjota päihteiden käyttäjille palvelun ohjausta ja tukitoimintaa sairaalaympäristössä. Järjestö on voittoa tavoittelematon sekä poliittisesti ja uskonnollisesti sitoutumaton. Projektin rahoittajana toimii Sosiaali- ja terveysjärjestöjen avustuskeskus STEA.

Kolmannen sektorin ja julkisen sektorin yhteistyön toimivuutta ei ole kovin paljon tutkittu, ja aiempaa tutkimusta vuodeosaston ja kolmannen sektorin välisestä yhteistyömallista ei ole. Opinnäytetyön yhteistyökumppanilta saadun suullisen tiedon mukaan päihdeprojektin ja julkisen sektorin yhteistyöstä on samaan aikaan ollut tekeillä ylemmän ammattikorkeakoulututkimuksen työ, jossa käsitellään aihetta laajemmalla perspektiivillä sekä toinen opinnäytetyö, jossa kartoitetaan potilaiden kokemuksia kyseisestä päihdeprojektista.

## 2 Päihdehoitotyö

Suomessa päihdetyö voidaan jakaa ehkäisevään ja korjaavaan päihdetyöhön. Ehkäisevällä päihdetyöllä pyritään vähentämään päihteiden käyttöä, kysyntää sekä saatavuutta erilaisilla menetelmillä kuten lainsäädännöllä. (Partanen ym. 2015, 468.) Korjaavaa päihdetyötä toteutetaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämällä päihdepalveluilla (Havio ym. 2008, 99-103).

Päihdehoidossa käytetään psykososiaalisia menetelmiä, joita ovat muun muassa tavallinen tukeva hoitosuhde, kognitiivinen käyttäytymisterapia, kahdentoista askeleen ohjelma, ratkaisukeskeinen terapia, yhteisö vahvistusohjelma, terapeuttinen yhteisö, systeemiteoreettinen terapia sekä psykodynaaminen terapia. Psykososiaalisten hoitomenetelmien käyttö päihderiippuvaisen hoidossa tulee olla jatkuvaa, ja potilaan motivointi sekä sitoutuminen hoitoon on välttämätöntä hyvän hoidon toteutumiseksi. Hoidon laatuun vaikuttaa hyvä terapeuttinen vuorovaikutussuhde, jota tarkastellaan tarkemmin kappaleessa 2.3 ”Päihdepotilaan kohtaaminen”. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti ja se voidaan toteuttaa yksilö-, ryhmä-, pari- tai perheterapiana. Hoidon rinnalla tulee myös tarkastella ja tukea potilaan arjen hallintaa, asumista, toimeentuloa, työtä sekä vapaa-aikaa. (Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä 2016.)

### 2.1 Ehkäisevä päihdetyö

World Health Organization, WHO eli Maailman terveysjärjestö tarkastelee ehkäisevää työtä primaari-, sekundaari- ja tertiäriehkäisyinä. Päihdetyön tasoja ovat yleinen ehkäisy ja riskiehkäisy. Ehkäisevän päihdetyön tarkoituksena on turvallisuuden lisääminen sekä terveyden ja päihteettömyyden edistäminen. Myös päihteiden saatavuutta, kysyntää sekä niiden käyttöä on tarkoitus vähentää ehkäisevällä päihdetyöllä. Alkoholin ja tupakan hintojen säätelyllä sekä anniskelulain rajoitteilla voidaan säädellä päihteiden saatavuutta. Saatavuuden minimointi ja lakien noudattaminen ennaltaehkäisevät päihdehaittojen syntyä varhaisessa vaiheessa. Tällaisen yleisen ehkäisyn kohteena on koko väestö. Riskiehkäisyllä taas pyritään puuttumaan päihteiden käytön riskitekijöihin esimerkiksi vähentämällä tai välttämällä ongelmakäyttöä heti varhaisessa vaiheessa. Riskiehkäisyä ovat esimerkiksi alkoholin suurkuluttajien mini-interventiot, suonensisäisten huumeiden käyttäjien pistovälineiden vaihto sekä heille tarkoitettu terveysneuvonta. (Partanen ym. 2015, 468-470.)

Suomessa huumausaineiden käyttöä pyritään ehkäisemään ja valvomaan lainsäädännöllä ja asetuksilla, kuten esimerkiksi raittiustyölailla ja päihdehuoltolailla. Lain mukaan raittiustyöstä vastaavat valtio, kunnat sekä raittiutus- ja kansanterveysjärjestöt. Kunnan raittiustyöstä vastaava toimielin huolehtii raittiustyön toteutuksesta yhteistyössä terveys-, sosiaali- ja kou-

lutoimen kanssa. (Varjonen ym. 2012, 48.) Suomen päihdepolitiikkaa säätelee kansanterveysajattelu. Kansanterveysajattelulla pyritään hallitsemaan päihteiden käytön riskejä erilaisilla menetelmillä, ilman yksilön vapauden rajoittamista. (Havio ym. 2008, 95.)

Raittiustyölaki (828/1982) pohjautuu ehkäisevään päihdetyöhön, jossa pyritään ohjaamaan kansalaisia terveisiin elämäntapoihin. Päihdehuoltolaki (41/1986) taas pyrkii ehkäisemään ja vähentämään päihteiden ongelmakäyttöä sekä edistämään päihteidenkäyttäjän toimintakykyä ja turvallisuutta. (Varjonen ym. 2012, 48.) Työterveyshuoltolaki (1383/2001) mahdollistaa päihteettömyyden kartoittamisen työpaikalla huumausainetestien avulla. Koululaeissa (477-479/2003) opetuksen ja koulutuksen järjestäjillä on velvollisuus soveltaa opetussuunnitelmiin päihteidenkäytön ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Lisäksi valtioneuvoston määrittämällä neuvolatoiminnalla sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollolla pyritään tarjoamaan varhaista tukea syrjäytymisen ehkäisemiseksi. (Varjonen ym. 2014, 19-20.) Varhainen päihteiden käyttöön puuttuminen on merkittävä osa päihdetyötä. (Holopainen 2001, 76.) Koska koulua pidetään sopivana paikkana toteuttaa ehkäisevää päihdetyötä (Faggiano, Minozzi, Versino & Buscemi 2014), tulisi oppilaitosten henkilökunnan osata tunnistaa päihteiden ongelmakäyttö jo varhaisessa vaiheessa. (Holopainen 2001, 76.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan ehkäisevä päihdetyö on yhteistyötä eri toimijoiden välillä, kuten viranomaisten, järjestöjen, yritysten ja yhteisöiden välillä. Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan osana kunnan sosiaali- ja terveyspalveluja. (Ehkäisevä päihdetyö 2016.) Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan kuntien järjestäminä julkisina palveluina, mutta myös järjestöillä eli kolmannen sektorin palvelun tuottajilla on keskeinen rooli päihdetyön toteuttamisessa (Varjonen ym. 2012, 49).

Valtakunnallisen Alkoholiohjelman pääkoordinaattorina toimii Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ohjelman tarkoituksena on lisätä ehkäisevän päihdetyön laatua kehittämällä kunta- ja alueverkostoja. Alkoholiohjelman tavoitteiden toimeksipanoista vastaa oman alueen aluehallintovirastossa työskentelevä aluekoordinaattori. Aluehallintovirastoja on kaiken kaikkiaan kuusi. Ehkäisevän päihdetyön laatuksiteerit pohjautuvat työn kohdennukseen ja kohderyhmään, jolloin huomioitavaa on realistiset ja yhdenmukaiset tavoitteet, resurssit sekä toimintamallit. (Varjonen ym. 2012, 48-49.)

## 2.2 Korjaava päihdetyö

Valtioneuvoston huumausainepolitiikan mukaan hoitopalveluja kehitetään ja lisätään, jotta päihteiden käyttäjien kynnys hoitoon pääsyyn madaltuisi. Tavoitteena on lisätä terveysneuvontaa ja tukea, jonka avulla voidaan vähentää päihteidenkäytön aiheuttamia ongelmia. Kehityksen tarkoituksena on mahdollistaa kaikille tarvitsemansa palvelut. (Varjonen ym. 2012, 67.)



Päihdepalvelut ovat osa korjaavaa päihdetyötä ja niitä toteuttaa Suomessa pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuolto. Päihdehuollon palveluiden järjestäminen on kuntien tehtävä, ja niiden sisällön tulee vastata kunnan tarpeita. (Varjonen ym. 2012, 67.) Kuntien tuottamat päihdepalvelut voidaan toteuttaa yksin tai yhdessä toisen kunnan kanssa tai erillisinä ostopalveluina. Ostopalveluilla tarkoitetaan palveluiden hankkimista ulkopuolisilta järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta, jotka tuottavat päihdepalveluja. (Havio ym. 2008, 99). Sosiaali- ja terveydenhuollon päihdehoitoa toteutetaan peruspalveluina ja erikoispalveluina (Taulukko 1). Päihdepotilaiden hoitoa toteutetaan terveyskeskuksissa, sosiaalitoimistoissa, neuvoloissa, kotipalveluissa ja kotisairaanhoidossa. (Varjonen ym. 2012, 67-68.) Päihdehuollon peruspalvelut perustuvat päihteen käytön tunnistamiseen ja arviointiin, varhaiseen puuttumiseen sekä jatkohoidon ohjaukseen. Erityispalvelut ovat usein kunnan ylläpitämiä tai ostopalvelusopimuksella ostettuja avohoitopalveluja, kuten A-klinikat ja nuorisoasemat. A-klinikat ja nuorisoasemat ovat maksuttomia ja ne perustuvat vapaaehtoisuuteen. Nuorisoasemat ovat tarkoitettu kaikille alle 25-vuotiaille, jotka tarvitsevat tukea päihde- tai mielenterveysongelmiin. (Havio ym. 2008, 100.) Palveluihin kuuluu psyykkisen ja somaattisen tilan kartoittaminen, erilaiset terapiamuodot, neuvonta tai korvaushoidot. Avohoidossa palvelut muotoutuvat potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. (Varjonen ym. 2012, 68.)

Päihdehuollon peruspalvelut	Päihdehuollon erityispalvelut
Lastensuojeluyksiköt	Avohoito
Sosiaalitoimistot	Lyhytaikainen laitoshoido
Mielenterveystoimistot	Pidempiaikainen laitostuntoutus
Terveyskeskusten vastaanotot ja vuodeosastot	Tukipalvelut
Sairaalat sekä psykiatriset sairaalat	Vertaistukitoiminta

Taulukko 1 Päihdehuollon palvelut (Varjonen ym. 2012, 67)

Selviämishoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa voimakkaasti päihtynyt potilas ei itse kykene huolehtimaan omasta turvallisuudestaan tai terveydestään. Selviämishoito on usein alle vuorokauden kestävä hoitajakso, joka toteutetaan turvallisessa ympäristössä, kuten poliisiasemien säilytystilojen läheisyydessä, terveydenhuollon päivystyksen tai päihdehuollon katkaisuhuitoyksikön yhteydessä. (Partanen ym. 2015, 487.) Nämä niin kutsutut selviämisasemat ovat ympärivuorokautisia sosiaali- ja terveydenhuollon ammattiapua tarjoavia yksiköitä. Selviämisaseman potilailla on usein myös somaattisia tai psyykkisiä syitä taustalla, minkä vuoksi hoitoa toteutetaan valvotusti. Hoidon jälkeen potilas kotiutuu tai siirtyy jatkohoitopaikkaan sovitusti. Jatkohoitopaikkoja voivat olla yhteispäivystys, vieroitusahoito-osasto, A-klinikka, päihdepoliklinikka tai terveysasema. (Partanen ym. 2015, 302.)

Katkaisuhoito eli vieroitushoito kuuluu ympärivuorokautiseen laitoshoidon piiriin. Hoidon tavoitteena on päihteiden käytön katkaisu, vieroitusoireiden hoito sekä jatkohoidon suunnittelu. Hoitajakson pituus vaihtelee potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Katkaisuhoidossa tarjotaan myös keskustelutukea silloin, kun fyysinen terveydentila on kohentunut. (Varjonen ym. 2012, 68.) Hoitoa toteutetaan usein niihin tarkoitetuissa yksiköissä, mutta myös terveyskeskusten vuodeosastoilla. Katkaisuhuolto eroaa selviämishoidosta siten, että hoidon tarkoituksena on päihteiden käytön lopettaminen. (Partanen ym. 2015, 487.)

Päihdehuollon kuntouttava hoito on ympärivuorokautista laitoshoidoa, joka kuuluu potilaan hoitosuunnitelmaan. Sen tarkoitus on tukea avohoidon hoitajaksoa. Kuntouttavaa laitoshoidoa tarjotaan usein silloin, kun avohoito tai katkaisuhuolto ei ole yksin riittänyt tai potilaalla on tarve irtautua väliaikaisesti omasta elinympäristöstään. (Varjonen ym. 2012, 69.)

Asumispalvelut ovat potilaan palvelu- ja kuntoutumissuunnitelmaan perustuvia. Päihdehuollon kuntouttavilla asuinpalveluilla tarkoitetaan tehostettuja palveluita, joilla tuetaan potilaan päihteettömyyttä. Asumispalveluita ovat muun muassa palveluasuminen, tehostettu palveluasuminen, tukiasuminen ja tuettu asuminen. Kuntoutuksella pyritään siihen, että potilas kykenisi itsenäisesti ohjautumaan hoitoon ja selviytymään jokapäiväisestä elämästä ilman päihteitä. (Varjonen ym. 2012, 69.) Päihderiippuvaisten kuntoutumista tukevat erilaiset tukitoiminnot. Esimerkiksi päiväkeskustoiminta tukee irtautumista päihdekeskeisestä elämäntavasta. Myös vapaaehtoisjärjestöt ja ryhmät tarjoavat erilaista ryhmätoimintaa kuntoutumisen tueksi. (Havio ym. 2008, 101.)

Matalan kynnyksen palveluilla tarkoitetaan palveluita, jotka päihteiden käyttäjän on helppo saavuttaa. Matalan kynnyksen palveluita toteutetaan esimerkiksi sosiaali- ja terveysneuvontapisteissä, joissa päihteiden käyttäjillä on mahdollisuus saada muun muassa terveysneuvontaa, B-hepatiittirokotuksia, hepatiittitestauksia, huumeneulojen ja ruiskujen vaihtoa sekä pienten haavojen hoitoa. Matalan kynnyksen palveluihin kuuluvat myös erilaiset päihteettömyyttä tukevat päiväkeskukset. Näitä matalan kynnyksen toimintoja tarjotaan eri paikkakunnilla. Ensimmäistä matalan kynnyksen palvelua toteutettiin Helsingissä vuonna 1997. (Partanen ym. 2015, 488-489.)

### 2.3 Hoitosuhteen luominen ja päihdepotilaan tunnistaminen

Päihdehoitotyö toteutetaan ammatillisen vuorovaikutuksen kautta. Se on näyttöön perustuvaa, vuorovaikutteista ja yksilöllistä hoitotyötä. Hoitotyötä toteuttaessa tulee huomioida hoidon kulmakivet, joita ovat ennakoasenteet päihteidenkäyttäjiä kohtaan sekä ajantasainen tieto päihdetyöstä. Päihdepotilaan kohtaaminen sekä vuorovaikutustilanteen luominen on sairaanhoitajan vastuulla. Jotta luotettava potilassuhde saadaan luotua, on tärkeää tuoda keskusteluissa esille aito huoli potilaan päihteiden käytöstä sekä somaattisesta

terveydestä. Osaava päihdetyöntekijä tai sairaanhoitaja luo potilaalle turvallisuuden tunteen, mikä johtaa tuloksettaiseen hoitoon. Potilaan kannustaminen, ohjaaminen, tukeminen ja kuunteleminen ovat suuri osa päihdetyön ammatillista osaamista. Hoitotyötä toteutettaessa sairaanhoitaja suunnittelee yhdessä potilaan kanssa hoidon tavoitteet ja sen laajuuden. Tarkoituksena on, että potilas toimii itse oman elämänsä asiantuntijana ja sairaanhoitaja ammattinsa asiantuntijana. (Partanen ym. 2015, 218.)

Päihdepotilaan hoitosuhteen pituus voi vaihdella muutamasta hoitokerrasta useaan vuoteen. Luotettavan vuorovaikutussuhteen luominen on tärkeää hyvän hoidon toteutumiseksi. Hoitosuhteen rakentaminen voidaan jakaa vaiheisiin, kuten tutustumisvaiheeseen, jossa sairaanhoitaja toimii aktiivisesti luodakseen luottamuksellisen vaikutelman heti hoitosuhteen alussa. Tutustumisvaiheen tarkoitus on käynnistää hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde. Orientoitumisvaiheessa panostetaan luottamuksen luomiseen ja tilanteen kartoittamiseen. Luottamus avittaa potilasta keskustelemaan itselleen hankalista asioista ilman hylätyksi tulemisen pelkoa. Työskentelyvaiheessa tarkastellaan potilaan eri elämäntilanteiden vaiheita sekä potilaan omia havaintoja ja oivalluksia itsensä tarkastelussa. Työskentelyvaiheen tarkoitus on ratkaista mielenterveys- ja päihdeongelmia. (Partanen ym. 2015, 219.)

Potilaan päihteiden käyttöä voidaan kartoittaa erilaisilla menetelmillä, kuten haastatteluilla tai kliinisillä tutkimuksilla. Haastattelu olisi hyvä aloittaa avoimilla kysymyksillä päihteiden käytön kartoittamiseksi, jotta keskustelu ei jäisi liian lyhyeksi. (Alkoholi-ongelman hoito 2015.) Joissakin tapauksissa potilas voi itse kertoa ongelmastaan tai se voi tulla ilmi esitiedoista, lähetteestä tai omaisilta. Potilaan kliinisen tilan arviointia käytetään potilaan päihteiden käytön kartoittamisessa. Levottomuus, pistojäljet, pistospaikkojen infektiot, pupillan muutokset, vieroitusoireet, aggressiivisuus ja vainoharhaisuus ilman aiempaa psykiatrista diagnoosia voivat kertoa päihteiden, kuten alkoholin tai huumeaineiden, ongelmakäytöstä. Päihteiden käytön kartoittamisen apuna voidaan joissakin tilanteissa käyttää erilaisia huumeetestejä (Huume-ongelman hoito 2012), laboratoriokokeita tai alkometria.

Alkoholin ongelmakäyttö pyritään tunnistamaan varhain. Ongelmakäyttöä on syytä epäillä silloin, kun potilaalla on vaikeuksia muistaa käyttämänsä alkoholin määrää. Usein alkoholista riippuvaiset vähättelevät alkoholinkäyttöään, mikä lisää haastetta ongelmakäytön tunnistamisessa. Alkoholin ongelmakäytön tunnistamiseksi on olemassa erilaisia apuvälineitä, kuten strukturoidut kyselyt ja alkoholinkäyttöpäiväkirja. Strukturoituja kyselyitä ovat Alcohol Use Disorders Identification Test eli AUDIT-testi (Liite 1), jonka tarkoituksena on seuloa alkoholin käyttöä, ja Short Alcohol Dependence Data Questionnaire eli SADD-kysely (Liite 2), jossa arvioidaan alkoholiriippuvuuden vaikeusastetta. Strukturoituja kyselyitä käytetään usein haastatteluiden tukena. (Alkoholi-ongelman hoito 2015.)

### 3 Julkinen sektori

Julkinen sektori tuottaa Suomessa ja muissa pohjoismaissa suuren osan palveluista. Sen tuotamien palveluiden ja työpaikkojen määrän kasvu oli nopeaa sodan jälkeen 1960-luvulta 1990-luvulle saakka, jonka jälkeen julkisen sektorin tarjoamien työpaikkojen määrä on hiljalleen laskenut. (Pento 2007, 15-17.) Julkinen sektori koostuu valtiosta eli valtion hallinnosta, yliopistoista, Kansaneläkelaitoksesta, Suomen Pankista ja valtion liikelaitoksista sekä kunnista eli kunnan hallinnosta, kunnallisesta koululaitoksesta, kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskuksista, sairaaloista, päiväkodeista ja liikelaitoksista (Tilastokeskus 2017). Pohjoismaisessa mallissa julkinen sektori järjestää suuren osan hyvinvointipalveluista eli koulutus-, sosiaali- ja terveyspalveluista (Savela 2015, 14). Suomen hyvinvointijärjestelmä on osa pohjoismaista mallia, jossa julkiset palvelut on rahoitettu yhteisin verovaroin ja tulonsiirtein (Vuorento & Kiander 2010, 132).

Hyvinvointivaltioksi kutsutaan sellaista valtiota, jonka hyvinvointi aikaansaadaan vahvasti markkinoiden ja julkisen vallan keinoin. Suomessa paikallisen julkisen vallan, kuten kuntien, suuren merkityksen vuoksi käytetään yleensä myös hyvinvointiyhteiskunta-käsitettä. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri, Lahti & Lammi-Taskula 2011, 37.) Hyvinvointivaltion kannatus on Suomessa poikkeuksellisen vankka. Vasemmisto- ja oikeistopuolueiden aatteet ovat lähempänä toisiaan useimpiin muihin Euroopan maihin verrattuna. Vaikka puolueiden välillä on eroavaisuuksia siinä, miten hyvinvointipalvelut olisi järkevintä toteuttaa tai miten niitä tulisi uudistaa, niin eduskunnan kaikki puolueet kannattavat hyvinvointivaltion ylläpitämistä. (Paloheimo 2010, 28.)

Julkiset palvelut ovat suurelta osin pysyneet julkisina monopoleina. Yksityisen sektorin tapaan julkisella sektorilla palveluiden kehittäminen, tilaaminen ja tuottaminen ovat eriytyneet omiksi toimijoikseen ja palveluista osa ulkoistetaan. (Pento 2007, 18.)

#### 3.1 Hyvinvointipalveluiden järjestäminen

Kunta on kuntalaisia lähinnä oleva hallinnollinen taso (Sallinen, Majoinen & Salenius 2012, 20). Kunta tai kuntayhtymä voi Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta (733/92) annetun lain mukaan hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät viidellä tavalla (733/03 4 §). Se voi joko järjestää toiminnan itse, sopimuksin yhdessä toisen kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palvelut valtiolta, muulta kunnalta, kuntayhtymältä, muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Se voi myös sitoutua maksamaan palvelun käyttäjän yksityiseltä palveluiden tuottajalta hankkimat palvelut palvelusetelillä, jonka arvo riippuu kunnan päätöksestä. Lain mukaan kunnalla on siis tehtävien järjestämisvastuu, muttei tuotantovastuuta (Rannisto 2007, 64).

Edellä mainitun lain 4 §:n mukaan kunnan tai kuntayhtymän tulee olla varma siitä, että yksityiseltä sektorilta hankittavien palveluiden taso vastaa kunnallisen toiminnan edellyttämää tasoa. Jos kunta tai kuntayhtymä hankkii palvelut yksityiseltä palveluiden tuottajalta, niin tälle maksetaan korvausta vain kunnan osoittamien henkilöiden käyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista tai enintään palvelusetelin arvoon saakka.

Yksityisen ja kolmannen sektorin tuottamien sosiaali- ja terveyspalveluiden määrä on kasvanut 2000-luvulta lähtien. Yksityiset tuottavat yli 25% näistä palveluista. (Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut 2017.) Yksityisiin palveluntuottajiin kuuluu muun muassa yksityisiä yrityksiä ja yksityisiä ammatinharjoittajia. Yleisimpiä yksityisiä terveydenhuollon palveluita ovat hammaslääkäreiden ja lääkäreiden vastaanotot, fysioterapia sekä laboratorio-, röntgen- ja optikopalvelut. (Taipale, Lehto, Mäkelä, Kokko, Muuri, Lahti & Lammi-Taskula 2011, 63.)

Terveyden- ja hyvinvoinnin edistämisen palveluihin kuuluvat esimerkiksi terveysneuvonta, terveystarkastukset, neuvolapalvelut, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä työterveyshuolto. Perusterveydenhuolto käsittää sairauksien ehkäisemisen ja perustason sairaanhoitopalvelut. Perusterveydenhuoltoon kuuluu sairauksien hoito terveyskeskuksissa avosairaanhoidon vastaanotoilla tai vuodeosastoilla sekä kotisairaanhoido. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kesken noudatetaan porrastusta. (Sallinen, Majoinen & Salenius 2012, 89.)

Terveydenhuoltolain mukaan kuntien on laadittava yhteinen terveydenhuollon järjestämissuunnitelma samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvien kuntien kanssa. Järjestämissuunnitelma luodaan valtuustokausittain ja sen jälkeen sitä seurataan ja päivitetään tarpeen mukaan vuosittain. Suunnitelman voimin puretaan päällekkäisyyksiä ja porrastetaan palvelutoimintaa. (Sallinen, Majoinen & Salenius 2012, 89.)

Hoitotakuu tuli voimaan koko maassa vuonna 2005. Se tarkoittaa kiireettömän hoidon tarpeen arviointia ja toteuttamista. Välittömästi tulee päästä välitöntä huomiota tai päivystystä vaativaan tutkimukseen ja hoitoon sekä lyhyellä varoitusaajalla kiireelliseen hoitoon. (Sallinen, Majoinen & Salenius 2012, 90.) Kiireellistä hoitoa tarjotaan terveysasemien ja sairaaloiden päivystyksissä ja kiireetöntä hoitoa terveysasemilla. Kiireettömään hoitoon tulee päästä hoitotakuun määräaikojen sisällä. Aluehallintovirastot ja Valvira seuraavat hoitoon pääsyä. Terveyskeskuksen tai sairaalan on hankittava hoito muualta, jos ne eivät pysty tarjoamaan sitä vaaditussa ajassa. (Hoitoon pääsy (hoitotakuu) 2017.)

Kunta tai kuntien yhteistyömuoto järjestää alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarvittavat mielenterveys- ja päihdepalvelut, jotka muodostavat muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa toimivan kokonaisuuden. Mielenterveystyö on jaettu kuntien ja

sairaanhoitopiirien kesken siten, että kunnan sosiaali- ja terveydenhuolto sisältää mielenterveyshäiriöiden ehkäisyä, varhaisen tunnistamisen, asianmukaisen hoidon ja kuntoutuksen. Sairaanhoitopiirit taas vastaavat erikoissairaanhoidollisista mielenterveyspalveluista. (Sallinen, Majoinen & Salenius 2012, 92.)

Päihdehuolto tähtää päihteiden ongelmakäytön ja siihen liittyvien sosiaalisten ja terveydellisten haittojen vähentämiseen sekä ehkäisyyn, ja sillä lisätään päihteiden ongelmakäyttäjän ja hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Päihdetyöllä pyritään näihin tavoitteisiin vahvistamalla päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä ja vähentämällä päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. Päihdetyön ohjaus ja neuvonta sekä päihteiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut kuuluvat terveydenhuollon palveluihin. Kunta huolehtii päihdehuoltolain mukaan päihdehuollon sisällöstä ja laajuudesta kunnassa esiintyvän tarpeen mukaan. (Sallinen, Majoinen & Salenius 2012, 92.)

Päihdepalvelut siirtyvät tulevaisuudessa todennäköisesti kuntien peruspalveluun. Laitoskuntoutusta ollaan vähentämässä ja perusterveydenhuollon tehtäväksi siirtyvät avohoidon palvelut. Huumeiden käytön määrä nähdään lisääntyvänä, mikä johtaa korvaushoidon yleistymiseen. Yleistymisen seurauksena korvaushoidon palveluissa ei välttämättä tulla tarvitsemaan erityisosaamista, jolloin se voitaisiin toteuttaa perusterveydenhuollossa. (Lintonen, Rönkä, Kotovirta & Konu 2012, 52.)

### 3.2 Sote- ja maakuntauudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenne- ja maakuntauudistuksen eli sote- ja maakuntauudistuksen käsittely tapahtuu eduskunnassa keväällä 2017. Uudistuksen myötä Suomeen on tarkoitus perustaa uudet maakunnat 1.7.2017 alkaen ja sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä vastaavien kaavillaan siirtyvän kunnilta maakunnille 1.1.2019. (Sote- ja maakuntauudistuksen lausuntokierros 31.8.-9.11.2016.)

Uudistuksen tavoitteena on palveluiden nykyaikaistaminen ja julkisen talouden kestävyyden parantaminen. Uudistuksen myötä kaikki julkiset sosiaali- ja terveystalouden palvelut siirtyvät maakuntien alaisuuteen. Maakuntia muodostetaan yhteensä 18, ja niissä on asukkaiden suorilla vaaleilla valitsema maakuntavaltuusto ja itsehallinto. Tällä tavoitellaan hallinnon palveluiden sujuvuutta ja vahvempaa demokratiaa. Tarkoituksena on tuottaa asiakkaan näkökulmasta katsoen toimivimmat palvelut ja parantaa kustannustehokkuutta. Ihmisten välisen hyvinvointierojen toivotaan pienenevän. Samalla talouden kasvulle ja uudelle palveluille luodaan edellytykset. (Sote- ja maakunta-uudistuksen lausuntokierros 31.8.-9.11.2016.)

Sote-uudistuksen yhteydessä asiakkaan valinnanvapautta sosiaali- ja terveystalouden palveluissa on tarkoituksena lisätä. Jatkossa asiakas saisi valita oman palveluntuottajan julkisen, yksityisen tai

kolmannen sektorin joukosta. (Pöysti & Antila 2017.) Julkinen sektori kuitenkin todennäköisesti tuottaa nykyiseen tapaan valtaosan hyvinvointipalveluista uudistuksen myötä (Sipponen 2016, 52). Lakiluonnoksen valinnanvapaus ei ole yksiselitteinen päihdeongelmaisten palveluiden kohdalla. Päihderiippuvaisilla on hankaluuksia tehdä terveyden ja hyvinvoinnin saralla järkeviä ratkaisuja, ja he tarvitsevat siksi apua päätöksenteossa. Valinnanvapaus saattaisi myös lisätä eriarvoisuutta esimerkiksi siten, että päihdeongelmaisten palvelut eriytyisivät omiksi palveluikseen muista sote-palveluista heikentäen kokonaisvaltaista hoitoa. (Partanen, Kuussaari, Stenius, Warpenius, Markkula, Kesänen & Forsell 2017.)

#### 4 Kolmas sektori

Eri teoksissa kolmanteen sektoriin viitataan eri nimillä ja se määritellään eri tavoin. Defournyn (2014, 18) mukaan 1970-luvulla keksittiin käsite kolmas sektori, johon eritellään kuuluvaksi yritykset ja järjestöt, jotka eivät kuulu yksityiseen tai julkiseen sektoriin. Vuokko (2010) käyttää teoksessaan suppeampaa käsitettä nonprofit-organisaatio. Nonprofit-organisaatio tarkoittaa järjestöä, jonka tärkeimpänä tavoitteena ei ole voiton tuottaminen omistajille. Tällaisia organisaatioita on sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. (Vuokko 2010, 9.)

##### 4.1 Kolmannen sektorin määritelmä

Rakenteellis-operationaalisen määritelmän perusteella voidaan katsoa, kuuluuko jokin organisaatio tai instituutio kolmanteen sektoriin vai ei. Se on laajan kansainvälisen Johns Hopkins -ryhmän kehittämä ja määrittely tapahtuu siinä viiden peruskriteerin avulla, joita ovat rakenteellisuus, yksityisyys, itsehallinnollisuus, vapaaehtoisuus sekä voittoa tavoittelematon jakaminen (Taulukko 2). Organisaation tai instituution täytyisi saada korkeita arvoja näistä kaikista määrittävistä mittareista, jotta se yksiselitteisesti kuuluisi kolmanteen sektoriin. Käytännössä kuitenkin joitakin kriteereitä tarvitsee tulkita. (Helander 1998, 53-55.)

<b>Rakenteellisuus</b>	Yksikön täytyy olla jollakin tasolla institutionalisoitunut, mikä tarkoittaa, että yksikön täytyy olla rekisteröitynyt, sillä täytyy olla järjestyssääntö eli toiminnallista jatkuvuutta takaavat säännökset koskien esim. johtajuutta, jäseniä.
<b>Yksityisyys</b>	Yksityisyyden määritelmä viittaa siihen, että yksikkö ei ole osa valtiota. Se voi olla viranomaistahojen tukema, mutta julkinen rahoitus ei saa olla ainoa tulonlähde. Sellaisissa rajatapauksissa, joissa yksikkö on osittain julkinen, yksikkö hyväksytään kolmannen sektorin määritelmään, jos se täyttää vapaaehtoisuuden kriteerin.
<b>Vapaaehtoisuus</b>	Vapaaehtoisuuden kriteeri määrittelee toiminnan perustumisen vapaaehtoisuuteen kaikilla toiminnan tasoilla. Se ei kuitenkaan tarkoita, että toiminta tapahtuisi täysin vapaaehtoisin voimin, vaan sitä, että vapaaehtoisen panoksen täytyy olla huomattava.
<b>Itsehallinnollisuus</b>	Itsehallinnollisuus tarkoittaa, että yksikkö on riippumaton ulkopuolisista määräyksistä ja julkisista viranomaisista sekä sitä, että yksikkö pystyy valvomaan omia toimintojaan.
<b>Voittoa tavoittelematon jakaminen</b>	Voittoa tavoittelemattomalla jakamisella tarkoitetaan sitä, että yksikkö ei tuota taloudellista voittoa omistajilleen, mutta voi kerätä varoja oman toimintansa ylläpitoon tai tulevaisuuden investointeihin.

Taulukko 2 Rakenteellis-operationaalisen määritelmän kriteerit (Helander 1998, 53-56.)

Johns Hopkins -määrittelyn mukaan organisaatiot voidaan vielä jakaa kuuluvaksi kolmanteen sektoriin ahtaan tai lavean tulkinnan mukaan. Ahtaan tulkinnan mukaan kolmannen sektorin ulkopuolelle jäävät erityisesti kirkkokunnat ja poliittiset järjestöt. Kolmannen sektorin ytimeen kuuluvat silloin yksityisoikeudelliset ja muutamat julkisoikeudelliset järjestöt, säätiöt sekä muutamat uus-osuustoiminnalliset muodostumat. Lavean tulkinnan mukaan taas esimerkiksi organisoitumattomien oma-apuryhmien, joissa samassa elämäntilanteessa olevat henkilöt jakavat kokemuksiaan, kirkkojen, joidenkin poliittisten järjestöjen, kaupallisten osuuskuntien ja julkisoikeudellisten yhdistyksien katsotaan kuuluvan kolmanteen sektoriin. (Helander 1998, 55-62).

Johns Hopkins -määrittelyn lisäksi on olemassa myös muita tapoja määrittää kolmas sektori. Esimerkiksi Susan Saxon-Harold ja Erik Blenberger ovat kehittäneet omat määrittelytapansa, mutta ne ovat pitkälti samantapaisia kuin Johns Hopkins -ryhmän määritelmät. (Helander 1998, 63.)

#### 4.2 Kolmannen sektorin palvelut

Suuri osa suomalaisista kuuluu elämänsä aikana ainakin yhteen järjestöön (Pohjola 2000, 36). Kansalaisjärjestöjen katsotaan olevan tärkeitä tekijöitä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Suomessa toimii noin 135 000 rekisteröityä yhdistystä. Kymmenesosa niistä on sosiaali- ja terveysalan järjestöjä, joiden toimintaan osallistuu yli 720 000 täysi-ikäistä ja heistä yli



460 000 säännöllisesti. Lapsiperheet ja eläkeläiset ovat heistä aktiivisimpia osallistujia. Järjestöjen tarkoituksena on saada ihmiset yhteen ja toimimaan yhdessä sairauksien, vammaisuuden tai sosiaalisten ongelmien seurausten helpottamiseksi tai poistamiseksi. Keskeisenä tehtävänä järjestöt ajavat esimerkiksi syrjäytymisvaarassa olevien ja pitkäaikaissairaiden oikeuksia ja tarjoavat tukitoimia. Järjestöjen toimintaan osallistuu sekä vapaaehtoistyöntekijöitä että ammattilaisia. (Järjestöt 2016.)

On olemassa useita kolmannen sektorin järjestöjen tuottamia mielenterveyden auttamispalveluita, joita ovat esimerkiksi puhelinauttamis-, verkkoauttamis-, kasvokkaisen kriisityön ja vertaistuen palvelut sekä kuntoutuskurssit. Monet näistä palveluista on rahoitettu Raha-automaattiyhdistyksen tuella ja ne eivät siten maksa käyttäjille mitään. Toimintaan voi usein osallistua kuka tahansa toimimalla vapaaehtoisena tukihenkilönä. Mielenterveydenpalveluita tarjoavat muun muassa alueelliset kriisikeskukset, Mielenterveyden Keskusliitto, NYYTI, Tukinet, Valtakunnallinen kriisipuhelin, Lasten ja Nuorten puhelin ja Suomen Mielenterveysseura. (Kolmannen sektorin auttavat palvelut 2017.)

Tulevaisuuden tutkimuksessa käytetyllä Delfoi-menetelmällä tehdyssä asiantuntijatutkimuksessa ”Huumeet 2020” tutkittiin, miltä huumeetilanne ja siihen liittyvät kysymykset näyttävät noin kymmenen vuoden kuluttua. Asiantuntijoiksi valikoituivat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa toimivan kansallisen huumeseurantakeskuksen yhteistyöverkoston jäsenet. (Lintonen, Rönkä, Kotovirta & Konu 2012, 18.) Yhtenä väitteenä käsiteltiin kolmannen sektorin roolia huumehoitopalveluiden järjestämisessä. Asiantuntijat eivät olleet täysin samaa mieltä siitä, millaiseksi kolmannen sektorin rooli palveluiden tuottajana muodostuu. Osan asiantuntijoista mielestä kolmannen sektorin tuottamat palvelut olisivat tehokkaampia kuin kunnalliset, kun taas osa asiantuntijoista oli sitä mieltä, että taloudellisten säästöjen vuoksi päihdepalvelut tulisivat pysymään kunnissa. Kuntien ja kolmannen sektorin kumppanuus tuli myös yhtenä mahdollisuutena esille. Tulevaisuudessa kolmannen sektorin päihdepalvelut todennäköisesti täydentäisivät oman kunnan palvelutuotantoa, mikä lisäisi tasa-arvoista hoidon toteutumista. (Lintonen, Rönkä, Kotovirta & Konu 2012, 50-51.)

## 5 Julkisen- ja kolmannen sektorin yhteistyö

Järjestöt ovat tällä hetkellä kuntien tärkeä yhteistyökumppani palveluiden tuotannossa, terveyden edistämässä ja väestön terveyserojen kaventamistyössä, vaikka niiden rooli saattaa muuttua palveluiden järjestämisvastuun siirtyessä kunnilta maakunnalle. Sekä yksityisen että kolmannen sektorin katsotaan voivan toimimalla yhdessä julkisen sektorin kanssa ratkaista sosiaali- ja terveysongelmia. (Järjestöt 2016.)

Poliittisen ohjauksen ja hallinnossa asetettujen tavoitteiden määrittellessä palveluntarjontaa, palveluntarjonta ei jousta tai mukaile kysyntää. Palveluita saatetaan tuottaa liikaa ja kalliimmalla hinnalla kysyntään verrattuna. Vaihtoehtoisilla palvelutuotantotavoilla haetaan siis sekä taloudellisia että julkisten palveluiden tasoa ja laatua kohottavia vaikutuksia. Laatu kohenee, kun organisaatio pyrkii kehittämään toimintaansa kysyntää vastaavaksi. (Kivelä 2007, 9-10, Kettusen 1999 mukaan.)

Kunnilla on vastuu palveluiden järjestämisestä, saatavuudesta, kokonaisuudesta ja laadusta, mutta ei tuottamisesta. Yhä useammin kunnat täydentävät toimintaansa ostopalveluilla. (Kivelä 2007, 10.) Kunnissa on siten tarve kehittää uudenlaisia keinoja palvelujen tuottamiseen. Yhteistyö kolmannen sektorin kanssa on tapa tehostaa palvelujen tehokkuutta ja tuottavuutta. (Pihlaja 2010, 11.) Uusiin sosiaali- ja terveystalouden tuotantotapoihin, kuten ulkoistamiseen, suhtautuminen on muuttumassa aiempaa myönteisemmäksi. Yhteistyön kuntien, järjestöjen ja yritysten kesken katsotaan edistävän alueellista tasa-arvoisuutta sosiaalipalveluiden saatavuudessa ja turvaavan yksilöiden sosiaalisia perusoikeuksia. (Rannisto 2007, 64.)

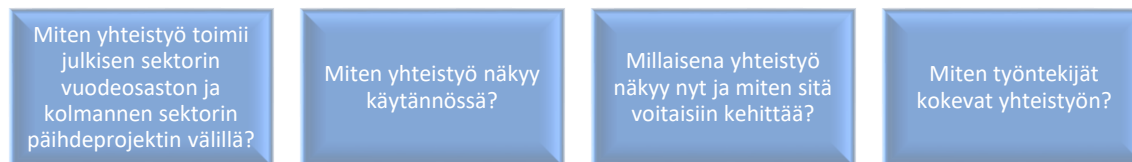
Kuntien ja järjestöjen välisessä yhteistyössä korostuu tavoitteellisuus, kuten kehittämisen keinoista sopiminen ja asiantuntemuksen hyödyntäminen. Yhteistyötä rakennettaessa huomioitavia asioita ovat esimerkiksi tavoitteiden määrittely, riittävän ajan varaaminen, joustavat rakenteet, moniäänisyyden arvostaminen, molemminpuolinen avoin tiedottaminen ja riittävä resurssien varaaminen. Yhteistyön avulla voidaan saada toimintaa lähemmäs kuntalaisia ja kuntalaisten ääntä enemmän kuuluviin. (Järjestöt 2016.)

Taimion (2015, 70-71) mukaan yksityisiin yrityksiin luotetaan vähemmän kuin voittoa tavoittelemattomiin järjestöihin, koska laadukkaan palvelun epäillä olevan ristiriidassa voitontavoittelun kanssa. Kolmannen sektorin voitonjako koskeva rajoite viestii asiakkaille rehellisyydestä. Toisaalta myös voittoa tavoittelemattomat järjestöt saattavat olla kiinnostuneita laadun heikennyksestä, jos ne sitä kautta voivat rahoittaa henkilöstötujaan tai aktiviteettejaan. Kolmannella sektorilla saattaa olla laadunvalvonta- ja kustannusetu. Työntekijät ovat yhteisössä tietyn aatteen tai mission takia, ja motivaatio on palkkaa suurempi kannustin. Kolmannen sektorin yhteisöt saattavat saada myös lahjoituksia, joita yritykset ja julkinen valta eivät saa. Myös johdolle on tärkeintä laatu ja rehellisyys palkkioiden sijaan. (Taimio 2015, 70-71.)

## 6 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää kahden sektorin, julkisen ja kolmannen, välistä yhteistyötä tutkittavalla vuodeosastolla. Työssämme pyrimme kartoittamaan, mikä yhteistyössä toimii ja mikä ei. Työn tavoitteena oli tuottaa sekä osastolle että kolmannen sektorin

järjestölle tutkimustietoa yhteistyön toimivuudesta sekä tarjota mahdollisia kehittämissuhteita toiminnan ylläpitämiseen ja sen kehittämiseen. Opinnäytetyössä etsimme vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin (Kuvio 1).



Kuvio 1 Tutkimuskysymykset

Saimme ehdotuksen aiheesta opinnäytetyötä varten tutkittavan osaston osastonhoitajalta. Osasto tekee päihdepotilaisiin kohdistuvaa yhteistyötä kolmannen sektorin järjestön päihdeprojektin kanssa. Projekti on matalan kynnyksen palvelu, jonka tavoitteena on päihteidenkäytön haittojen vähentäminen ja elämänlaadun parantaminen, vaikka päihteiden käyttö jatkuisikin. Projekti tarjoaa motivoivaa palvelunohjausta päihteitä käyttäville ja psyykkisesti oireileville. Asiakkaan ensikohtaaminen tapahtuu sairaalassa ja kotiutumisen jälkeen palvelusuhteen on tavoitteena jatkua. Projektin työntekijät tarjoavat käytännöllistä tukea, kuten osallistumista asiakasta jännittäviin viranomaisten tapaamisiin. Työntekijät myös ohjaavat asiakastaan tarpeenmukaisesti palveluihin, jotka voivat olla julkisen tai kolmannen sektorin puolella. Projektia pidetään toimivana, sillä päihdeettömyyden uskotaan alkavan helpoiten sairaalaympäristössä. Keskeistä on potilaan oma tahto päästä irtautumaan päihteistä. Osastolla hoitajat kartoittavat potentiaalisia asiakkaita projektiin, jonka jälkeen kolmannen sektorin työntekijät keskustelevat asiakkaan kanssa erilaisista tukitoimintamenetelmistä.

## 7 Tutkimuksen toteutus

Triangulaatiossa eli monimetodisessa lähestymistavassa liitetään yhteen erilaisia tutkimusmetodeja, kuten laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä, erilaisia tutkimusaineistoja, lähestymistapoja tai tutkijoita. Tällaisen lähestymistavan tarkoituksena on lisätä tutkimuksen kattavuutta ja luotettavuutta. (Vilka 2005, 52-53.)

Tutkimuskysymyksen asettelu, eli sen mihin halutaan vastaus, tulisi määrätä mitä tutkimusmenetelmää tutkimuksessa käytetään. Määrällisen ja laadullisen tutkimusmenetelmän käyttö sekä menetelmiin liittyvien aineiston keräämis-, lähestymis- ja analysointitapojen yhdistäminen on mahdollista, mikäli tutkimusryhmällä on monipuolista osaamista. Kysymyksenasettelun lisäksi resurssit määräävät tutkimusmenetelmän ja aineiston keräämistapojen valintaa. Näitä resursseja ovat esimerkiksi käytettävä työaika, tutkimuksen talous sekä käytettävissä olevat laitteet. (Vilka 2005, 52.)

Valitsimme tutkimuksen tekoon monimetodisen lähestymistavan, koska halusimme saada mahdollisimman kattavan ja luotettavan kuvan yhteistyön toteutumisesta vuodeosaston ja päihdeprojektin välillä. Siksi tutkimuksen toteutukseen valikoitui sekä määrällinen että laadullinen tutkimusmenetelmä. Määrällisen tutkimuksen valitsimme sen takia, että halusimme saada mahdollisimman monen työntekijän mielipiteen yhteistyöstä. Laadullisen tutkimusmenetelmän avulla taas pyrimme saamaan laajempaa tietoa tämänhetkisestä yhteistyöstä valitsemalla tiedonantajiksi henkilöitä, joilla olisi mahdollisimman paljon tietoa asiasta.

### 7.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella kartoitetaan mitattavien ominaisuuksien välisiä suhteita ja eroja (Vilka 2007, 13). Asioita havainnollistetaan numeerisesti sekä taulukoita ja kuvioita apuna käyttäen. Määrällisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä tietoa nykytilanteesta, muttei pystytä tarkasti selvittämään syitä. Koska määrällisen tutkimuksen avulla pyritään vastaamaan kysymyksiin, kuinka paljon ja kuinka monta prosenttia, otoksen tulisi olla riittävän suuri ja edustava. (Heikkilä 2014, 15.)

Kokonaistutkimus kannattaa tehdä kvantitatiivisessa tutkimuksessa, jos perusjoukko on pieni eli alle sata tai jopa 200-300. Tutkittavana on tällöin jokainen perusjoukon jäsen eli alkio. Otantatutkimuksessa perusjoukosta valikoituu otos, joka antaa pienoiskuvan perusjoukosta. Otantatutkimukseen päädytään esimerkiksi, jos perusjoukko on hyvin suuri, sen tutkiminen maksaisi paljon tai halutaan nopeasti tietoa. (Heikkilä 2014, 31.)

Tutkimusaineisto voidaan kerätä kyselylomakkeen, systemaattisen havainnoinnin avulla tai valmiiden rekisterien ja tilastojen käytön avulla. Näistä tiedonkeruumenetelmistä kyselylomake on tavallisimmin käytetty. (Vilka 2005, 73.)

Kyselytutkimuksen avulla kerätään ja tarkastellaan tietoa esimerkiksi yhteiskunnan ilmiöistä, ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista. Kyselytutkimuksessa tutkija kerää vastaajilta tietoa kyselylomakkeen avulla. (Vehkalahti 2014, 11.) Se voidaan toteuttaa postikyselyn, informoidun kyselyn tai joukkokyselyn eli gallupin muodossa. (Vilka 2005, 73.) Aineiston hankintaan käytetään usein standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2014, 15). Kyselytutkimuksessa aineistoa kerätään standardoidusti eli kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään kysymykset täsmälleen samalla tavalla. Kyselytutkimus on silloin hyödyllinen, kun tutkimukseen halutaan saada paljon henkilöitä ja kysyä monia asioita. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2013, 193.) Kyselylomaketta laatiessa kysymysten muoto on yksi suurimmista virheiden aiheuttajista, siksi kysymykset kannattaa suunnitella huolellisesti (Heikkilä 2014, 31).

## 7.2 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisella eli laadullisella tutkimusmenetelmällä tarkoitetaan tutkimusta, jossa korostuu kokonaisvaltainen ymmärrys kohteen laadusta ja sen ominaisuuksista. Tutkimuksen toteutuksessa nousee esiin yhtenäisiä piirteitä kohteen esiintymisympäristöstä, taustasta, tarkoituksesta tai merkityksestä. (Laadullinen tutkimus 2015.) Laadullisella tutkimuksella tarkoitetaan siis erilaisia tulkinnallisia tutkimuskäytäntöjä. Sen selkeä määrittely on kuitenkin epäselvää, sillä sille ei ole varsinaista omaa teoriaa, paradigmaa tai metodeja. (Denzin & Lincoln 2000, Metsämuurosen 2006, 83 mukaan.) Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mikä on totuus tutkittavasta ilmiöstä. Totuutta voidaan tarkastella sekä laadullisin että määrällisin tutkimusmenetelmin, mutta pyrkimys on kuitenkin päästä mahdollisimman lähelle totuutta. Laadullinen tutkimus perustuu ihmisen omaan intuitioon, järkeilykykyyn sekä yhdistämis- ja luokittamisvalmiuksiin. Sen vuoksi laadullisen tutkimuksen toteutus voi olla hyvinkin haasteellista verrattuna esimerkiksi määrälliseen tutkimukseen, jossa on monenlaisia keinoja hallita virhepäätelmiä. (Metsämuuronen 2006, 81-82.)

Laadullinen tutkimus voidaan jakaa teoreettiseen tai empiiriseen tutkimusmuotoon. Empiirissä tutkimustyyppissä tutkimuksen ilmiötä tarkastellaan tiedonantajien kokemusperäistä aineistoa käyttäen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 19-22.) Teemahaastattelu on yksi laadullisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä, jossa tiedonantajalla on valta vastata kysymyksiin ilman valmiiksi annettuja vastausvaihtoehtoja. Haastattelun teemat on annettu tiedonantajalle valmiiksi ja ne perustuvat tutkimuksen viitekehukseen. Haastattelu etenee haastattelijan vetämänä. Tiedonantajien yhdenvertaisuus on huomioitava tutkimusta toteuttaessa. Tällä tarkoitetaan sitä, että kysymysten täytyy pohjautua ennalta suunniteltujen teemojen mukaan. Kuitenkin haastattelijalla on oikeus tarkentaviin kysymyksiin tai joidenkin kysymysten poisjättämiseen oman harkinnan mukaan. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Laadullisen tutkimuksen peruskäsitteet ovat teoria, hypoteesit, metodologia ja metodi (Taulukko 3). Käsitteiden ymmärtäminen tutkimusta toteuttaessa mahdollistaa laadukkaan ja luotettavan tutkimustuloksen. Tutkimuksen peruskäsitteet jaotellaan niiden merkityksen ja käytökelpoisuuden mukaan. Teoria on käyttökelpoinen silloin, kun sen käytännöllisyydestä on hyötyä tutkimuksessa. Hypoteesien avulla voidaan varmistaa väitteiden pätevyys. Metodologia on lähestymistapa, jolla voidaan tutkia aihetta. Lähestymistavan tulee olla tutkimuksen kannalta hyödyllistä ja käytännöllistä. Metodilla taas tarkoitetaan erityistä tutkimustekniikkaa. (Silverman 1993, Metsämuurosen 2006, 83 mukaan.)

Käsite	Merkitys	Relevanssi
<b>Teoria</b>	Kokoelma selittäviä käsitteitä	Käytännöllisyys
<b>Hypoteesit</b>	Testattavat väitteet	Pätevyys

<b>Metodologia</b>	Yleinen lähestymistapa tutkia tutkimusaiheita	Käytännöllisyys
<b>Metodi</b>	Eriytynen tutkimustekniikka	Hyvä sopivuus teorian, hypoteesin ja metodologian kanssa

Taulukko 3 Laadullisen tutkimuksen peruskäsitteitä (Silverman 1993, Metsämuurosen 2006, 83 mukaan.)

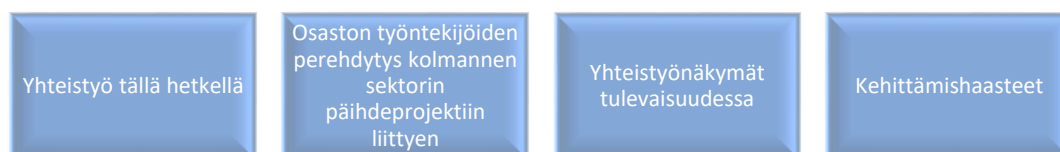
## 8 Aineiston keruu

Halusimme kyselytutkimuksella vastauksen tutkimuskysymykseemme: Miten työntekijät kokevat yhteistyön? Tutkittava perusjoukko oli pieni, 20 työntekijää, joten päädyimme kokonais- tutkimukseen eli jokaisen perusjoukon jäsenen tutkimiseen. Määrällisen tutkimuksen aloitimme kyselylomakkeen laatimisella. Kyselylomakkeessa (Liite 3) oli 10 kysymystä, joiden katsoimme parhaiten tuovan vastauksen tutkimuskysymykseemme. Kysymyksistä pyrimme tekemään mahdollisimman selkeästi ymmärrettäviä. Kysymyksistä 9 ensimmäistä olivat monivalintakysymyksiä ja viimeisenä oli avoin kysymys. Kysymysten määrä oli tarkoin harkittu, koska emme halunneet kyselyn pituuden vaikuttavan vastausprosenttiin.

Ennen tiedonkeruuta kävimme osastotunnilla kertomassa opinnäytetyöstämme, tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Veimme kyselylomakkeet sekä kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta (Liite 4) osastolle sovittuna päivänä, minkä jälkeen työntekijöillä oli kolme viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Valmiit kyselyt palautettiin palautuskuoreen. Määräajan umpeuduttua haimme kyselyt pois osastolta. Valitettavasti suurehko osa työntekijöistä jätti vastaamatta kyselyyn. Osastolla työskentelee kentällä 20 hoitajaa, joista 14 vastasi, mikä tekee vastausprosentista 70.

Laadullisen tutkimuksen tiedonkeruussa käytimme teemahaastattelua. Ennen haastatteluja tiedotimme tiedonantajia tutkimuksen teemoista (Liite 5), opinnäytetyön aiheesta sekä haastattelun vapaaehtoisuudesta ja mahdollisuudesta kieltäytyä haastattelusta. Teemojen valinta perustui opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin. Laadullisen tutkimuksen osuus nojautuu empiiriseen tutkimukseen, jossa korostuu tiedonantajan näkemys tutkittavasta ilmiöstä. Teemahaastattelun aineiston keruu toteutettiin eliittiotantaa käyttäen. Eliittiotannalla tarkoitetaan harkinnanvaraista aineistokeruuta. Harkinnanvaraista aineistokeruuta käytetään tiedonantajien valinnassa. Sen menetelmä perustuu luotettavan aineiston kokoamiseen tiedonantajien tietoihin ja näkemyksiin pohjautuen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 86.) Huomioimme tiedonantajien valinnassa myös aineiston riittävyttä ja monipuolisuutta, siksi valitsimme tiedonantajat sekä julkisen että kolmannen sektorin puolelta. Tiedonantajia oli yhteensä neljä. Haastatteluja oli kolme, joista kaksi toteutettiin yksilöhaastatteluina ja yksi parihaastatteluna.

Haastattelut sujuivat ongelmitta. Tiedonantajat olivat asiantuntevia sekä vastasivat selkeästi ja totuudenmukaisesti kaikkiin kysymyksiin. Haastattelut etenivät suunniteltujen teemojen mukaan (Kuvio 2). Litteroinnin eli aineiston aukikirjoituksen helpottamiseksi nauhoitimme haastattelut ääninauhurilla. Kysymykset olimme laatineet valmiiksi, mutta käytimme myös tarkentavia kysymyksiä haastattelujen aikana. Haastattelut rajasimme 20 minuuttiin. Kolmen haastattelun myötä aineistoa kertyi yhteensä noin 60 minuutin verran. Koimme tämän riittäväksi yhdessä määrällisen aineiston kanssa.



Kuvio 2 Teemahaastattelun teemat

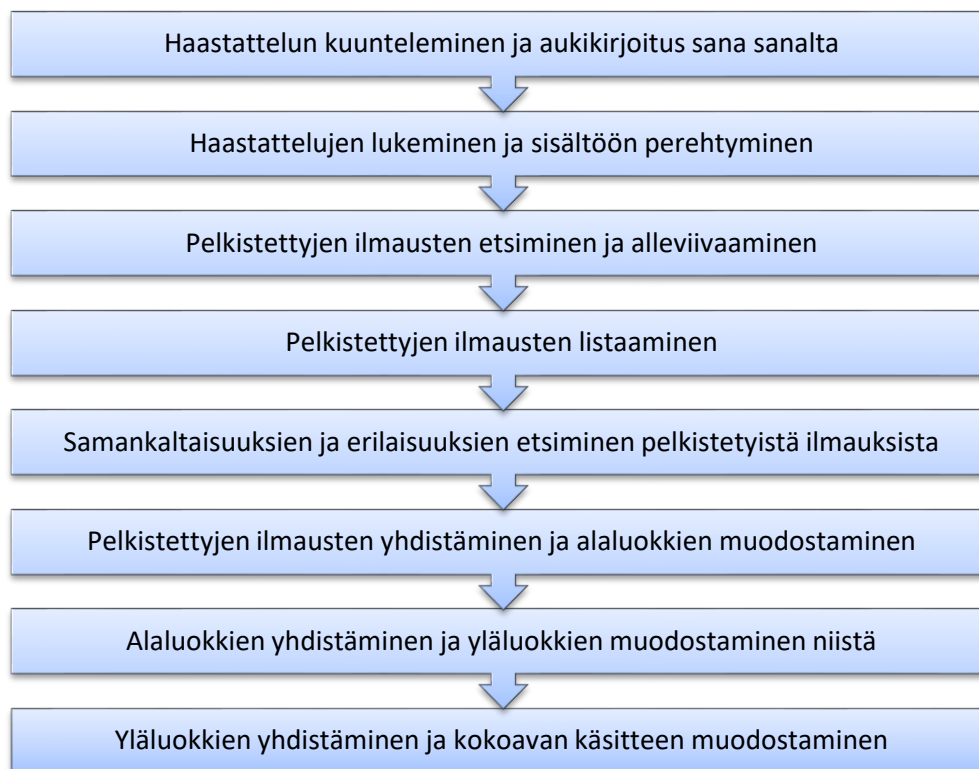
## 9 Aineiston analysointi

Opinnäytetyömme tutkimukset analysoitiin kahdella eri menetelmällä. Määrällisen tutkimuksen kyselylomakkeiden analysointi toteutettiin SPSS-ohjelmistoa käyttäen ja laadullisen tutkimuksen teemahaastattelut sisällönanalyysin keinoin.

SPSS-ohjelmistolla voidaan analysoida tilastollista tietoa (Vehkalahti 2014, 195). Aloitimme kyselyjen analysoinnin syöttämällä SPSS-ohjelmistoon kysymykset ja ohjelmoimme vastausvaihtoehdot. Sen jälkeen jatkoimme numeroimalla käsin jokaisen kyselylomakkeen. Syötimme lomakkeiden tiedot SPSS-järjestelmään samassa järjestyksessä. Lopuksi vielä tarkistimme, että syötetyt tiedot vastasivat kyselylomakkeen tietoja. SPSS-ohjelmasta saimme tietoa vastausten jakautumistesta eri vastausvaihtoehtojen välillä. Ohjelman avulla teimme myös histogrammit kysymysten vastauksista, jotta vastausten jakautuminen kysymyksittäin olisi helpompi hahmottaa.

Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa kahdella eri lähestymistavalla, joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti (Miles & Huberman 1994; Polit & Hungler 1997, Tuomen & Sarajärven 2009, 107 mukaan). Toteutimme sisällönanalyysin käyttämällä aineistolähtöistä lähestymistapaa (Kuvio 3). Analysointi aloitettiin kuuntelemalla haastattelunauhat läpi, jonka jälkeen haastattelut kirjoitettiin tekstimuotoon sanasta sanaan. Tätä vaihetta kutsutaan litteroinniksi. Sisällön perehtymisen jälkeen etsimme aineistosta tutkimuskysymyksiimme merkittävät asiat alleviivaamalla ne. Alleviivatut lauseet pelkistettiin ja listattiin. Tämän jälkeen pelkistetyistä lauseista etsittiin samankaltaisuuksia, jotka yhdistettiin

alaluokiksi. Alaluokkien listasta lähdettiin etsimään yhtenäisyyksiä ja ne taas yhdistettiin yläluokiksi, kunnes yläluokat yhdistettiin niin, että ne sopivat opinnäytetyömme tutkimuskysymyksiin eli kokoaviin käsitteisiin.



Kuvio 3 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109.)

## 10 Tutkimustulokset

Tutkimuksen tulokset on jaoteltu haastatteluissa käytettyjen teemojen mukaan (Kuvio 2). Tämän osion kolmessa ensimmäisessä kappaleessa käsittelemme laadullisen tutkimuksen tuloksia ja viimeisenä olemme avanneet kyselylomakkeiden tulokset.

### 10.1 Yhteistyö tällä hetkellä

Haastatteluista selvisi, että vuodeosaston ja päihdeprojektin välinen tämänhetkinen yhteistyö koettiin molemmin puolin aktiiviseksi (Taulukko 4). Päihdeprojekti on muotoutunut yhteistyön aikana vuodeosaston tasavertaiseksi yhteistyökumppaniksi. Päihdeprojektin työntekijät on otettu osastolla hyvin vastaan, projektin tunnettavuus on lisääntynyt ja sen toimintaa huomioidaan potilashoidon suunnittelussa.



Päihdeprojektin työntekijöiden mainittiin kehittävän aktiivisesti omaa toimintaansa. Osaston henkilöstöä pidettiin myös aktiivisena kehittämistyössä, mikä on lähentänyt yhteistyötä. Päihdeprojektin kehittämä viikko-kuukausi -aikataulu koettiin hyödylliseksi ja toimivaksi. Aikataulun tarkoitus on selkeyttää kolmannen sektorin työntekijöiden ja osaston työntekijöiden viestintäkulkua mahdollisista projektin asiakkaista. Hoitajien rooli korostuu asiakkaiden kartoituksessa hoitotyötä tehdessä. Hoitajat ehdottavat mahdolliselle asiakkaalle kolmannen sektorin päihdeprojektin palvelua. Potilaan suostumuksella tieto välitetään projektin työntekijöille. Projektin työntekijät käyvät ennalta sovitun aikataulun mukaan osastolla, jolloin hoitajat laittavat mahdollisista uusista asiakkaista post-it-lapulle etunimen sekä potilaspaikan. Muita tietoja projektin työntekijät eivät halua tai tarvitse.

Yhteistyön kerrottiin näkyvän erityisesti osastotunneilla, joissa päihdeprojektin työntekijät muun muassa kouluttavat tarvittaessa osaston työntekijöitä. Osastotunnit koettiin myös hyödylliseksi tavaksi kehittää yhteistyötä.

*”Hän kouluttaa meitä aina tarpeen mukaan ja tiedottaa myös sit näistä projektin tämänhetkisestä tilanteesta ja suunnitelmista ja toiveista.”*

Kokoava käsite	Alaluokka	Pelkistetyt ilmaukset
YHTEISTYÖ TÄLLÄ HETKELLÄ	MOLEMMAT OSAPUOLET OSALLISTUVAT AKTIIVISESTI YHTEISTYÖHÖN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HOITOHENKILÖKUNNAN ROOLI KOROSTUU ASIAKKAAN KARTOITAMISESSA</li> <li>- TASAVERTAISUUS NÄKY YHTEISTYÖSSÄ</li> <li>- YHTEISTYÖN YHTEINEN KEHITTÄMINEN</li> <li>- YHTEISTYÖ MAHDOLLISTAA PALVELUJA</li> </ul>

Taulukko 4 Yhteistyö tällä hetkellä

## 10.2 Kehittämishaasteet yhteistyössä

Haastateltavat eivät tunnistanee kysyttäessä varsinaista yhteistyön kehittämishaastetta, vaan yhteistyö koettiin jo toimivaksi molemmin puolin. Kuitenkin haastattelujen lomassa ilmeni pieniä asioita, joita voisi vielä kehittää (Taulukko 5) sekä yhteistyön alusta jo kehitettyjä asioita.

Työntekijöiden perehdytys päihdeprojektiin liittyen tapahtuu pääsääntöisesti osaston puolelta. Haastateltavat kertoivat, että perehdytyksellä ei ole varsinaista protokollaa, mutta päihdeprojektista kerrotaan uusille työntekijöille muun perehdytyksen yhteydessä. Lisäksi

projektin työntekijät esittäytyvät osaston uusille työntekijöille heitä tavatessaan. Ennen yhteistyön alkua projektin työntekijät kävivät osastotunneilla aktiivisesti kertomassa omasta toiminnastaan. Projektin tultua tutuksi osastotuntien sisältö on muuttunut tämän hetkistä tilannetta kuvaavaksi. Projektin lähtiessä liikkeelle ei tiedetty, millaiseksi toiminta muodostuu, ja siksi varsinaista perehdytystä ei ollut olemassa. Projektille luotiin sen alkuvaiheessa sairaalassa ohjaus- ja seurantaryhmät, jotka tapasivat säännöllisin väliajoin toiminnan kehittämiseksi.

*”Perehdytystä ei oikein ollut olemassa, koska ei alkuun tiedetty millaiseksi tämä työ muodostuu. Eli ihmiset on oppinut tässä vuosien kuluessa tätä toimintaa.”*

Osapuolten näkemykset yhteistyön kehittämiseksi erosivat osittain toisistaan. Pähdeprojekti koetaan osastolla vain yhdeksi osaksi osaston muuta toimintaa, joten pähdeprojektin työntekijöiden katsotaan olevan aktiivisempia yhteistyön kehittämisessä. Haastattelussa nousi esiin projektin aktiivisuus kehittää omaa toimintaansa, mikä näkyi esimerkiksi kokemusasiantuntijan ottamisella mukaan osastolle. Pähdeprojektin puolelta yhteistyötä on kehitetty myös erilaisilla kyselylomakkeilla. Pähdeprojektin puolelta toivottiin, että osasto enenevässä määrin kehittäisi yhteistyön toimivuutta. Tyytyväisiä oltiinkin esimerkiksi osastolla keksittyyn post-it-lappujen käyttöön tiedonkulussa.

Kaikissa haastatteluissa haastateltavat ottivat esille pähdeprojektin tunnettavuuden, jonka koettiin kasvaneen osastolla hyvälle tasolle yhteistyövuosien aikana. Kuitenkin tunnettavuuden lisääminen muualla sairaalassa katsottiin asiaksi, joka voisi kehittää pähdeprojektin toimintaa vielä entisestään.

Yhteistyön alkuvaiheessa osapuolten välinen kommunikointi oli haastavaa. Haasteena oli tietosuojan vuoksi tiedonjaon epäselvyys. Kolmannen sektorin projektin mukaantulo osaston toimintaan herätti epävarmuutta siitä, mitä projektin työntekijälle saa kertoa. Tiedonjako on selkeytynyt, kun projektin tarkoitus on tullut tutuksi osaston työntekijöille. Osaston työntekijöille on tullut varmuutta siitä, mitä tietoja pähdeprojektin työntekijöille voi antaa ja ettei pähdeprojektin työntekijöillä ole tarvetta tietää potilaan henkilökohtaisia asioita.

Kokoava käsite	Alaluokka	Pelkistetyt ilmaukset
KEHITTÄMISHAASTEET YHTEISTYÖSSÄ	PEREHDYTYKSELLÄ EI VARSINAISTA PROTOKOLLAA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PEREHDYTYSTÄ OSASTOTUNNEILLA JA SATUNNAISESTI KÄYTÄVILLÄ</li> <li>- PEREHDYTYS PROJEKTIIN UUDEN TYÖNTEKIJÄN PEREHDYTYKSEN YHTEYDESSÄ</li> </ul>

	YHTEISTYÖN YHTEINEN KEHITTÄMINEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PROJEKTIN TUNNETTAVUUDEN LISÄÄMINEN</li> <li>- YHTEISTYÖHÖN LIITTYVÄ KOMMUNIKOINTI</li> </ul>
--	----------------------------------	--

Taulukko 5 Kehittämishaasteet yhteistyössä

### 10.3 Yhteistyö tulevaisuudessa

Kaikki tiedonantajat toivoivat, että yhteistyö jatkuisi tulevaisuudessa (Taulukko 6). Haastattelussa selvisi, että projektin rahoitus on sovittu vuoden 2017 loppuun. Yhteistyön tulevaisuus riippuu siis rahoituksesta.

Yhteistyön katsottiin mahdollistavan enemmän palveluita sekä helpottavan julkisen sektorin työtaakkaa. Useammassa haastattelussa oltiin sitä mieltä, että päihdeprojektin ja vuodeosaston välinen yhteistyö on vaikuttanut positiivisesti myös hoidon laatuun. Päihdeprojekti tarjoaa sellaisia palveluja, joita julkisella puolella ei ole tarjota.

*”He pystyy tarjoamaan sellaista apua, mihin tavallaan meillä ei ole resursseja.”*

Kokoava käsite	Alaluokka	Pelkistetyt ilmaukset
YHTEISTYÖ TULEVAISUUDESSA	RAHOITUKSEN JATKUMINEN	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PROJEKTIN RAHOITUKSEN TOIVOTAAN JATKUVAN</li> <li>- YHTEISTYÖ MAHDOLLISTAA LAADUKKAAMPAA JA MONIPUOLISEMPAA HOITOA</li> </ul>

Taulukko 6 Yhteistyö tulevaisuudessa

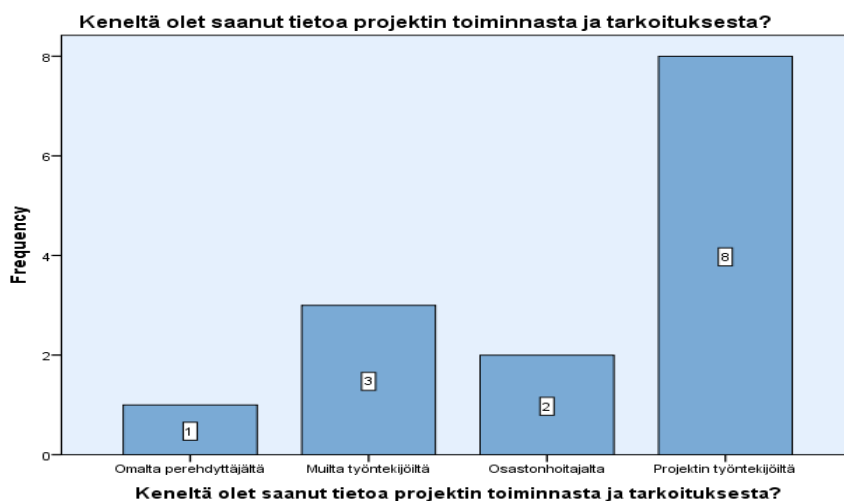
### 10.4 Hoitajien kokemus yhteistyöstä

Työntekijöiden mielipidettä yhteistyöhön kartoittavaan kyselyyn vastasi 14 hoitajaa 20:stä. Kaikki vastauslomakkeet olivat asiallisesti täytettyjä ja voitiin hyväksyä analysoitaviksi. Suurin osa vastaajista, 86%, oli ollut yli vuoden töissä osastolla ja 14% 6-12 kuukautta. Yhdenkään vastaajan työsuhteen pituus ei ollut alle 6 kuukautta.



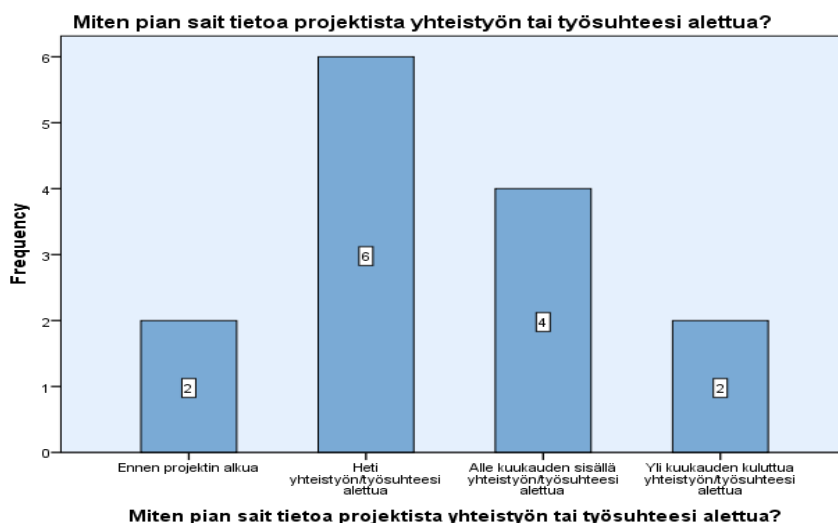
Kuvio 4 Missä tilanteessa olet saanut tietoa projektista?

Kaikki kyselyyn vastaajat vastasivat kysymykseen siitä, missä tilanteessa tiedonjako projektista oli tapahtunut (Kuvio 4). Puolet vastaajista olivat saaneet tietoa päihdeprojektista osastotunnilla. 21,4% oli saanut tietoa työsuhteen perehdytysvaiheessa ja 14,3% koulutuksessa. Loput 14,3% olivat saaneet tietoa projektista muualta, ja nämä vastaajat olivat kirjoittaneet kommenttikenttään tiedonsaannin tapahtuneen ohimennen työvuorossa tai työn ohessa.



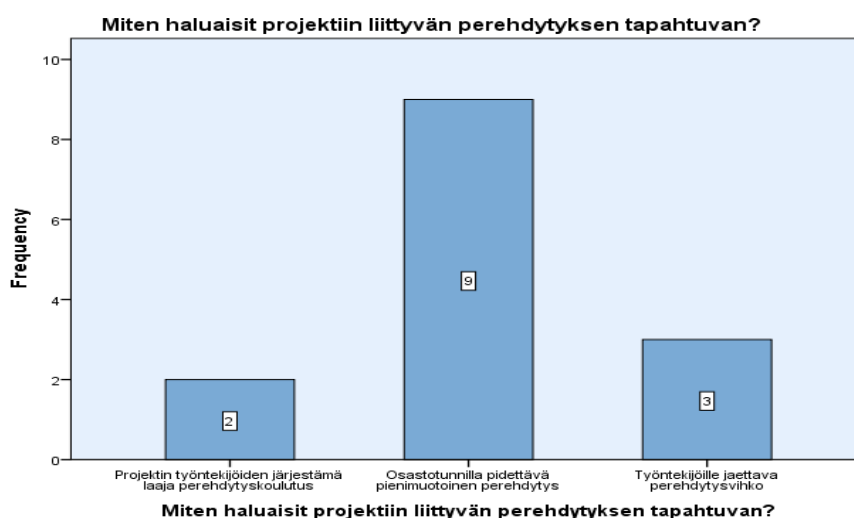
Kuvio 5 Keneltä olet saanut tietoa projektin toiminnasta ja tarkoituksesta?

Vastanneista 57,1% oli saanut tietoa päihdeprojektista projektin omilta työntekijöiltä (Kuvio 5). Muilta osaston työntekijöiltä tiedon oli saanut 21,4%. Osastonhoitajalta oli saanut tietoa 14,3% ja loput 7,1% omalta perehdyttäjältä.



Kuvio 6 Miten pian sait tietoa projektista yhteistyön tai työsuhteesi alettua?

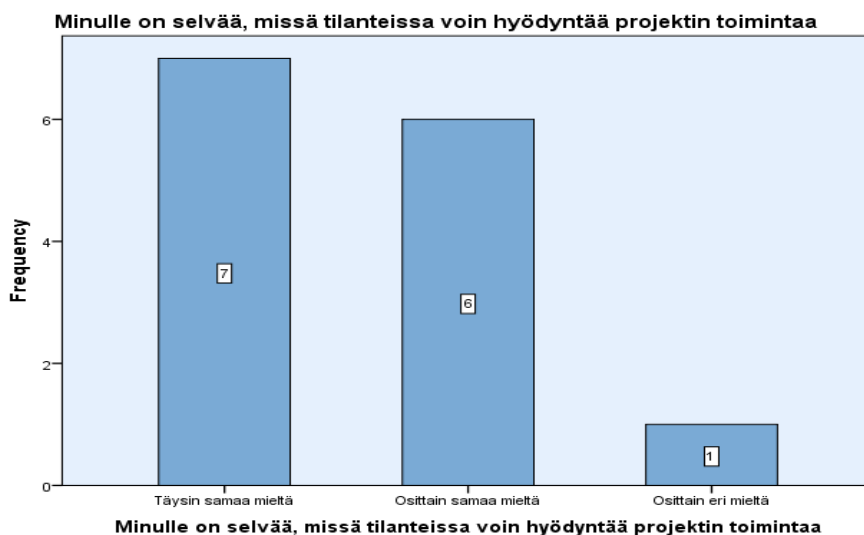
Tieto projektista oli välittynyt suurimmalle osalle vastaajista pian työsuhteen tai projektin alettua (Kuvio 6). 14,3% oli saanut tietoa projektista jo ennen yhteistyön alkua, ja 42,9% heti yhteistyön tai työsuhteen alettua. 28,6% vastaajista oli saanut tiedon alle kuukauden sisällä yhteistyön tai työsuhteen alettua. Vain 14,3% oli kuullut projektista vasta yli kuukauden kulluttua yhteistyön tai työsuhteen alettua.



Kuvio 7 Miten haluaisit projektiin liittyvän perehdytyksen tapahtuvan?

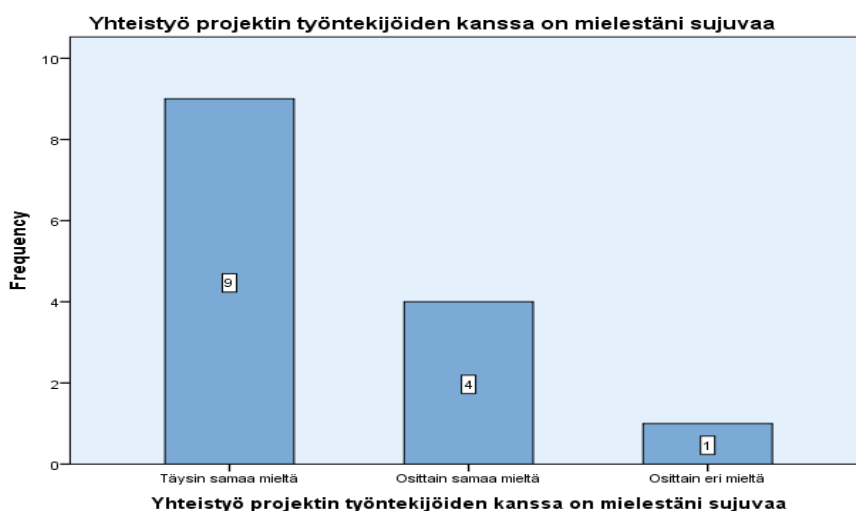
Kaikki vastanneista kokivat jonkinlaisen perehdytyksen olevan kannattavaa. Kyselyssä olevista vastausvaihtoehdoista kolme valmiiksi annettua perehdytysideaa nousivat ainoastaan esille (Kuvio 7). Yhtenä vastausvaihtoehtona vastaajilla oli mahdollisuus itse ehdottaa perehdy-

tysidea ja yksi vastausvaihto oli ”En koe tarvitsevani perehdytystä, miksi?”. 64,3% toivoi pienimuotoista perehdytystä osastotunnilla, 21,4% työntekijöistä kannattivat työntekijöille jaettavaa perehdytysvihkoa ja 14,3% toivoi projektin työntekijöiden järjestämää laajaa perehdytyskoulutusta.



Kuvio 8 Minulle on selvää, missä tilanteissa voin hyödyntää projektin toimintaa

Puolelle vastaajista oli täysin selvää, missä tilanteessa projektin toimintaa voi hyödyntää (Kuvio 8). 42,9% olivat väittämän kanssa osittain samaa mieltä ja 7,1% osittain eri mieltä. Yksikään ei vastannut olevansa täysin eri mieltä väittämän kanssa.



Kuvio 9 Yhteistyö projektin työntekijöiden kanssa on mielestäni sujuvaa

64,3% vastanneista kokivat yhteistyön osaston ja päihdeprojektin välillä sujuvaksi (Kuvio 9). 28,6% olivat osittain sitä mieltä, että yhteistyö on sujuvaa. 7,1% eli yksi vastaajista oli väittämän kanssa osittain eri mieltä. Täysin eri mieltä ei ollut kukaan.

	Vastaukset (N)	Vastaukset (%)	Tapaukset (%)
Tiedonkulku hoitajien ja projektin työntekijöiden välillä toimii	6	25,0%	46,2%
Tukitoiminta hoitajien ja projektin työntekijöiden välillä on yhteinäistä	3	12,5%	23,1%
Potentiaalisten asiakkaiden hoitoon ohjaus toimii	10	41,7%	76,9%
Selkeä työnjako hoitajien ja projektin työntekijöiden välillä	5	20,8%	38,5%
<b>Yhteensä</b>	<b>24</b>	<b>100%</b>	<b>184,6%</b>

Taulukko 7 Mitkä asiat yhteistyössä toimivat projektin ja osaston työntekijöiden välillä?

	Vastaukset (N)	Vastaukset (%)	Tapaukset (%)
Tiedonkulku hoitajien ja projektin välillä ei toimi	4	26,7%	33,3%
Tukitoiminta hoitajien ja projektin työntekijöiden välillä ei ole yhteinäistä	7	46,7%	58,3%
Potentiaalisten asiakkaiden hoitoon ohjaus ei toimi	1	6,7%	8,3%
Epäselvä työnjako hoitajien ja projektin työntekijöiden välillä	3	20,0%	25,0%
<b>Yhteensä</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>125%</b>

Taulukko 8 Mitkä asiat yhteistyössä eivät toimi projektin ja osaston työntekijöiden välillä?

Kyselyn 8. ja 9. kysymys, joissa kartoitettiin yhteistyössä toimivia ja toimimattomia asioita (Taulukko 7, Taulukko 8), olivat sellaisia, joissa vastaajat saivat valita useamman vastausvaihtoehdon, siksi tapausten kokonaisprosentti nousee yli sadan. Kyselyyn vastanneiden vastauksen määrä vaihteli nollasta kolmeen vastaukseen. Vastauksien määrää ei siten voida verrata vastaajien määrään. Tämän takia kysymysten 8 ja 9 vastaukset ovat suuntaa antavia, mutta eivät kuitenkaan suoraan verrannollisia toisiinsa.

Taulukoista (Taulukko 7, Taulukko 8) näkee, mitä vastausvaihtoehtoja oli valittu. Kaikki vastausvaihtoehdot katsottiin enemmän tai vähemmän toimiviksi. Vastaajat olivat valinneet selvästi enemmän yhteistyössä toimivia asioita kuin toimimattomia asioita, mikä tulee ilmi taulukoiden tapausprosentista. Vertailtaessa taulukoita, huomataan, että osan vastanneiden mielestä tukitoiminta hoitajien ja projektin työntekijöiden välillä ei ole yhtenäistä. Toimivaksi asiaksi korostui potentiaalisten potilaiden hoitoon ohjaus.

Viimeinen kysymys kyselyssä oli avoin, ja siinä pyydettiin vastaajia kertomaan, miten he toivoisivat yhteistyön kehittyvän. 28,6%, eli neljä vastaajaa, oli vastannut tähän kysymykseen.

*”Tiedonkulku on ongelmallista tietosuojaan takia.”*

*”Avoimuus tietyissä asioissa”*

*”Projektin työntekijät voisivat itsenäisesti etsiä ja ottaa yhteyttä asiakkaisiin. Eikä niin, että kaikki tiedonkulku ja asiakkaiden etsintä tapahtuu hoitajien välityksellä. Toiminnan pitäisi olla itsenäistä ja itseohjautuvaa.”*

*”Lisää tietoa projektin toiminnasta. Keskiviikkoluennoilla lisää tietoa projektista.”*

## 11 Pohdinta

Tässä kappaleessa tarkastelemme tutkimuksen tuloksia, eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopuksi tuomme esiin kehittämisideoita.

### 11.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksesta selvisi, että yhteistyö päihdeprojektin ja vuodeosaston välillä on toimivaa. Haastatteluissa korostui aktiivinen vuorovaikutus vuodeosaston hoitajien ja päihdeprojektin työntekijöiden välillä, ja kyselylomakkeiden tulokset tukevat tätä päätelmää. Hoitajista 92,9% nimittäin vastasi olevansa samaa mieltä tai osittain samaa mieltä väittämän ”Minulle on selvää, missä tilanteissa voin hyödyntää projektin toimintaa” (Kuvio 8) kanssa. Lisäksi 64,3% hoitajista koki yhteistyön sujuvaksi (Kuvio 9). Haastatteluissa kerrottiin yhteistyön kehittyneen



paljon projektin tunnettavuuden lisääntyttä. Tästä voimme päätellä, että yhteistyön toivuuden kannalta olisi hyödyllistä lisätä hoitajien tietoa projektista, vaikka se koetaankin jo nyt hyväksi.

Kyselytutkimuksen tuloksissa näkyy siihen vastanneiden hoitajien mielipide ja kokemus yhteistyöstä. Kyselytutkimuksen tuloksia ei voi kuitenkaan yleistää koskemaan koko osaston henkilöstöä, koska 30% osastolla työskentelevistä hoitajista jätti vastaamatta kyselyyn. Näiden vastaamatta jättäneiden mielipide jäi uupumaan tutkimuksesta ja emme tiedä olisiko kyselyn tulos muuttunut, jos he olisivat vastanneet. Mielenkiintoista olisi tietää, poikkeako vastaamatta jättäneiden ryhmän mielipide vastanneista.

Kyselylomakkeessa kehittämishaasteet painottuivat valmiiksi annetuista vastausvaihtoehdoista tiedonkulkuun ja yhtenäiseen tukitoimintaan. Lisäksi kyselylomakkeen avoimeen kysymykseen yhteistyön kehittämisestä vastasi neljästätoista vastaajasta neljä. Vastauksissa toivottiin päihdeprojektin työntekijöiltä muun muassa avoimuutta sekä sitä, että projekti olisi entistä oma-aloitteisempi asiakkaiden löytämisessä. Yhdessä vastauksessa toivottiin myös enemmän tietoa päihdeprojektista. Näiden vastausten perusteella vaikuttaa siltä, että projektin toiminnasta ja tietosuojalain asettamista rajoituksista on jossain määrin epätietoisuutta hoitajien keskuudessa. Siten projektin toimintaa, tavoitteita ja oikeuksia toteuttaa päihdepotilaiden tukitoimintaa sairaalaympäristössä olisi hyödyllistä kerrata hoitajien kanssa.

Haastatteluissa kaikki tiedonantajat toivoivat yhteistyön jatkuvan. Yhteistyön julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välillä uskottiin tarjoavan enemmän mahdollisuuksia toteuttaa laadukasta päihdehoitotyötä, sillä päihdeprojektin kanssa tehty yhteistyö vapauttaa julkisen sektorin resursseja sekä vähentää työmäärää. Päihdeprojekti pystyy tarjoamaan sellaisia palveluita, mihin julkisen sektorin resurssit eivät välttämättä riitä. Päihdeprojektin ja vuodeosaston välisen yhteistyön jatkuminen turvaisi siten päihdepotilaiden kokonaisvaltaisemman hoidon.

## 11.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvä tieteellinen käytäntö on eettisesti oikein tehdyn tutkimuksen perusta (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2013, 23). Eettisyyden toteutuminen tutkimuksessa on yksi hyvän tutkimuksen kriteeri ja sen merkitys korostuu erityisesti tutkimuksen laatua ja luotettavuutta arvioitaessa. Hyvän tutkimuksen toteutus vaatii eettistä sitoutuneisuutta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.) Opinnäytetyössä huomioitiin eettiset kysymykset koko tutkimuksen teon ajan, ja työ toteutettiin hyvää tieteellistä käytäntöä käyttäen. Opinnäytetyöhön haettiin tutkimuslupa haastatteluista ja kyselytutkimusta varten ja tutkimusta lähdettiin toteuttamaan vasta luvan jälkeen.

Tutkimuksen tulosten täytyy olla riippumattomia tutkijasta ja tutkija ei saa antaa omien asenteidensa vaikuttaa tutkimukseen. Tutkija ei saa myöskään tahallaan vääristellä tutkimustuloksia, vaikka tahattomia virheitä saattaa tapahtua huolellisellekin tutkijalle. (Heikkilä 2014, 28.) Myös aineiston keruun yhteydessä tulee huomioida, ettei tiedonantajia harhauteta tai manipuloida tiedonannon yhteydessä (Eskola 1998, Tuomen & Sarajärven 2009, 132 mukaan). Tutkimuksen toteutuksessa emme antaneet omien ennakkokäsitysten vaikuttaa tutkimustuloksiin. Käytimme tutkimustulosten analysoinnissa ainoastaan tutkimuksesta saatuja vastauksia ja varmistimme lopuksi tiedonantajilta, että olimme ymmärtäneet heidän vastauksensa oikein. Kyselylomakkeissa olimme antaneet valmiit vastausvaihtoehdot, mutta useissa kysymyksissä oli myös vaihtoehto, jossa vastaajalla oli mahdollisuus vastata kysymykseen omin sanoin. Haastattelukysymykset oli laadittu haastatteluteemojen pohjalta, ja haastattelut toteutuivat ennalta suunnitellun mukaisesti. Pohdimme haastatteluissa tarkentavien kysymysten muotoilua, jotta emme johdattelisi vastaajia.

1	Tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdollisesti osallistujan kohdistuvat riskit tulee selvittää tiedonantajalle
2	Osallistujan tieto oikeuksistaan: tutkimus on vapaaehtoista, tutkimukseen osallistuminen ja tutkimuksessa annettu tieto voidaan perua missä vaiheessa tahansa
3	Osallistujaa on tiedotettu tutkimusaiheesta ja hän tietää mitä tutkimuksella tavoitellaan
4	Osallistujan oikeuksia ja hyvinvointia on turvattava
5	Tutkimuksessa saatu tieto käytetään vain luvattuun tarkoitukseen
6	Osallistujan henkilöllisyys pysyy salassa
7	Tutkijan vastuuntunto korostuu tutkimuksessa; tutkimukseen liittyvien sopimuksien noudattaminen

Taulukko 9 Mengele-tapaukset (Reynolds 1987, Tuomen & Sarajärven 2009, 131 mukaan.)

Mengele-tapauksissa (Taulukko 9) käsitellään tutkittavien suojaa ja tiedonhankintaa koskevia kysymyksiä (Mäkelä 1998, Tuomen & Sarajärven 2009, 131 mukaan). Mengeletapausten mukaisesti informoimme tiedonantajia haastatteluita edeltävästi tutkimuksen tavoitteista ja tutkimusmenelmistä. Lähetimme tiedonantajille hyvissä ajoin tutkimuksen teemat sekä tutki-

mussuunnitelman. Tiedotimme tiedonantajia myös sekä suullisesti että kirjallisesti heidän oikeuksistaan, kuten tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja oikeudesta perua osallistuminen milloin tahansa ilman syytä. Kyselylomakkeisiin vastattiin anonyymisti ja haastattelumateriaalissa tutkittavien nimet ja ammattiryhmät pidettiin salassa. Lisäksi jätimme tutkimuksesta pois vuodeosaston ja päihdeprojektin nimen. Tutkimukseen osallistujilla oli koko tutkimuksen ajan oikeus tietää työn etenemisestä ja heille annettiin tietoa heidän niin halutessaan. Tutkimusaineistoa käsiteltiin luottamuksellisesti ja vain sovittuun tarkoitukseen, eikä tietoa jaettu ulkopuolisille. Sopimuksista tutkimuksen toteutuksessa pidettiin kiinni ja opinäytetyö valmistui ennalta suunnitellun aikataulun mukaisesti.

### 11.3 Tutkimuksen luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuudesta kertoo validiteetti ja reliabiliteetti eli pätevyys ja tarkkuus. Validiteetilla tarkoitetaan, että tutkimuksessa on mitattu sitä asiaa, mitä oli tarkoitus. (Vehkalahti 2014, 40-41.) Tämän vuoksi tutkimukselle on tärkeää asettaa selkeät tavoitteet. Validiteettia edistää tarkasti rajattu perusjoukko, edustava otos ja korkea vastaajamäärä. (Heikkilä 2014, 27.) Validiteetin arvioinnissa mietitään, miten teoreettiset käsitteet on onnistuttu kääntämään arkikielelle sekä ovatko tutkittavat ymmärtäneet, mitä tutkija on kysymyksellä hakenut eli miten kysymysten asettelu ja sisältö ovat onnistuneet. Arvioinnissa pohditaan myös valitun asteikon toimivuutta ja sisältykö mittariin epätarkkuuksia. (Vilka 2007, 150.) Meille oli alusta asti selvää, mitä halusimme kyselylomakkeilla kartoittaa: työntekijöiden eli hoitajien mielipidettä yhteistyöstä. Kysymykset teimme mahdollisimman selkeästi ymmärrettäviksi ja sellaisiksi, että ne mittaisivat juuri sitä, mitä piti. Koska perusjoukko oli vain 20, valitsimme tutkimukseen tutkittaviksi kaikki hoitajat. Kyselyyn vastasi yli puolet, 70%, ja toimeksiantajamme oli tähän määrään tyytyväinen. Olimme korostaneet tiedotteessa tutkimuksesta sitä, että vastaajien määrä on verrattavissa tutkimustulosten luotettavuuteen. Kyselytutkimuksen vastausprosentti olisi saattanut olla korkeampi, jos olisimme käyneet osastolla henkilökohtaisesti jakamassa kyselylomakkeita hoitajille. Tosin emme välttämättä hoitajien vuorotyön vuoksi olisi siltikään tavoittaneet kaikkia vastaajia.

Ennen kyselylomakkeiden jättämistä osastolle, olisimme voineet toteuttaa siihen liittyvän pilottitutkimuksen, jossa olisimme mahdollisesti saaneet kehittämisehdotuksia lomakkeen kokonaisuuteen. Tällöin kyselylomakkeen kysymykset olisivat voineet muotoutua vielä selkeämmiksi ja kysymysten asettelu sellaiseksi, että vastaukset olisivat olleet informatiivisempia. Huomasimme vasta analysointivaiheessa, että kyselyn muutaman kysymyksen vastauksia oli hankala saada määrällisesti mitattavaan muotoon. Vaikka jätimme pilottitutkimuksen toteuttamatta, koemme, että kyselystä saatu aineisto oli tutkimuksen kannalta riittävä.

Reliabiliteetti on hyvä silloin, kun mittausvirheitä on vähän ja vastaavasti huono, kun virheitä on paljon. (Vehkalahti 2014, 41.) Reliabiliteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset

ovat pysyviä ja toistettavissa riippumatta tutkimuksen tekijästä. Tiedonkeruussa, tietojen käsittelyssä ja niiden tulkinnessa voi tapahtua virheitä. (Heikkilä 2014, 28.) Lisäksi tiedonantajista lähtöisin olevat virheet voivat vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen ja tarkkuuteen, erityisesti, jos virhe ei ole satunnaista vaan systemaattista, mikä voi johtua kadosta tai vastaajien epärehellisyydestä vastauksissa. (Vilka 2007, 153.) Vastajakato tutkimuksessamme voi aiheuttaa systemaattista virhettä, minkä vuoksi emme voi yleistää kyselyn tuloksia koskemaan koko osaston henkilöstöä. Analysointivaiheessa numeroimme jokaisen kyselylomakkeen ja sen mukaan syötimme tiedot SPSS-ohjelmaan. Numerointi helpotti lomakkeiden tunnistamista tarkastusvaiheessa. Tarkistimme, että vastaukset oli oikein syötetty ennen tulosten analysointia. Kaikki palautetut kyselylomakkeet olivat asiallisesti täytettyjä ja pystyimme hyödyntämään tutkimuksessa kaikkia kyselylomakkeita. Kysely oli tehty tarkoituksella lyhyeksi, mutta tietoa antavaksi. Emme kuitenkaan tiedä, kuinka huolella vastaajat olivat täyttäneet kyselylomakkeet.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ei voida arvioida samalla tavalla kuin määrällistä tutkimusta, sillä laadullisella tutkimuksella ei ole yksiselitteistä ohjetta luotettavuuden arviointiin. Laadullisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta tulee kuitenkin tarkastella, jotta tutkimusta voidaan pitää onnistuneena. Luotettavuuden arvioinnissa korostuu johdonmukaisuus ja tutkimusta tarkastellaan tällöin kokonaisuutena. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.)

Triangulaatio on suosittu kriteeri tutkimuksen laadun arvioimiseksi. Sen käytön merkitys korostuu erityisesti laadullisen tutkimuksen arvioinnissa, mutta sopii myös määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Triangulaatio luokitellaan neljään päätyyppiin: Tutkimusaineistoon liittyvä triangulaatio, tutkijaan liittyvä triangulaatio, teoriaan liittyvä triangulaatio ja metodinen triangulaatio. Triangulaatiossa korostuu monipuolinen näkökulma tutkimusaineistoa kerätessä. (Denzin 1978, Tuomen 2007, 153 mukaan). Opinnäytetyömme tutkimuksessa käytimme luotettavuuden lisäämiseen tutkimusaineistoon liittyvää triangulaatiota. Tutkimustuloksissamme tulee esille useamman osapuolen mielipide, sillä keräsimme laadullisen tutkimuksen aineiston kolmelta eri tiedonantajataholta. Määrällisen tutkimuksen lisääminen työhön tuo vielä neljännen näkökulman aiheeseen.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttaa haastattelun tallentamiseen käytetyn tekniikan toteutuminen. Tutkimuksen tiedonantajien valinnan tulee olla hyvin perusteltua ja valinnassa tulee huomioida heidän hyödynnettävyytensä tutkimukseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140.) Olimme rajanneet aiheen selkeästi osaston ja päihdeprojektin välisen yhteistyön tutkimiseen ja pysyimme tässä rajauksessa koko tutkimuksen ajan. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus korostui erityisesti tiedonantajien valinnassa. Haastateltavien valinta perustui heillä olevaan tietoon ja kokemukseen päihdeprojektiin ja yhteistyöhön liittyen. Laa-

dullisen tutkimusmenetelmän valinta myös hoitajien mielipiteen kartoittamisessa olisi saattanut olla informatiivisempi kuin määrällisen tutkimusmenetelmän käyttö. Toisaalta, tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin, ja siihen vain harva vastasi.

Tutkijan ja tiedonantajan välisen suhteen arvioiminen tukee myös tutkimuksen luotettavuutta. Suhteeseen kuuluu esimerkiksi tiedonkulku ja tutkimustulosten hyväksyminen tiedonantajan puolelta. Lisäksi luotettavuutta voidaan arvioida myös tarkastelemalla tutkimuksen kestoa ja analyysikeinoa. Oman tutkimuksen luotettavuuden tarkastelu ja perustelu ovat osa luotettavan työn toteuttamista. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141.) Tutkimusraportissa käydään läpi kaikki tulokset ja johtopäätökset, myös toimeksiantajan kannalta mahdollisesti epäedulliset tulokset (Heikkilä 2014, 29). Tutkimustulokset lähetettiin tiedonantajille tarkistettavaksi, jotta ne olisivat hyväksytyjä myös heidän puoleltaan. Tämän tarkastuksen tarkoituksena oli lisätä tutkimustulosten luotettavuutta sekä varmistua, ettei väärinymmärrystä ole analyysivaiheessa tapahtunut.

#### 11.4 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset

Opinnäytetyössämme kuvatussa yhteistyömuodosta, jossa kolmas sektori tulee julkisen sektorin vuodeosastolle, ei ole aiempaa tutkimusta. Yhteistyöstä tarvittaisiinkin enemmän ja laajempaa tutkimusta. Potilaiden mielipidettä olisi hyvä kartoittaa, ja mielenkiintoista olisi tutkia vähenikö tai loppuiko potilaiden päihteiden käyttö sairaalasta kotiutumisen jälkeen.

Kenttätöntekijöiden mielipiteen keräsimme kyselylomaketta käyttäen ja määrällisen tutkimuksen keinoin. Jatkotutkimusaiheena työntekijöitä voisi haastatella laadullista tutkimusmenetelmää käyttäen yhteistyöhön liittyen. Tällöin saataisiin laadukkaampaa tietoa siitä, miten työntekijät kokevat yhteistyön.

Osastotunnit nähtiin tärkeänä voimavarana yhteistyön kehittämisessä. Päihdeprojektin työntekijät voisivat mahdollisesti osastotunneille osallistuessaan valita käsiteltäväksi eri aihealueita, kuten tietoturva-asiat, jotta työntekijöiden tieto projektin toiminnasta ja siitä, mihin yhteistyöllä pyritään, lisääntyisi. Päihdeprojektin perehdytykseen voisi myös luoda selkeämmän kaavan, jotta työntekijöiden tietoisuus projektista kasvaisi. Kaikille osapuolille olisi hyvä selkeyttää, miten perehdytys annetaan ja missä vaiheessa. Tästä voisi tehdä toisena opinnäytetyönä esimerkiksi perehdytysvihkon päihdeprojektiin liittyen.

## Lähteet

## Painetut

Defourny, J. 2014. From the third sector to social enterprise: A European research trajectory. Teoksessa Defourny, J., Hulgård, L. & Pestoff, V. (toim.). *Social enterprise and the third sector: Changing European landscapes in a comparative perspective*. New York: Routledge, 17-41.

Heikkilä, T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tekijät ja Edita Publishing.

Helander, V. 1998. *Kolmas sektori: Käsitteistöä, ulottuvuuksista ja tulkinnoista*. Saarijärvi: Voitto Helander ja Gaudeamus Kirja.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. *Tutki ja kirjoita*. 18. painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, A. 2001. *Huumeiden käyttäjän hoito: varhaispuuttumisesta kuntoutukseen*. Teoksessa *Suomi ja Huumeet - Tietopaketti huumeista*. 3. painos. Helsinki: Irti Huumeista.

Kivelä, S. 2007. *Johdanto*. Teoksessa Rannisto, P.-H., Pento, T. & Vedenkannas, M. (toim.). *Julkisten palvelujen uudet tuotantotavat*. Vantaa: Tekijät ja Laurea-ammattikorkeakoulu, 7-14.

Lintonen, T., Rönkä, S., Kotovirta, E. & Konu, A. 2012. *Huumeet Suomessa 2020 ennakointitutkimus*. Tampere: Poliisiammattikorkeakoulu.

Metsämuuronen, J. 2006. *Laadullisen tutkimuksen käsikirja*. Helsinki: International Methelp.

Partanen, A., Holmberg, J., Inkinen, M., Kurki, M. & Salo-Chydenius, S. 2015. *Päihdehoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro.

Paloheimo, H. 2010. *Hyvinvointivaltion kannatus ja äänestyskäyttäytyminen*. Teoksessa Taimio, H. (toim.). *Hyvinvointivaltion suunta - nousu vai lasku*. Helsinki: Työväen Sivistysliitto TSL ry, 20-39.

Pento, T. 2007. *Julkisten palvelujen historiasta*. Teoksessa Rannisto, P.-H., Pento, T. & Vedenkannas, M. (toim.) *Julkisten palveluiden uudet tuotantotavat*. Vantaa: tekijät ja Laurea-ammattikorkeakoulu, 15-19.

Pohjola, A. 2000. *Arenas for Civic Action*. Teoksessa Siisiäinen, M., Kinnunen, P. & Hietanen, E. (toim.). *The Third Sector in Finland. Review to Research of the Finnish Third Sector*. Helsinki: The Finnish Federation for Social Welfare and Health & University of Lapland, 36-51.

Rannisto, P.-H. 2007. *Ulkoistamisen mahdollisuus ja vaikutukset hyvinvointipalvelujen tuottamisessa ja johtamisessa*. Teoksessa Rannisto, P.-H., Pento, T. & Vedenkannas, M. (toim.). *Julkisten palvelujen uudet tuotantotavat*. Vantaa: Tekijät ja Laurea-ammattikorkeakoulu, 64-72.

Savela, O. 2015. *Kannattaako julkisten hyvinvointipalvelujen tuotanto ulkoistaa yksityiselle sektorille?* Teoksessa Taimio, H. (toim.) *Hyvinvointivaltio 2010-luvulla - mitä kello on lyönyt?* Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos, 14-34.

Sallinen S., Majoinen K. & Salenius, M. (toim.) 2012. *Elinvoimainen ja toimintakykyinen kunta*. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Sipponen, K. 2016. *Se suuri kuntauudistus*. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissäätö.

Taimio, H. 2015. Kannattaako julkisten hyvinvointipalvelujen tuotanto ulkoistaa yksityiselle sektorille? Teoksessa Taimio, H. (toim.). Hyvinvointivaltio 2010-luvulla - mitä kello on lyönyt? Helsinki: Palkansaajien tutkimuslaitos, 58-71.

Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A., Lahti, T. & Lammi-Taskula, J. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Lammi-Taskula, J. (toim.) 7.uudistettu painos. Helsinki: Johanna Lammi-Taskula ja WSOYpro.

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue - Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Tammi.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Helsinki: Tammi.

Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M. & Perälä, R. 2012. Huumetilanne Suomessa 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Varjonen, V., Tanhua, H., Forsell, M. & Perälä, R. 2014. Huumetilanne Suomessa 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Vehkalahti, K. 2014. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Kimmo Vehkalahti ja Finn Lectura.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Hanna Vilkka ja Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Hanna Vilkka ja Tammi.

Vuokko, P. 2010. Nonprofit-organisaatioiden markkinointi. Helsinki: WSOY-pro.

Vuorento, R. & Kiander, J. 2010. Kuntatalous ja hyvinvointipalvelut. Teoksessa Hyvinvointivaltion suunta - nousu vai lasku. (Heikki Taimio toim.) Helsinki: Työväen Sivistysliitto TSL ry, 132-153.

#### Sähköiset

Alkoholiongelmaisen hoito. 2015. Käypähoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.4.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028#K1>

Alkoholiriippuvuudesta. 2017. Päihdelinkki. Viitattu 4.5.2017. <https://www.paihdelinkki.fi/sites/default/files/sadd-1.pdf>

AUDIT-kysely. 2017. Duodecim. Viitattu 4.5.2017. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028b.pdf>

Ehkäisevä päihdetyö. 2016. THL. Viitattu 5.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdytyo>

Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. & Buscemi, D. 2014. Universal school-based prevention for illicit drug use. Cochrane Library. Viitattu 11.4.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003020.pub3/full>

Hoitoonpääsy (hoitotakuu). 2017. STM. Viitattu 4.4.2017. <http://stm.fi/hoitotakuu>

Huumeongelmaisen hoito. 2012. Käypähoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 22.4.2017. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50041>

Järjestöt. 2016. THL. Viitattu 8.2.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/jarjestot>

Kolmannen sektorin auttavat palvelut. 2017. Suomen Mielenterveysseura. Viitattu 6.2.2017. <http://www.mielenterveysseura.fi/fi/tukea-ja-apua/apua-mielenterveyden-ongelmiin/mielenterveyspalvelut/kolmannen-sektorin-auttavat>

Karlsson, T. 2017. Ennakkotieto: Alkoholijuomien kulutus 2016. THL. Viitattu 20.4.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/paihteet-ja-riippuvuudet/alkoholi/alkoholijuomien-kulutus>

Laadullinen tutkimus. 2015. Jyväskylän yliopiston Koppa. Viitattu 13.2.2017. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/tutkimusstrategiat/laadullinen-tutkimus>

Partanen, A., Kuussaari, K., Stenius, K., Warpenius, K., Markkula, J., Kesänen, M. & Forsell, M. 2017. Päihdeongelmaisten palvelut. THL. Viitattu 21.4.2017. <https://www.thl.fi/documents/2616650/2646346/6ValinnanvapausPaihdeongelmaistenPalvelut+%282%29.pdf/432b4790-bec7-479d-a6b2-5b994958c2f7>

Pihlaja R. 2010. Kolmas sektori maaseutukunnissa. Viitattu 7.11.2016: <http://www.helsinki.fi/ruralia/julkaisut/pdf/Julkaisuja19a.pdf>

Päihdehoidossa käytettäviä psykososiaalisia menetelmiä. 2016. THL. Viitattu 6.11.2016. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdeongelmaisten-palvelut/paihdehoidossa-kaytettavia-psykososiaalisia-menetelmia>

Pöysti, T. & Antila, O. 2017. Valinnanvapaus. Sote- ja maakuntauudistus. Hallituksen reformi. Viitattu 21.4.2017. <http://alueuudistus.fi/soteuudistus/asiakkaan-valinnanvapaus>

Sote- ja maakuntauudistuksen lausuntokierros 31.8.-9.11.2016. 2016. Sote- maakuntauudistus. Hallituksen reformi. Viitattu 15.1.2017: <http://alueuudistus.fi/hallituksen-esitysluonnos-31-8-2016>

Tilastokeskus. 2017. Käsitteet: Julkinen sektori. Viitattu 4.4.2017. [http://www.stat.fi/meta/kas/julkinen\\_sektor.html](http://www.stat.fi/meta/kas/julkinen_sektor.html)

Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet. STM. Viitattu 20.4.2017. <http://stm.fi/yksityiset-sote-palvelut>

Lait ja asetukset

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992

Päihdehuoltolaki 41/1986

Raittiustyölaki 828/1982

Työterveyshuoltolaki 1383/2001

Laki perusopetuslain muuttamisesta 477/2003

Laki lukiolain muuttamisesta 478/2003

Laki ammatillisesta koulutuksesta annetun lain muuttamisesta 479/2003



## Kuviot

Kuvio 1 Tutkimuskysymykset.....	19
Kuvio 2 Teemahaastattelun teemat .....	23
Kuvio 3 Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen.....	24
Kuvio 4 Missä tilanteessa olet saanut tietoa projektista?.....	28
Kuvio 5 Keneltä olet saanut tietoa projektin toiminnasta ja tarkoituksesta? .....	28
Kuvio 6 Miten pian sait tietoa projektista yhteistyön tai työsuhteesi alettua? .....	29
Kuvio 7 Miten haluaisit projektiin liittyvän perehdytyksen tapahtuvan?.....	29
Kuvio 8 Minulle on selvää, missä tilanteissa voin hyödyntää projektin toimintaa.....	30
Kuvio 9 Yhteistyö projektin työntekijöiden kanssa on mielestäni sujuvaa .....	30

## Taulukot

Taulukko 1 Päihdehuollon palvelut .....	9
Taulukko 2 Rakenteellis-operationaalisen määritelmän kriteerit .....	16
Taulukko 3 Laadullisen tutkimuksen peruskäsitteitä .....	22
Taulukko 4 Yhteistyö tällä hetkellä.....	25
Taulukko 5 Kehittämishaasteet yhteistyössä.....	27
Taulukko 6 Yhteistyö tulevaisuudessa.....	27
Taulukko 7 Mitkä asiat yhteistyössä toimivat projektin ja osaston työntekijöiden välillä? .	31
Taulukko 8 Mitkä asiat yhteistyössä eivät toimi projektin ja osaston työntekijöiden välillä?31	
Taulukko 9 Mengele-tapaukset .....	34

## Liitteet

Liite 1: AUDIT-kysely .....	44
Liite 2: Alkoholiriippuvuudesta SADD.....	45
Liite 3 Kyselylomake hoitajille .....	48
Liite 4 Tiedote tutkimuksesta .....	50
Liite 5 Teemahaastattelun teemat .....	51

Liite 1: AUDIT-kysely (AUDIT-kysely 2017.)

<b>AUDIT-KYSELY (Alcohol Use Disorders Identification Test)</b>		Pistemäärä: _____
Vastaajan sukupuoli: mies / nainen		Vastaajan ikä: _____ vuotta
Rengasta ja laske yhteen kunkin vaihtoehdon edessä olevat pistemäärät.		
<b>1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?</b>	<b>6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?</b>	
0 Ei koskaan	0 Ei koskaan	
1 Noin kerran kuussa tai harvemmin	1 Harvemmin kuin kerran kuussa	
2 2-4 kertaa kuussa	2 Kerran kuussa	
3 2-3 kertaa viikossa	3 Kerran viikossa	
4 4 kertaa viikossa tai useammin	4 Päivittäin tai lähes päivittäin	
<b>2. Kuinka monta annosta* alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?</b>	<b>7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?</b>	
0 1-2 annosta	0 Ei koskaan	
1 3-4 annosta	1 Harvemmin kuin kerran kuussa	
2 5-6 annosta	2 Kerran kuussa	
3 7-9 annosta	3 Kerran viikossa	
4 10 tai enemmän	4 Päivittäin tai lähes päivittäin	
<b>3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?</b>	<b>8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?</b>	
0 Ei koskaan	0 Ei koskaan	
1 Harvemmin kuin kerran kuussa	1 Harvemmin kuin kerran kuussa	
2 Kerran kuussa	2 Kerran kuussa	
3 Kerran viikossa	3 Kerran viikossa	
4 Päivittäin tai lähes päivittäin	4 Päivittäin tai lähes päivittäin	
<b>4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?</b>	<b>9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?</b>	
0 Ei koskaan	0 Ei	
1 Harvemmin kuin kerran kuussa	2 On, muttei viimeisen vuoden aikana	
2 Kerran kuussa	4 Kyllä, viimeisen vuoden aikana	
3 Kerran viikossa		
4 Päivittäin tai lähes päivittäin		
<b>5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?</b>	<b>10. Onko läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?</b>	
0 Ei koskaan	0 Ei	
1 Harvemmin kuin kerran kuussa	2 On, muttei viimeisen vuoden aikana	
2 Kerran kuussa	4 Kyllä, viimeisen vuoden aikana	
3 Kerran viikossa		
4 Päivittäin tai lähes päivittäin		

\* Yksi annos (= 12 g) on pullo keskiolutta tai siideriä; lasi mietoa viiniä; pieni lasi väkevää viiniä; ravintola-annos väkeviä.



Liite 2: Alkoholiriippuvuustesti SADD (Alkoholiriippuvuustesti 2017.)



### Alkoholiriippuvuustesti (SADD)

Tämän testin 17 kysymystä auttavat sinua selvittämään alkoholiriippuvuutesi tason. Kysymykset koskevat viimeisintä 12 kuukauden jaksoa. Rastita kussakin kysymyksessä omaa tilannettasi lähinnä vastaava yksi vaihtoehto.

1. Onko sinun vaikea olla ajattelematta juomista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

2. Jätätkö juomisen takia aterioita väliin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

3. Suunnitteletko päiväsi sen mukaan, milloin ja missä voit juoda?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

4. Juotko aamulla, päivällä ja illalla?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

5. Juotko alkoholin vaikutuksen vuoksi välittämättä siitä, mitä juot?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

6. Juotko miten paljon haluat riippumatta siitä, mitä seuraavana päivän pitäisi tehdä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

7. Juotko runsaasti siitä huolimatta, että tiedät monien ongelmiesi johtuvan alkoholista?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

8. Käykö sinulle usein niin, ettet voi lopettaa juomista, kun olet kerran aloittanut?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina



9. Yritätkö hallita juomistasi luopumalla siitä kokonaan päiviksi tai viikoiksi kerrallaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

10. Tarvitsetko rankan juomisen jälkeisenä aamuna krapularyypyn saadaksesi itsesi käyntiin?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

11. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna käsien vapinaa?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

12. Heräätkö rankan juomisen jälkeen oksentamaan?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

13. Onko sinulla rankan juomisen jälkeisenä aamuna tarve vältellä ihmisiä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

14. Näetkö rankan juomisen jälkeen pelottavia harhanäkyjä?

- en koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

15. Tuleeko sinulle muistikatkoksia edellisen juomisillan tapahtumista?

- ei koskaan
- joskus
- usein
- lähes aina

**Pisteytys:**

Ei koskaan = 0 pistettä

joskus = 1 piste

usein = 2 pistettä

lähes aina = 3 pistettä

**1 - 9 pistettä: lievä riippuvuus**

Tämän testin mukaan alkoholiriippuvuutesi on lievä.

Millaisia ajatuksia testin tulos sinussa herättää? Vahvistaako se omia aiempia käsityksiäsi, vai antaako se uutta ajattelemisen aihetta? Onko juomisessasi piirteitä, joihin kuitenkin olet tyytymätön? Haluaisitko kenties muuttaa juomistasi? Jos taas olet tyytyväinen nykyiseen testitulokseesi, ehkä kannattaa miettiä, miten varmistat pysymisen tällä tasolla? Jos olet tehnyt testin aiemmin ja saanut silloin korkeamman pistemäärän, onnittelut siitä, että olet pystynyt kovalla työllä vähentämään riippuvuuttasi.

**10 - 19 pistettä: kohtalainen riippuvuus**

Tämän testin mukaan alkoholiriippuvuutesi on kohtalaista.

Millaisia ajatuksia testin tulos sinussa herättää? Vahvistaako se omia aiempia käsityksiäsi, vai antaako se uutta ajattelemisen aihetta? Alkoholiriippuvuuden tasolla on merkitystä erityisesti kahden seikan kannalta:

- Millaisen tavoitteen voit asettaa juomisesi muuttamiselle
- Kannattaako yrittää vain omin päin vai onko tarpeen hakeutua hoitoon

Mitä vahvemiksi alkoholiriippuvuus on kehittynyt, sitä toteuttamiskelpoisempi tavoite on lopettaa juominen kokonaan.

Vaikka juomisen lopettaminen onnistuu monelta läheisten tuella ja ominkin päin, kannattaa selvittää hoidon mahdollisuudet jo, kun alkoholiriippuvuus on kohtalaista.

Jos olet jo juomisesi takia yhteydessä terveydenhoitoon tai päihdehuoltoon, toivotamme menestystä! Jos olet tehnyt testin aiemmin ja saanut silloin korkeamman pistemäärän, onnittelut siitä, että olet pystynyt kovalla työllä vähentämään riippuvuuttasi. Jos taas pistemääräsi on nousussa, mitä voisit tehdä tilanteesi kohentamiseksi?

**20+ pistettä: vahva riippuvuus**

Tämän testin mukaan alkoholiriippuvuutesi on vahvaa.

Millaisia ajatuksia testin tulos sinussa herättää? Vahvistaako se omia aiempia käsityksiäsi, vai antaako se uutta ajattelemisen aihetta? Alkoholiriippuvuuden tasolla on merkitystä erityisesti kahden seikan kannalta:

- Millaisen tavoitteen voit asettaa juomisesi muuttamiselle
- Kannattaako yrittää vain omin päin vai onko tarpeen hakeutua hoitoon

Kun alkoholiriippuvuus on vahvaa, yritykset ainoastaan vähentää juomista onnistuvat hyvin harvoin. Siksi toteuttamiskelpoisin tavoite on juomisen lopettaminen kokonaan.

Vaikka juomisen lopettaminen onnistuu monelta läheisten tuella ja ominkin päin, kannattaa ehdottomasti selvittää sopivimmat hoitomahdollisuudet päihdehuollon avo- tai laitoshoidossa tai terveydenhuollossa.

Mikäli kärsit pahoista vieroitusoireista, ota yhteyttä lähimpään A-klinikkaan tai terveysasemalle juomiskiirteen katkaisemiseksi. Jos olet jo juomisesi takia yhteydessä päihdehuoltoon tai terveydenhoitoon, toivotamme menestystä! Jos olet tehnyt testin aiemmin ja saanut silloin korkeamman pistemäärän, onnittelut siitä, että olet pystynyt kovalla työllä vähentämään riippuvuuttasi. Jos taas pistemääräsi on nousussa, mitä voisit tehdä tilanteesi kohentamiseksi?

### Liite 3 Kyselylomake hoitajille

#### Kyselylomake

Valitse vain yksi vastausvaihtoehto, jos kysymyksessä ei erikseen ohjata toisin.

1. Kuinka pitkä työsuhteesi on ollut osastolla?
  - a) Alle 6 kk
  - b) 6 kk-12 kk
  - c) Yli 12 kk
  
2. Missä tilanteessa olet saanut tietoa päihdeprojektista
  - a) Työsuhteen perehdytysvaiheessa
  - b) Osastotunnilla
  - c) Sähköpostin kautta
  - d) Koulutuksessa
  - e) Muualla, missä? \_\_\_\_\_
  
3. Keneltä olet saanut tietoa päihdeprojektin toiminnasta ja tarkoituksesta?
  - a) Omalta perehdyttäjältä
  - b) Muilta työntekijöiltä
  - c) Osastonhoitajalta
  - d) Päihdeprojektin työntekijöiltä
  - e) En mistään
  
4. Miten pian sait tietoa päihdeprojektista yhteistyön tai työsuhteesi alettua?
  - a) Ennen projektin alkua
  - b) Heti yhteistyön/työsuhteesi alettua
  - c) Alle kuukauden sisällä yhteistyön/työsuhteesi alettua
  - d) Yli kuukauden kuluttua yhteistyön/työsuhteesi alettua
  - e) En ole saanut tietoa päihdeprojektista
  
5. Miten haluaisit päihdeprojektiin liittyvän perehdytyksen tapahtuvan?
  - a) Päihdeprojektin työntekijöiden järjestämä laaja perehdytyskoulutus
  - b) Osastotunneilla pidettävä pienimuotoinen perehdytys
  - c) Työntekijöille jaettava perehdytysvihko
  - d) Muuten, miten? \_\_\_\_\_
  - e) En koe tarvitsevani perehdytystä, miksi? \_\_\_\_\_

Jatkuu seuraavalla sivulla! ☺



6. Minulle on selvää, missä tilanteissa voin hyödyntää päihdeprojektin toimintaa
- a) Täysin samaa mieltä
  - b) Osittain samaa mieltä
  - c) Osittain eri mieltä
  - d) Täysin eri mieltä
  - e) En osaa sanoa
7. Yhteistyö päihdeprojektin työntekijöiden kanssa on mielestäni sujuvaa
- a) Täysin samaa mieltä
  - b) Osittain samaa mieltä
  - c) Osittain eri mieltä
  - d) Täysin eri mieltä
  - e) En osaa sanoa
8. Mitkä asiat yhteistyössä toimivat päihdeprojektin ja osaston työntekijöiden välillä?  
Tässä voit valita useamman vaihtoehdon.
- a) Tiedonkulku hoitajien ja päihdeprojektin työntekijöiden välillä
  - b) Yhtenäinen tukitoiminta hoitajien ja päihdeprojektin työntekijöiden välillä
  - c) Potentiaalisten potilaiden hoitoon ohjaus
  - d) Selkeä työnjako hoitajien ja päihdeprojektin työntekijöiden välillä
  - e) Muu, mikä? \_\_\_\_\_
9. Mitkä asiat yhteistyössä eivät toimi päihdeprojektin ja osaston työntekijöiden välillä?  
Tässä voit valita useamman vaihtoehdon.
- a) Tiedonkulku hoitajien ja päihdeprojektin työntekijöiden välillä
  - b) Yhtenäinen tukitoiminta hoitajien ja päihdeprojektin työntekijöiden välillä
  - c) Potentiaalisten potilaiden hoitoon ohjaus
  - d) Selkeä työnjako hoitajien ja päihdeprojektin työntekijöiden välillä
  - e) Muu, mikä? \_\_\_\_\_

10. Miten toivot yhteistyön kehittyvän? Kerro muutamalla lauseella.

---

---

---

---

---

---

---

---

KIITOS VASTAUKSISTASI ☺

Liite 4 Tiedote tutkimuksesta

Tiedote tutkimuksesta

Hei,

Olemme kaksi Laurea Ammattikorkeakoulu Hyvinkään opiskelijaa.

Teemme opinnäytetyötä osastonne ja kolmannen sektorin päihdeprojektin välisestä yhteistyöstä. Työmme tavoitteena on kartoittaa haastattelujen ja kyselylomakkeiden avulla, miten yhteistyö osapuolten välillä toimii osaston työntekijöiden näkökulmasta. Opinnäytetyössä ei mainita sairautta tai osastoa ja kyselyyn vastaajien henkilöllisyys pysyy salassa. Kyselylomakkeita käsittelevät vain opinnäytetyön tekijät ja ne hävitetään aineiston analysoinnin ja opinnäytetyön valmistumisen jälkeen.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Tavoitteenamme on kuitenkin saada mahdollisimman luotettava ja kattava tutkimustulos ja siksi toivoisimme kaikkia osaston hoitajia vastaamaan kyselyyn.

Kyselyyn vastatessa hyväksyt kyselytulosten käytön opinnäytetyössämme.

Kyselylomakkeet tulisi täyttää ja palauttaa palautuskuoreen viimeistään 6.2.2017 mennessä.

Ystävällisin terveisin

Satu Lindfors & Paula Pönni

Liite 5 Teemahaastattelun teemat

Tutkimuksen teemat

1. Yhteistyö tällä hetkellä
2. Osaston työntekijöiden perehdytys kolmannen sektorin päihdeprojektiin liittyen
3. Yhteistyönäkymät tulevaisuudessa
4. Kehittämishaasteet