



# Asiakaslähtöisyyden toteutuminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa kotihoiton henkilökunnan näkökulmasta

---

Bäckman, Tiina

Lensu, Taina

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Laurea Lohja

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen mielenterveys-  
ja päihdepalveluissa kotihoidon työntekijöiden  
näkökulmasta

Bäckman Tiina  
Lensu Taina  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Kesäkuu, 2013

Bäckman Tiina, Lensu Taina

**Asiakaslähtöisyyden toteutuminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta**

Vuosi 2013 Sivumäärä 42

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata, toteutuuko mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asiakaslähtöinen hoitotyö kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta. Tavoitteemme oli tuottaa tietoutta, jota voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä asiakaslähtöisemmiksi.

Koho-hanke on ollut opinnäytetyön taustalla ja hankkeen tavoitteet ovat ohjanneet opinnäytetyötä. Koho-hankkeen tavoitteina on ollut muun muassa kokonaisvaltaisen hoitosuunnitelman laatiminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaille. Matalan kynnyksen ja yhden oven periaatteet, jotka helpottavat palvelujen saatavuutta. Psykiatrisen sairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välille olisi hyvä saada enemmän yhteistyötä.

Opinnäytetyömme oli laadullinen tutkimus, jossa käytettiin induktiivista lähestymistapaa. Pääasiällisenä tarkoituksena oli haastateltavien näkökulman ymmärtäminen. Laadullinen tutkimus toteutettiin teemoittain ryhmähaastatteluina kolmessa haastatteluryhmässä. Haastateltavia oli yhteensä kolmesta. Teemojen avulla kysyttiin, millaisia palveluja on tarjolla kotihoidon mielenterveys- ja päihdeasiakkaille, miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotihoidon mielenterveys- ja päihdepalveluissa ja miten mielenterveys- ja päihdepalveluja tulisi kehittää asiakaslähtöisimmiksi. Haastatteluista saatu aineisto analysoitiin teemoittain sisällönanalyysillä.

Tuloksissa oli eroavaisuuksia eri haastateltavien ryhmien välillä. Moniammatillisen yhteistyön toimivuudesta tuli esille erilaisia mielipiteitä. Vastuuhoitajien ja asiakkaan vähäiset kohtaamiset koettiin vaikeuttavan luottamussuhteen syntymistä. Koulutusta toivottiin lisää, toteuttamistapana case-tyyppiset esimerkit. Kehittämiskohteiksi toivottiin pääasiassa koulutusta, jotta osaaminen lisääntyisi kohdatessa mielenterveys- ja päihdeasiakkaat asiakaslähtöisemmäksi.

Johtopäätöksinä voitiin esittää, että kotihoidon työntekijät toivoivat pätevää työnohjausta henkilökunnalle. Asiakkaan osallisuudesta palvelujen kehittämisessä tiedettiin hyvin vähän ja se voisi olla yksi kehittämiskohde. Nuoret mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat myös kotihoidon palvelujen piirissä. Heille tarvitaan erityyppisiä palveluja, joka suuntautuisi nuoren jalkauttamiseksi kodin ulkopuolelle.

Asiasanat: mielenterveys, päihde, asiakaslähtöisyys, kotihoito.

Bäckman Tiina, Lensu Taina

**Implementation of customer-oriented focus in mental health and substance abuse services from the point of view of home care staff**

Year	2013	Pages	42
------	------	-------	----

---

The objective of this thesis is to analyze, if the customer- oriented treatment actualizes with the selected psychiatric and substance abuse clients in home care. Our goal was to produce knowledge that can be utilized in developing customer-oriented services.

Koho Project has been in the background of our thesis and their objective has guided our thesis. The objectives of the Koho Project have been among other things, a comprehensive plan for psychiatric and substance abuse clients. Principles of the low threshold and one door facilitate access to the services. Would be good to have cooperation between psychiatric nursing and primary healthcare.

Our thesis used qualitative methods and an inductive approach. The first step when conducting the study was to fully understand the perspective and the stand-points of the interviewed. The qualitative research was accomplished thematically with three different groups during two days. The total number of the interviewees was thirteen. The themes were: first, what kind of services there are available for the customers in home care in the sectors of psychiatric treatment and substance abuse rehabilitation; second, are the customer-oriented services actualized in practice and if so how are they carried out, and finally how the services can be developed even more customer-oriented. The information collected from the interviews was then analyzed within themes using content analysis.

The outcome showed that some of the groups being interviewed differentiated their view-points. Some argued that the problem was multi-professional co-operation, whether it works or not. When encounters between the customer and their individual trustee nurse were few their mutual relationship lacked confidentiality. The primary desired solution to achieve better results was conceived to be training and education which would help the staff to encounter and acknowledge the customers and their needs better.

The staff working in home care nursing wished for proficient work place counseling for the staff. However, when asked how the customers themselves could increase the quality of the services, the answers were incomprehensive. This was considered as one of the future development targets. The staff wishes for more training and one suggestion for better training was to execute it with case instances. Finally, it was agreed that also young customers in psychiatric care and substance abuse rehabilitation are part of home care nursing. There was a suggestion to direct the care to assist young customers in activities outside their homes.

Keywords: mental health, substance abuse, customer-oriented approach, home care.

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
	2.1 Mielensterveys .....	7
	2.2 Päihteet.....	8
	2.2.1 Mielensterveys- ja päihdetyö.....	8
	2.2.2 Mielensterveys- ja päihdeasiakkaan hoitotyö .....	8
	2.3 Mielensterveys ja päihdetyötä ohjaavat lait ja suositukset .....	10
	2.4 Eettisyys ja arvot mielensterveys- ja päihdetyössä .....	12
	2.5 Asiakaslähtöisyys ja asiakkaan osallisuus .....	13
	2.6 Kotihoito .....	16
3	Tutkimuskysymykset.....	19
4	Tutkimusmenetelmät.....	19
	4.1 Menetelmän kuvaus.....	19
	4.2 Aineiston keruun toteutus .....	21
	4.3 Aineiston analyysi .....	21
	4.4 Tutkimuksen etiikka .....	21
	4.5 Luotettavuuden tarkastelu .....	22
5	Tulokset.....	22
	5.1 Palvelujen tarjonta mielensterveys- ja päihdeasiakkaille .....	25
	5.2 Asiakaslähtöisyyden toteutuminen mielensterveys- ja päihdepalveluissa .....	26
	5.3 Mielensterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi ....	27
6	Pohdinta .....	29
	6.1 Tulosten tarkastelu .....	30
	6.2 Johtopäätökset .....	31
	6.3 Kehittämisehdotukset .....	31
	6.4 Oman oppimisen tarkastelu .....	32
	Lähteet .....	33
	Taulukot.....	36
	Liitteet.....	38

## 1 Johdanto

Vakavista mielenterveyshäiriöistä kärsivät ihmiset ja heidän perheensä tarvitsevat enenemässä määrin monipuolisempaa palvelua ja tukea. Päihteiden kulutus on kasvussa, erityisesti alkoholin osalta, ja käytön kasvu aiheuttaa monia sosiaalisia ja psyykkisiä ongelmia. Mielenterveys- ja päihdetyössä on arvioitu palvelujen tehokkuutta ja vaikuttavuutta ja on edelleen kehitettävä uusia toimintatapoja, sekä myös tehostamaan toimintaa eri palvelujentarjoajien kesken. (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2010, 5.)

Sosiaali- ja terveysministeriön kansallisen kehittämisohjelma (Kaste) vuodelle 2010 tavoitteena on Länsi-Suomen osalta kehittää päihde- ja mielenterveystyötä. Kaste-ohjelman tavoitteissa painotetaan erityisesti terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä, ennaltaehkäisyä ja varhaista puuttumista ongelmiin. Tavoitteissa painottuu myös asiakkaan osallisuuden lisääntyminen ja henkilöstön osaamisen kehittäminen. (Kaste 2010.)

Mielen-avain hanke on osa Sosiaali- ja terveysministeriön toimeenpanevaa valtakunnallista Kaste hanketta. Mielen-avain hanke on hyvin laaja, alueena on Uusimaa, Kymenlaakso ja Etelä-Karjala. Mielen avain hankkeen tavoitteena on parantaa eteläsuomalaisten päihdeettömyyttä ja mielenterveyttä sekä avunsaannin helpottaminen ihmisille joilla on mielenterveys- ja päihdeongelmia. Tulosten odotetaan näkyvän muutoksina kuntalaisten arjessa avun saannin nopeutumisella. Mielen avain hankkeen osahankkeita on 13 ja Koho-hanke on Lohjan kaupungin hallinnoima hanke. (Mielen avain 2010.)

Koho-hanke on Lohjan, perusturvakuntayhtymä Karviaisen ja HUS Psykiatrian yhteinen, mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon hanke. Hankkeen tavoitteena on kokonaissuunnitelman laatiminen mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttäville asiakkaille sekä matalan kynnyksen ja yhden oven toimintamallin organisointi. Tavoitteita on myös yhteistyö-muotojen vahvistaminen perusterveydenhuollon ja psykiatrian sairaanhoidon välillä sekä tutkittuun tietoon perustuvien toimintatapojen edistäminen. Tavoitteena on, että asiakkailla olisi matala kynnyks hakeutua hoitoon ja palvelut saisi yhdeltä ovelta. Hankkeen aikana luodaan uusia toimintamalleja kuten ryhmätoiminta, lyhytterapia ja vertaistukitoimintaa. Koho hanke alkoi vuonna 2009 ja on päätynyt lokakuussa 2012. Hankkeelle on myönnetty jatkorahoitus kesäkuulle 2013. (Laitinen & Lehtovaara 2011.)

Koho-hankkeen tarkoituksena on luoda pysyviä muutoksia palvelurakenteissa- ja prosesseissa. Kehittämiskohteet, joita juurrutetaan käytäntöön, ovat lähtöisin alueen todellisista käytännön tarpeista. Juurruttamisen menetelmänä käytetään työpajamenettelyä ja pajoja tukevia konsultointeja. Työryhmät ovat koottu monialaisesti, jotta tieto leviäisi mahdollisimman laajasti työskentelyn kaikissa vaiheissa. Hyviä käytäntöjä ja tapoja on tarkoitus levittää Mielen

avain -hankkeen avulla Etelä-Suomen alueelle ja myöhemmin valtakunnallisesti. (Laitinen & Lehtovaara 2011.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ollut selvittää Lohjan kaupungin kotihoidon asiakaslähtöisyyttä mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tavoitteena oli tuottaa tietoutta, jota voidaan hyödyntää palvelujen kehittämisessä asiakaslähtöisemmiksi. Selvitys on tehty kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta. Toimeksiantajana toimi Lohjan kaupunki.

Opinnäytetyöntekijöinä olemme kiinnostuneita mielenterveystyöstä ja syvennymme mielenterveyshoitotyöhön. Pidämme tärkeänä asiakaslähtöisyyden ja eettisyyden toteutumista mielenterveys- ja päihdehoitotyössä ja näin aiheen valinta oli hyvin kiinnostava.

## 2 Teoreettinen viitekehys

### 2.1 Mielenterveys

Maaailman terveysjärjestö (WHO) määrittelee terveyden sosiaalisen, fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin täydellisenä tilana. Ihminen ymmärtää oman tilansa sekä voimavaransa ja selviytyy normaalielämän paineista. Ihminen pystyy toimimaan tehokkaasti ja kykenee osallistumaan yhteiskunnassa. (World Health Organization 2004.)

EU:n konferenssissa 2008 on tunnustettu hyvinvoinnin ja mielenterveyden tärkeys Euroopan unionille, jäsenvaltioille ja kansalaisille. Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskevassa eurooppalaisessa sopimuksessa korostetaan mielenterveyden kuuluvan ihmisoikeuksiin ja sopimus luo ihmisille oikeuden nauttia hyvinvoinnista, terveydestä ja hyvästä elämän laadusta. Sopimuksessa panostetaan ennaltaehkäisevään mielenterveystyöhön. (EU 2008.)

Fyysinen terveys ja mielenterveys ovat vahvasti sidoksissa toisiinsa ja jokaisella ihmisellä on oikeus hyvään mielenterveyteen. Ihminen tarvitsee kokemuksia positiivisesta mielenterveydestä, jolloin ihminen jaksaa arjessa selviytyä vastoinkäymisistä. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva; Seuri & Schubert 2012, 12.) Mielenterveys on osa kansanterveyttä ja vaikuttaa yhteiskuntaan. Puhuttaessa mielenterveydestä ajatus on yleensä mielenterveyshäiriöiden kielteisissä puolissa. Määrittely positiivisesta mielenterveydestä ohjaa ajattelun ihmisen voimavaroihin, pois sairaus- ja ongelmanäkökulmasta. Ongelmaratkaisutaidot ja koherenssin tunne asiakkaalla tarkoittaa, että itsetunto ja itseluottamus sekä tyytyväisyys omaan itseensä ovat positiivista mielenterveyttä. Koherenssin tunnetta kuvataan myös kykyä ylläpitää ja solmia ihmissuhteita sekä kykyä vastoinkäymisten kohtaamiseen. (Kuhanen, Oittinen, Kanerva, Seuri & Schubert 2010, 17-18.)

## 2.2 Päihteet

Päihteet ovat kemiallisia aineita, yhdisteitä tai luonnontuotteita ja käyttötarkoitus on piristyminen, päihtyminen tai huumaaminen (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2010, 34). Päihteeksi mielletään tavallisimmin alkoholi ja huumeet. Tarkasteltaessa asiaa riippuvuuden näkökulmasta voitaisiin päihteiksi määritellä muutkin nautintoaineet, kuten tupakka, kahvi ja tee. Erilaiset pelit ja internet aiheuttavat myös vakavaa riippuvuutta. Alkoholi ja huumeet aiheuttavat kansanterveydelle ongelmia ja haittoja, joten niistä aiheutuviin ongelmiin paneudutaan tarkemmin yhteiskunnassamme. Yhteiskunta vaikuttaa päihteiden tarjontaan ja kysyntään säätelyn avulla. Yhteiskunnan laatima säätely on ennaltaehkäisevää toimintaa. Ehkäisevän toiminnan käytettäviä keinoja on alkoholin hintapolitiikka, huume- ja alkoholivalvonta, päihdetiedotus ja saatavuuden rajoittaminen esim. ikärajojen asettaminen. Alkoholin käyttöä ohjataan julkisesti kaupunkien järjestyssäännöillä. Keinoina on myös sekä terveyskasvatus ja valistus että vaihtoehtoisten toimintamallien tarjonta ja tukeminen. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 50.)

### 2.2.1 Mielenterveys- ja päihdetyö

Mielenterveys- ja päihdeasiakasta on vaikeaa yksinkertaisella tavalla määrittää. Usein mielenterveys- ja päihdeongelmat liittyvät yhteen. Voi olla vaikeaa määritellä kumpi ongelmista esiintyi ensin. Päihteiden ongelmakäyttäjiä mielenterveyspotilaista on noin 40 - 80 %. Toisaalta on huomattu, jopa noin 80 %:lla potilaista, joilla on diagnosoituna päihderiippuvuus, on mielenterveyden sairauksia lisäsairautena. Vakavien mielenterveysongelmien ja päihdeongelman samanaikaisuudesta on hoitotyössä käytetty termiä kaksoisdiagnoosi, (dual diagnosis). Päihdehoitotyöhön se ei sovellu, vaan mieluummin puhutaan mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä. Potilaiden hoitoa tulisi tukea yhteistyön tehostamisella, konsultaatioilla ja koulutuksella psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon välillä. (Havio ym. 2008, 200.) Yhteisesiintyvyyden käyttöä hoitotyössä voidaan perustella sillä, että se korostaa kokonaisvaltaisen ja koordinoivan hoitotyön merkitystä. Kumpaakaan ongelmista ei voida sanoa ensisijaiseksi hoidon kohteeksi. (Holmberg 2010, 67.) Tässä opinnäytetyössä mielenterveys- ja päihdeasiakas määritellään asiakkaaksi, joka on käyttänyt kotihoidon mielenterveys ja päihdepalveluja Koho-hankkeen aikana.

### 2.2.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitotyö

Tämän hetkiselä mielenterveystyöllä tarkoitetaan ihmisen toimintakyvyn, psyykkisen hyvinvoinnin ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Mielenterveystyötä toteutetaan mielenterveyslain (1116/1990) ja -asetuksen (1247/1990) mukaan. Palvelujen järjestäminen on säädetty mm. terveydenhuoltolaissa (2010/1326). Järjestämisvastuu mielenterveys- ja päihdepalve-



luista on kuntien sosiaali- ja terveysviranomaisilla. Kunnat voivat ostaa palveluja muilta toimijoilta ns. kolmannen sektorin toimijoilta esim. päihdejärjestöiltä, seurakunnalta tai asiakas- ja omaisjärjestöiltä. Lainsäädännössä korostetaan ennaltaehkäisyä ja avohoidon tärkeyttä ja ensisijaisuutta. Mielen terveystyössä halutaan painottaa työtä hyvän mielen terveyden luomiseen ja edistämiseen. Mielen terveystyön kohteena mainitaan terveydenhuoltolaissa (2010/1326) yksilöiden ja perheiden ohella myös fyysinen ja sosiaalinen ympäristö. Mielen terveystyö jaetaan ehkäisevään, korjaavaan ja mielen terveystyötä edistävään hoitotyöhön. Kunta tai kuntayhtymä ovat vastuussa mielen terveystyöpalvelujen järjestämisestä. Palvelut voidaan järjestää myös ostopalveluina. Palvelut järjestetään ensisijaisesti avopalveluina ja näin tuetaan asiakkaiden oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 21-42.)

Nykyinen päihdetyö on osa terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Päihdetyö jaetaan ehkäisevään päihdetyöhön, joka sisältää tiedon jakamisen ja neuvonnan, varhaisvaiheen päihdetyöhön sekä korjaavaan päihdetyöhön, jolla tarkoitetaan päihdehoitoa kuten laitoshoidoa, katkaisuhoitoa tai esimerkiksi A-klinikkaa. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 41-42.)

Mielen terveystyö- ja päihdeongelmaisen hoitotyö on haastavaa verrattuna muihin ryhmiin. Heillä on monenlaisia oireita. Usein hoitomotivaatio ja -tyytyväisyys ovat puutteellisia. Heillä saattaa olla väkivalta- ja itsensä vahingoittamisriskejä. Mielen terveystyö- ja päihdeasiakkailta on paljon asunnottomuutta. He ovat riskialttiita erilaisille infektioille elämäntapojensa vuoksi, esimerkiksi HIV- ja hepatiitti. (Havio ym. 2008, 201.) Mielen terveystyö- ja päihdeongelmista kärsivän ihmisen ongelmien syntyhistoria on pitkä ja nivoutuu sairastuneen psyykkiseen kehitykseen, ympäristökäsitteisiin ja vuorovaikutussuhteisiin. Sairastuneiden ongelmien voittaminen on aikaa vievää työtä. Sairastuneilla on usein heikko itsearvostus ja psyykkiset itsesääätelykeinot ovat niukat. Sosiaaliset taidot ovat usein puutteellisia ja elämänhistorian myötä tulleiden hylkäämisten kyllästämiä. Mielen terveystyö- ja päihdeongelmista kärsivien hoitotyö on pitkäjänteistä, vaikeaa ja usein hyvin ristiriitaisia tunteita herättävää työtä. (Vuori-Kemilä 2010, 46.)

Mielen terveystyö- ja päihdeasiakkaita on hoidettu kolmella eri tavalla. Rinnakkaisessa mallissa jokainen taho hoitaa asiakkaita yhtä aikaa oman erityisosaamisensa mukaan. Jaksoittaisessa mallissa siirrytään riittävän hyvän tuloksen jälkeen hoitamaan seuraavaa häiriötä. Integroitu mallissa hoidetaan asiakkaan kaikkia häiriöitä samaan aikaan moniammatillisesti. Integroitu hoitoa on pidetty vaihtoehtoista parhaimpana kliinisen näytön vuoksi. Kuitenkaan sen paremmuudesta muihin hoitomuotoihin ei ole tutkimusnäyttöä. (Holmberg 2010, 67.) Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon ja kuntoutumiseen liittyy haasteita. Haastealueina koetaan jatkohoidon järjestäminen, lääkehoidon toteutus ja perheiden tukeminen ja huomioiminen. Haasteena koetaan myös eri toimijoiden välinen yhteistyö. Aina ei ole täysin selkeää mistä potilas saa tarvitsemansa avun. Suositusten mukaan integroitu malli sopii kaksoisdiagnoosipotilaille. Integroidun mallin yhteydessä, ei kuitenkaan käsitellä hoidon jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuus

on tärkeä tekijä järjestettäessä hoitopolkuja mielenterveys- ja päihdepotilaille. Jatkuvuuden käsite korostuu joustavuutena palveluissa sekä yksilöllisesti että asiakaslähtöisesti. On tärkeää, että eri palvelujen tarjoajien välistä yhteistyötä tehostetaan ja toimitaan asiakaslähtöisesti. (Mantila 2007, 69-70.)

Hoitotyön osaamisen mielenterveys- ja päihdeongelmissa tulisi lähteä asiakkaan ongelmien käsittelemisestä hänen elämäntilanteensa ja voimavarojensa ehdoilla. Lopullinen tavoite on riippumattomuus hoitotahosta. Tilanteen arvioimisen, tutkimisen ja taustatekijöiden kartoittamisen lisäksi asiakkaan kokonaisvaltainen kohtaaminen ovat hoitajan työn alkutekijöitä. Hoitoon otetaan mukaan potilaan läheiset mahdollisuuksien mukaan. Potilaan ja läheisten kanssa päätetään hoitotyön auttamismenetelmistä ja tavoitteista. (Holmberg 2010, 69.) Hoitoa ja lääkevastetta arvioidaan säännöllisesti. Hoitoon liittyviä muutoksia tehtäessä on asiakkaan kanssa sovittava riittävän pitkä seuranta-aika. Jatkohoitoa suunniteltaessa on vältettävä asiakkaan tarpeetonta ohjausta eri yksiköihin. Akuutti- ja kuntoutushoito tulisi keskittää yhteen tai kahteen yksikköön, joissa potilas tunnetaan. (Havio ym. 2008, 203.)

Potilaiden ja henkilökunnan arvoja ja arvostuksia psykiatrisessa hoidossa on tutkittu. Henkilökunnan potilaiden hoitoon liittyvistä arvoista eniten arvostettiin ihmisarvon kunnioittamista, luotettavuutta, inhimillistä kohtelua ja hoitoympäristön turvallisuutta. Potilaat arvostivat myös eniten ihmisarvoa. Siihen liittyi odotusarvoina inhimillisuus, totuus, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus. Potilaat arvostivat paljon turvallista hoitoympäristöä. Lääkehoito, kriisiapu, omahoitajuus ja perushoito olivat hoitomuotoina eniten arvostettuja potilaiden mielestä. Vaikeina asioina koettiin pakottaminen hoitoon, alistetuksi tuleminen, pelot ja yksityisen tilan puute. Arvostuksissa havaittiin samankaltaisuutta potilaiden ja henkilökunnan välillä. Terveyden arvo oli ainut asia, jota potilaat eivät tuoneet esille. (Syrjäpalo 2006.)

### 2.3 Mielenterveys ja päihdetyötä ohjaavat lait ja suositukset

Erilaiset lait ohjaavat mielenterveys- ja päihdetyötä. Mielenterveyslain (1116/1990) tavoitteena on edistää yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun edistämistä. Väestön elinolosuhteita tulee kehittää siten, että elinolosuhteet ehkäisevät mielenterveyshäiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. Mielenterveyslain 2 §:ssä säädetään myös potilaan hoidosta tahdosta riippumatta. Mikäli laissa ei muuta säädetä, on Sosiaali- ja terveysministeriö vastuussa mielenterveystyön suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta. (Finlex 2012a.)

Terveydenhuoltolakia (2010/1326) sovelletaan kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989). Kunnan vastuulla on järjestää terveydenhuollon toteutus ja sisältö, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveydenhuoltolain (2010/1326) tarkoitus on edistää ja

ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, sosiaalista turvallisuutta ja työ- ja toimintakykyä. Sen tarkoitus on myös kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä varmistaa palvelujen yhdenvertaista saatavuutta, laatua ja potilasturvallisuutta. Terveystieteiden palvelujen asiakaskeskeisyys vahvistaminen on yksi lain keskeisistä sisällöistä. Kotihoito kuuluu perusterveydenhuoltoon, joten laki koskettaa sen toimintaa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle on tärkeää palvelujen yhdenvertainen saatavuus. Laissa mainittu väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen koskettaa myös tätä asiakasryhmää. (Finlex 2012b.)

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta säädetään (1992/785) seuraavasti. Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, hyvään ja tasa-arvoiseen kohteluun. Lisäksi tässä laissa säädetään potilaan tiedonsaanti- ja itsemääräämisoikeudesta sekä riittävän nopeasta pääsystä hoitoon. (Finlex 2012c.)

Päihdehuoltolain (1986/41) tavoitteena on ehkäistä ja vähentää päihdeiden ongelmakäyttöä sekä käyttöön liittyviä sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Lisäksi laki edistää sekä ongelmakäyttäjän että hänen läheistensä toimintakykyä ja turvallisuutta. Tämän lain mukaan kunta on velvollinen järjestämään päihdehuollon palvelut. Huumausainelaki (2008/373) on monitoiminen. Sen tavoite on ehkäistä huumausaineiden laiton tuontia Suomeen, laitonta vientiä Suomesta, valmistusta, levittämistä ja käytön ehkäisemistä. Henkilötietolain (1999/523) tarkoituksena on suojata henkilön yksityiselämää ja muita yksityisyyttä suojaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. Lakia sovelletaan myös henkilötietojen automaattisessa käsittelyssä. Kotihoitoa sääteleviä lakeja ovat sosiaalihuoltolaki (1982/710) ja kansanterveyslaki (1972/66). Sosiaalihuoltolain (1982/710) nojalla voidaan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon tehtävät yhdistää osittain tai kokonaan kotihoidoksi. Kansanterveyslaki (1972/66) sisältää kotihoidon toteuttamiseen liittyviä säädöksiä, esimerkiksi kuinka kotihoidon työntekijä voi saada tietoa asiakkaastaan. (Finlex 2012d.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mielenterveyspalveluiden laatusuosituksissa (2001) mielenterveysongelmat kehittyvät prosessina ja palveluja olisi oltava saatavissa kaikissa prosessin vaiheissa. Osaamista ja resursseja suunnataan selviytymisen, psykososiaalisten ongelmien tukemiseen, asiakkaan voimavarojen vahvistamiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen, sekä tehokkaaseen hoitoon ja kuntoutukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Sosiaali- ja terveysministeriön laatimissa päihdepalvelujen laatusuosituksissa (2002) painotetaan, että kunta huomioi päihdehaittojen ehkäisyn kaikessa päätöksenteossa. Päihdepalvelujen lähtökohtana on taata kuntalaisille tasokasta ja oikeaan aikaan annettua päihdehoitoa ja kuntoutusta. Palvelujen lähtökohtana on asiakkaan ja hänen läheistensä avun, tuen ja hoidon tarve. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

## 2.4 Eettisyys ja arvot mielenterveys- ja päihdetyössä

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE (2010) tuo julkaisusaan julki, että maassamme on edelleen eettisesti ongelmallista, ettei mielenterveyspalveluita ole järjestetty edes tyydyttävästi. Palvelut eivät myöskään toteudu perus- ja ihmisoikeuksien mukaisesti. Yleisin ongelma on mielenterveyspotilaiden hoitoon pääsy. Hyvässä mielenterveystyössä toteutuu, terveellinen ja turvallinen elinympäristö. Mielenterveystyössä korostuu ihmisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ja kansalainen saa yksilölliset mielenterveyspalvelut nopeasti ja joustavasti. Eettisesti hyvässä mielenterveystyössä luodaan luottamuksellinen pysyvä ja jatkuva hoitosuhde. Toivuttuaan sairaudesta mielenterveyspotilas ei joudu kantamaan sairaudesta aiheutunutta leimaa, vaan kunnioitetaan hänen kuntoutumistaan. (ETENE 2010.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2012) ohjaa päihdetyötä tekeviä ehkäisevän päihdetyön eettisillä periaatteilla. Eettisissä periaatteissa korostuu sosiaalinen oikeudenmukaisuus siten, että ehkäistään syrjäytymistä aktiivisesti. Päihdepotilaille kuuluu yhdenvertainen kohtelu yhteiskunnan palveluissa eikä ongelmien alkuperä saa vaikuttaa päihdepotilaiden oikeuksien toteutumiseen. Asiakkaan osallisuus toteutuu kunnioittamalla päihdepotilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta osallistua itseään koskeviin päätöksiin. Päihteidenkäyttäjien omaisia on myös kuultava. Päihdetyössä toimivien on annettava tosiasioihin perustuvaa asiallista tietoa ja toteutettava työtä ammattieettisin periaattein. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Eettinen osaaminen mielenterveystyössä tarkoittaa, että hoitaja harjoittaa ammattiaan edellyttävän etiikan mukaisesti. Hoitaja toimii lainsäädännön osoittamalla tavalla. Hoitaja tiedostaa omat arvot ja selkiyttää omaa hoitotyön filosofiaansa. Hoitajan on kunnioitettava potilaan itsemääräämisoikeutta ja huomioitava asiakaslähtöinen hoitotyö. Hoitajan on myös tunnistettava mielenterveystyön tahdosta riippumattoman hoidon hoitotoimenpiteet. (Kuhanen ym. 2010, 54.)

Avun tarpeessa oleva mielenterveys- ja päihdepotilas on hyvin riippuvainen työntekijöiden antamasta avusta ja asiakas kokee usein kärsimystä autettavana olemisesta. Riippuvuus avun tarpeesta tekee potilaan hyvin herkäksi ja voi tuntea tulevansa kohtaamistilanteissa sivuuteuksi tai loukatuksi. Tämä asettaa mielenterveys- ja päihdetyötä tekeville erityisiä haasteita olemalla eettisesti ammatillinen. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisiin kohdistuu yhteiskunnassa edelleen kielteisiä asenteita. Mielenterveys- ja päihdesairauksista kärsivää potilasta on ulkopuolisen vaikea tavoittaa tai ymmärtää. Työntekijän vastuulla on pitää yllä asiakkaan puolesta toivon ja muutoksen mahdollisuutta. Hoitotyössä tarvitaan hoitajalta myös vastuun ja vallan ottoa. Valta hoitotyössä on vaikuttamiskykyä, joka on tarpeen haluttujen muutosten aikaansaamiseksi. Ammatilliselle työskentelylle vallan ja vastuun olemassaolon tunnistaminen on erityisen tärkeää. Eettisesti ja ammatillisesti hyvää vallankäyttöä on toiminta, joka tähtää

asiakkaan etuun ja muutosten saavuttamiseen, joita asiakas on asettanut itselleen ja hänen itsemääräämisoikeutensa toteutuu. Huonona vallankäyttönä ja vastuuna pidetään työskentelyä, joka tarpeettomasti loukkaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta tai jätetään huomioimatta asiakkaan edellytykset omatoimisuuteen. Huonoa vallankäyttöä on myös hoitajan liiallinen holhoaminen. Yksi vakavimmista auttamissuhteen interventioista on näkymätön valta. Näkymätön valta tarkoittaa, ettei asiakkaan viestejä tai tarpeita huomioida tekemällä, puhumalla tai huomioimalla. (Vuori-Kemilä ym. 2010, 47-51.)

Arvot ovat asioita, joita käytetään toiminnan oikeutuksen perusteina ja motiiveina. Kolme perusarvoa on hyvyys, totuus ja kauneus. Hoitotyössä totuus on keskeisimmässä asemassa. Totuus yhdistetään tutkittuun tietoon ja totuudellisuuteen hoitosuhteessa potilaan ja hoitajan välillä. Hyvyys ymmärretään terveydenhuollossa tuottamalla potilaalle hyvää vähentämällä inhimillistä kärsimystä. Kauneuden yhteyttä hoitotyössä on vaikea ymmärtää tai havaita. Potilaan tunteiden tunnistaminen on tärkeää ammatillisessa toiminnassa ja varsinkin hoitajan tunteilla on informatiivinen merkitys hoitosuhteessa. Eettinen asenne työtä ja potilaita kohtaan näkyy arkipäivän työssä. Arvot ja asenne näkyy sanoina tai tekoina. Hyvässä hoitotyössä näkyy luottamuksellinen hoitosuhde potilaan ja hoitajan välillä. Hoitajan on tärkeä tiedostaa, että potilas tuntee ja omistaa omat asiansa asettamalla omia hoitotavoitteitaan henkilökunnan tukemana. (Kuhanen ym. 2010, 56-58.)

## 2.5 Asiakslähtöisyys ja asiakkaan osallisuus

Asiakslähtöisessä hoidossa otetaan huomioon potilaan arvot, mieltymykset ja voimavarat. Hoitotyössä joudutaan myös toimimaan normien vastaisesti ja vaatii hoitajalta rohkeutta voida eettisesti oikeita asioita eteenpäin tai ottaa asioita puheeksi. (Kuhanen ym. 2010, 56-58.) Sosiaali- ja terveysministeriön toimeenpaneissa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmissa (2002) painottuu voimakkaasti potilaan aseman vahvistaminen. Antamalla potilaalle asiakslähtöistä toimintaa, voidaan tähän päämäärään päästä. Mielenterveys- ja päihdetyössä asiakslähtöinen toiminta perustuu ihmisarvon kunnioittamiseen ja yhdenvertaisuuteen. Hoitotyö on asiakslähtöistä kun hoitaja on hoitotilanteessa läsnä ihmisenä ja asiantuntijana. Työntekijä luopuu asiakkaan ylä- tai alapuolella olevasta asiantuntijavallasta. Asiakslähtöisellä toiminnalla hoitaja auttaa asiakasta toimimaan tilanteissa täysivaltaisena jäsenenä. (Kuhanen ym. 2010, 67.)

Asiakkaan osallisuutta ja asiakslähtöisyyttä kuvaa yhteistyösuhde, joka perustuu asiakkaan ja työntekijän aitoon vuorovaikutukseen ja kohtaamiseen. Asiakassuhteeseen vaikuttaa myös ihmisarvon kunnioittaminen ja osapuolten tasa-arvoisuus. Asiakslähtöisyys ei aina ole ollut itsestäänselvyys ja tähän on tarvittu lainsäädäntöä avuksi. Asiakslähtöistä toimintaa on turvallisten rajojen asettaminen, perusteltu rajoittaminen ja hoitajan sinnikäs asiakkaan moti-

vointi. Asiakslähtöisessä yhteistyösuhteessa korostui asiakkaan ja työntekijän välinen vuorovaikutus, tasa-arvoisuus ja erityisesti asiakkaan kohtelu aikuisena ihmisenä. Asiakkaat arvostivat työntekijöiden pysyvyyttä, jotta jatkohoito on suunnitelmallista ja jatkuvaa. (Laitila 2010, 141-158.) Asiakslähtöisyyttä ilmiönä ja tavoitteena on kehittää kotihoidon ymmärrystä asiakslähtöisyyden merkityksestä. Asiakslähtöisyyttä pidettiin tärkeänä, kuitenkin käsite asiakslähtöisyys oli vaikea selittää. Asiakslähtöisyyden toteutumisessa nähtiin myös monia estäviä tekijöitä ja erityisesti julkisella sektorilla korostui niukat taloudelliset resurssit. Yksityisellä puolella asiakslähtöisyys kuvattiin laatukriteerinä hyvälle palvelulle ja asiakslähtöisyys ymmärrettiin uusien asiakkaiden saamisena. (Niemi 2006, 57-58.)

Asiakkaan asema näkyy sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä sekä miten asiakkaan asemaa voidaan vahvistaa. On havaittu asiakkaan osallisuuden kehittyvän prosessina. Prosessin ensimmäisessä vaiheessa asiakas on palvelujen kohde ja mahdollisuutena on asiakkaan osallisuuden ja aseman vahvistaminen. Toisessa vaiheessa asiakas kuvataan palautteen antajana, jolloin mahdollisuutena on molemminpuolinen tiedonvaihto ja asiantuntemuksen kehittäminen sekä asiakkaan itsemääräämisen vahvistuminen. Kolmannessa vaiheessa asiakas on osallistuva oman hoidon ja palvelun kehittäjä. Kolmas vaihe antaa mahdollisuuden asiantuntijoiden kehittämien mallien ja asiakkaan toimenpide-ehdotusten testaukseen ja hyödyntämiseen. Lisäksi voi hyödyntää interventioiden tekemistä. Viimeinen vaihe kuvaa asiakkaan aktiivisena palveluiden kehittäjänä. (Kaseva 2011, 44-45.)

Asiakkaan osallisuuden kasvaessa myös asiakkaan aktiivisuus omaan osallisuuteen kasvoi. Itsemääräämisen lisääntyminen ei ole selvää kaikkien asiakasryhmien kohdalla, esim. vaikeista mielenterveyshäiriöistä kärsivät asiakkaat. Apua tarvitsevalla asiakkaalla on oikeus ottaa vastuuta omaa elämäänsä koskevissa asioissa tai niistä luopuminen esim. vakavasti sairastuessa, jolloin palveluiden tulisi pyrkiä asiakkaan hoitamiseen asiakkaan etujen mukaisesti. Palveluisa tulee aina huomioida asiakkaan itsemääräämisoikeus. Asiakkaan aseman vahvistaminen tulee olemaan suuri haaste, kun kehitetään palvelurakenteita. Haastavaa kehittämisessä on myös se, että asiakkaat tarvitsevat erilaisia itsemääräämisen ja osallisuuden muotoja. Asiakkaiden mahdollisuutta osallistua tasavertaisena palveluiden kehittämiseen, jolloin palveluja voidaan muuttaa asiakslähtöisemmiksi. (Kaseva 2011, 44-45.)

Osallisuus on enemmän kuin osallistuminen. Osallistuminen kuvataan mukanaolona muiden määrittelemässä hoitotoimenpiteessä tai hoitosuunnittelussa. Toiminnan, vaikuttamisen ja osallistumisen kautta syntyy osallisuus ja se on kokonaisvaltaista sekä tulevaisuuteen katsovaa. Puheenvuorossa korostetaan, että työyhteisön suhtautumisella on vaikutus asiakkaan osallisuuden onnistumiseen. Työntekijöiltä tarvitaan osaamista, asennetta ja yhteistyökykyä sekä uskallusta asettua tietämättömäksi, jolloin voi syntyä uusia oivalluksia yhteistyölle. Asi-

akkaalla on ainutlaatuisia osaamista, jota taas ei löydy palvelujen toteuttajilta ja kehittäjiltä. (Kettunen & Kivinen 2012, 40-41.)

Palvelujen käyttäjän eli asiakkaan osallisuus on ajankohtainen käsite mielenterveys- ja päihdetyössä. Asiakkaalla on oikeus olla vaikuttamassa asiakasta itseään koskevissa asioissa. (Laitila & Pietilä 2011, 23.) Sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteisenä tehtävänä on tuottaa palveluja joiden avulla asiakas selviytyy itsenäisen toimintakyvyn turvin ja kun asiakasta kohtaa sairaus on itsenäinen pärjääminen haasteellista. Arjessa selviytyminen on asiakkaan, hänen läheistensä ja hoitavien yksiköiden yhteinen vuorovaikutustapahtuma. Moniammatillinen tiimi ja rahoitus edesauttavat asiakkaan selviytymistä. Esteinä ovat usein voimavarojen puutteet, pirstaleinen hallinto, henkilökunnan puute ja joskus työntekijöiden osaamisen ja asenteiden puutos. (Koivuniemi & Simonen 2011, 77-79.) Asiakkaan osallisuuden esteenä on myös asiakkaan motivaatio tai taidot olla osallisena hoidon suunnittelussa (Laitila & Pietilä 2011, 25).

Mielenterveys- ja päihdetyössä on todettu asiakkaan osallisuuden olleen puutteellista. Asiakkailla tulisi olla enemmän erilaisia mahdollisuuksia olla osallisena suhteessa omaan hoitoon. Asiakkaiden osallisuus näkyi silloin, kun suunnitellaan tai kehitetään uutta toimintaa. Asiakkaiden osallisuus kehittämistyössä auttaa kehittämään palveluja yksilöllisiksi ja kokonaisvaltaisiksi. Asiakkaan osallisuus ei ole ainoastaan tarkoituksenmukaista toimintaa, vaan mielenterveys- ja päihdeasiakas on toiminnan keskipisteenä ja, jonka ehdoilla toiminta etenee. (Laitila & Pietilä 2011, 24-25.) Asiakkaan osallisuutta ei ole mielenterveys- ja päihdepalveluissa, ellei asiakas osallistu palvelujen kehittämiseen eikä hänen asiantuntemustaan saada kuuluviin (Laitila 2010, 86).

Koho-hanke on ollut kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaista kehittämissyhteistyötä. Hankkeen aito tarve on muuttaa mielenterveys- ja päihdepalveluiden rakenteita, että palvelut siirtyisivät pois erikoissairaanhoidosta. Tähän hankkeen loppuraportin mukaan on vastattu hyvin esim. lyhytterapeuttisen hoitomuodon käyttöönotolla, jolloin masennus tunnustetaan jo perusterveydenhuollossa. Asiakkaiden osallisuutta on lisätty palveluiden käyttäjiä kuulemalla. Asiakkailta kerätyn palautteen perusteella he ovat osallistuneet kehittämistyöhön asumisyksiköissä. Matalan kynnyksen palvelut ovat toteutuneet ajanvarausjärjestelmän hiomisella joustavammaksi ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaille helpommaksi. Päihdekliniikoiden hoitoon pääsy on nopeutunut kehittämällä päivystysvastaanottotoimintaa ja asiakasohjausta. (Lehtovaara 2012.)

Päihde- ja mielenterveysasioita on tuotu näkyvämmäksi ja tämä auttaa asiakasta hakeutumaan helpommin hoitoon. Mielenterveys- ja päihdeasioista on myös kuntalaisille tiedotettu laajasti. Henkilöstön osaamista on vahvistettu mielenterveys- ja päihdetietouden lisäämisellä sekä muuttamalla asenteita myönteisempään suuntaan. Henkilöstölle on järjestelty monipuol-

lista koulutusta eri asiakasryhmiin ja eri ikäryhmiin liittyen. Kehitettävää on edelleen ja peruspsykiatrian tietämystä perusterveydenhuollossa on edelleen vahvistettava. Kotihoidossa työntekijät kohtaavat yhä useimmin vaikeista mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsiviä ihmisiä ja hankkeen kehittämis ehdotuksena on järjestää säännöllisesti psykiatrista lisäkoulutusta. Hankkeen ongelmina on ollut hankkeen laaja kokonaisuus, jolloin hankkeen taloushallinnointi on ollut ongelmallista. Palvelujärjestelmät ovat olleet hyvin erilaisia palveluntarjoajien kesken ja vaikeutena on ollut myös hankkeen aikana toteutuneet kuntaliitokset. Osaksi vaikeutena on ollut myös mielenterveys- ja päihdepalveluiden henkilöstön vaihtuvuus. (Lehtovaara 2012.)

## 2.6 Kotihoito

Kotipalvelu kuuluu kotihoitoon ja sen tarkoitus on auttaa ja tukea asiakasta sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi. Kotipalvelun tehtäviin kuuluu arkipäivän askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa, kuten hygienian hoitamisessa auttaminen. Kotipalvelussa työskentelee lähinnä lähihoitajia, kodinhoitajia ja kotiavustajia. Työhön kuuluu myös asiakkaan voiminnan seuraamista ja omaisten neuvontaa. Työtä tehdään usein myös iltaisin ja viikonloppuisin ja yöpartiot ovat yleistyneet. Kotipalvelua voidaan täydentää tukipalveluilla, kuten ateriapalveluilla, siivouspalveluilla, kylvetys- ja kuljetuspalveluilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Jos kunta tuottaa itse sekä sosiaalitoimen että perusterveydenhuollon palvelut, voi se yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja kansanterveyslakiin perustuvan kotisairaanhoidon kotihoidoksi. Muissa kunnissa kotihoito on voitu järjestää kokeilulakien mukaisesti. Tämä kokeilu on voimassa 2014 vuoden loppuun. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Kotisairaanhoidon palveluihin kuuluvat asiakkaan kotona lääkärin määräämät sairaanhoidolliset toimet, kuten laboratorionäytteiden otto, lääkityksen valvominen ja asiakkaan voiminnan seuranta. Kotona voidaan myös järjestää vaativaakin sairaanhoitoa, kuten saattohoitoa. Omaisten neuvominen ja tukeminen kuuluvat osana kotisairaanhoidon työhön. Koulutukseen kotisairaanhoidon henkilöstö on yleisesti sairaanhoitajia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Laadullisesti kotipalvelu ja kotisairaanhoidon tavoitteet ovat toimintakyvyn arviointi ja asiakkaan kuntoutuminen. Palvelujen saajiksi on määritelty ikäihmiset, vammaiset ja sairaat. Sairastapauksissa ja kriisitilanteissa apua voivat saada lapsiperheet, joka on hyvin harvinaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)



Mielenterveys- ja päihdeongelmaiset ovat yhä lisääntyvässä määrin tulleet kotihoidon asiakkaiksi monissa kunnissa. Myös opinnäytetyömme kotihoidossa on mielenterveys- ja päihdeasiakkaita, joille kotihoito tuottaa palveluja. Lohjalla kotihoidon asiakkaaksi voi tulla kotihoidon arviointikäynnin jälkeen. Asiakkaan kanssa kartoitetaan avun tarve ja tehdään palvelu- ja hoitosuunnitelma, jolle asetetaan tavoitteet. Kotihoidon tarpeesta päättää asiakas ja palvelua on mahdollisuus saada viikon jokaisena päivänä. Lohjalla on käytössä vastuuhoidajajärjestelmä, joka tukee asiakkaan omatoimisuutta, kokonaisvaltaista ja yksilöllistä hoitoa. (Lohjan kaupunki 2013.)

Mielenterveysasiakkaat tulevat asiakkaiksi kotihoidossa usein sairaalahoitajakson jälkeen, kun he tarvitsevat tukea erilaisissa asioissa kotonaan. Lohjan kotihoidon henkilökunta on saanut koulutusta Koho-hankkeeseen liittyen mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen. Heillä on ollut osastoittain koulutuksellisia ryhmäkonsultaatioita psykiatrin vetämänä. Konsultaatioissa on koulutuksellinen osuus ja konsultaatio, jossa keskustellaan potilasesimerkkien kautta esimerkiksi skitsofreniasta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Konsultaatioissa on keskusteltu myös esimerkkipotilaista. Koho-koulutukseen kuului kaksiosainen luentosarja, perusluento psykiatriasta ja syventävä luento vanhuspsykiatriasta. Koulutukset olivat koko henkilökunnalle. Eniten haasteita henkilökunnalle tuovat asiakkaat, jotka käyttäytyvät samaan tapaan kuin persoonallisuushäiriöistä kärsivät. Asiakkaat kaipaavat hoitosuhteen jatkuvuutta, jolla tarkoitetaan saman hoitajan käyntejä. Lohjalla on kokeiltu luovuutta ja uusia käytäntöjä hoitotyössä, esimerkiksi kuntouttavaa keskustelua. Keskustelu ei ole säännöllistä. Se on kuitenkin havaittu hyödylliseksi asiakkaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Asiakkaan kanssa voidaan tehdä sopimus, miten, milloin ja kuinka asiakasta hoidetaan. Sopimus määrittää, kuinka asiakkaan ja hoitajan tulee toimia. (Auvinen 2013.)

Lohjan kotihoidon palvelualueita on vuoden 2013 alusta seitsemän. Palveluja voi hakea suoraan palvelualueiden palvelupäälliköiden kautta tai henkilöstöltä. (Lohjan kaupunki 2013.) Kotihoidon seitsemän yksikköä ovat Sammatti-Karjalohjan kotihoito, Nummentaustan kotihoito, Mäntynummen kotihoito, Nummi-Pusulan kotihoito, Ojamon kotihoito, Roution kotihoito, Sammatin kotihoito sekä Virkkalan kotihoito. Lohjan kotihoito antaa hoitoa ja tukea kaikille avun tarpeessa oleville asiakkaille perustuen asiakkaan kanssa tehtyyn palvelusopimukseen. Kotihoidon henkilökunnan ammattitaito on laaja-alaista. Asiakkaat koostuvat mielenterveys- ja päihdeasiakkaista sekä somaattisia sairauksia sairastavista asiakkaista. Henkilökunnalla on oltava laaja ammattitaidollinen tietämys eri toimenpiteiden käytännöistä, lääkehoidosta ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaita tukevista hoitokäytännöistä ja kohtaamisesta. Kotihoidon palvelu perustuu vastuuhoidajuuteen ja mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön syventynyt hoitaja toimii vastuuhoidajana mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle. (Tamminen 2013.) Omahoitajuudesta käytetään myös nimitystä yksilövastuinen hoitotyö. Yksilövastuinen hoitotyö ymmärretään työnjakomuodoksi, jolloin omahoitajan teh-

tävänä on tehdä sovittuja työalueita, jotka perustuvat laatuvaatimuksiin, potilaskeskeisyyteen, kokonaisvaltaisuuteen, jatkuvuuteen ja hoidon koordinointiin. (Åsted-Kurki, Paavilainen & Pukuri, 2013.)

Kuopiossa kotihoidon muutosprosessi on sisällöllisesti ja laadullisesti tapahtunut pitkäköön 15 vuoden ajanjaksolla. Tänä aikana on kotihoidon sisältö muuttunut paljon. Palvelujen kohdentaminen ja asiakasmäärä on lisääntynyt. Siivous ja asiointiapu ovat lähes kokonaan loppuneet ja kotihoito keskittyy nykyään lähinnä hoitotoimenpiteisiin, lääkehoitoon, keskusteluun asiakkaan kanssa ja kirjallisiin töihin. Laatu oli asiakasryhmien mukaan vähän parantunut asiakkaalle annetun ajan riittävydessä. Kotihoidon palveluita on monissa kunnissa lisätty yksityisillä ostopalveluilla ja palvelusetelijärjestelmällä. Kiristynyt kuntatalous on vähentänyt kotihoidon henkilökuntaa ja kriteereitä kotihoidon piiriin pääsemiseksi on kiristetty. Palveluihin oltiin kuitenkin melko tai erittäin tyytyväisiä koko 15-vuotisen seurannan ajan. (Paljärvi 2012.)

Kotikuntoutus on kotona tapahtuvaa kuntoutusta psyykkisesti sairaille ihmisille. Auttamismenetelmänä on kotikäynti perustuen vuorovaikutukselliseen auttamismenetelmään ja tärkeimpänä on kotikuntoutujan ja hoitajan välinen hoitosuhde. Itsetuntoa ja minäkuvaavaa tukevat auttamismenetelmät ovat rohkaiseminen, tukeminen ja motivointi. Kotikuntoutuksen avulla autetaan mielenterveyskuntoutujaa selviytymään avohoidossa ja parantamaan elämänlaatua. Kotikuntoutus on ammatillista, tavoitteellista ja suunnitelmallista. Tämä näkyy asiakkaiden hoitoon sitoutuneisuutena ja kuntoutussuunnitelman laatimisena yhteistyössä hoitajan ja kuntoutujan välillä. Kotikuntoutuksen tavoitteena on selviytyminen omassa kodissa ilman hoitajan apua päivittäisissä toiminnoissa. Hoitaja kuvataan hyväksi hoitajaksi silloin, kun hän on tehnyt itsestään tarpeettoman, jolloin kotikuntoutus on toteutunut tavoitteellisesti. Asiakkaat ja hoitajat kokevat hyväksi kotikäynnin kestoksi kaksi tuntia, jolloin hoitaja pystyy keskittymään asiakkaaseen ilman kiirettä. Hoitosuhteessa kotikuntoutujat kokevat keskustelemisen tärkeimmäksi auttamismenetelmäksi ja hoitajan läsnäoloa auttavaksi asiaksi. Kotikuntoutujan ja hoitajan toiminta yhdessä vaikuttaa hoitosuhteen laatuun. Kotikuntoutujalle elämänhallinta on tärkeä asia. Kotikuntoutujat kokevat hoitajien antamat ohjeet, neuvonnan ja tiedon antamisen tärkeinä auttavina tekijöinä. (Virtanen 2005, 43-46.)

Iso-Britanniassa Yorkin yliopistossa tutkijat Charles Patmore ja Alison McNulty tutkivat, millaista palvelua asiakkaat halusivat kotihoidolta. Kotihoidon palveluilta haluttiin henkilökunnalta joustavaa palvelua. Eniten sitä arvostivat asiakkaat, joilla ei ollut läheisiä tai sukulaisia. Esimerkkinä eräs asiakas kertoi, että kuinka merkittävää hänelle on, jos saa puhua omista asioistaan tai huolistaan edes 5 minuutin ajan. Toinen asiakas taas kertoi arvostavansa, että hänet vietiin aurinkoisina päivinä parvekkeelle nauttimaan auringosta. Henkilökunta reagoi asiakkaiden pyyntöihin erilailla. Osa henkilökunnasta oli valmis esimerkiksi etsimään putki- tai

sähkömiehiä asiakkaille ja toiset taas kieltäytyivät tekemästä tätä. Julkinen palvelu haluaisi siirtää asiakkaiden kanssa ulkoilua tai muita niin sanottuja ylimääräisiä palveluja vapaaehtois-työntekijöille, mutta heitä on vaikeaa saada. Olisi hyvä, että kotihoito pystyisi antamaan näitä palveluja niille asiakkaille, jotka niitä eniten tarvitsevat (Patmore & McNulty 2005.)

Rakennemuutoksen seurauksena monissa maissa pitkäaikaisten mielenterveysasiakkaiden hoito laitoksissa on vähentynyt kolmenkymmenen vuoden aikana ja vastaavasti kotihoidossa lisääntynyt. Kaikki potilaat eivät ole sopeutuneet uuteen elämäntyyliin eivätkä selviydy päivittäisistä toiminnoista kotihoidon turvin. Tuloksissa havaittiin mielenterveystyöntekijöiden ja kotihoidon näkökulmasta, että omahoitajuus korostui erityisen tärkeänä osatekijänä. Tuloksissa havaittiin, että tarvitaan jotain muuta hoitomuotoa ja yhteistyötä psykiatrisen hoidon ja kotihoidon välillä. (Nyström & Lütznén 2002.)

### 3 Tutkimuskysymykset

Kysymysasettelun tavoitteena on saada vastaus, toteutuuko asiakaslähtöinen palvelu mielen-terveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta.

1. Minkälaisia palveluja on tarjolla kotihoidon mielenterveys- ja päihdeasiakkaille?
2. Miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotihoidon mielenterveys- ja päihdepalveluissa?
3. Miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluja tulee kehittää asiakaslähtöisemmiksi?

### 4 Tutkimusmenetelmät

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmä oli tutkielmatyyppinen laadullinen tutkimus ja käytimme induktiivista lähestymistapaa. Tarkoitus on selvittää ryhmähaastattelujen avulla, toteutuuko kotihoidon työntekijöiden näkökulmasta asiakaslähtöinen hoitotyö mielenterveys- ja päihdepotilailla. Analysoinnissa käytimme sisällönanalyysiä. Tavoitteemme on tuottaa tietoutta, jonka avulla voidaan kehittää palveluja asiakaslähtöisimmiksi.

#### 4.1 Menetelmän kuvaus

Laadullisen tutkimuksen ominaispiirteitä on tutkimukseen osallistuvien haastateltavien näkökulman ymmärtäminen. Tutkimusta ohjaavat kysymykset miten, miksi ja mitä. Osallistujat valitaan tarkoituksenmukaisesti ja osallistujien määrä on yleensä pieni. Tutkimuksen tekijän roolina on olla aktiivinen osallistuja ja hänellä on oltava läheinen kontakti osallistujiin. Tut-

kimuksessa painottuu luonnolliset olosuhteet. Aineiston analyysi on induktiivinen ja aineistoa ilmentää sanojen merkitys. (Kylmä & Juvakka 2007, 31.) Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen määrittelyssä korostuu ihmisten näkemysten, kokemusten, tulkintojen ja käsitysten kuvaus. Laadullisen tutkimuksen valinnan perusteena on usein asian tutkiminen ymmärtämisen näkökulmasta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49-50.) Laadullisessa tutkimuksessa kuvataan, millainen tai mikä jokin ilmiö on ihmisten näkökulmasta (Kylmä & Juvakka 2007, 59).

Induktiivista lähestymistapaa käytetään, kun aiheesta on vähän tietoa ja etsitään uutta näkökulmaa. Haastateltaville ei anneta valmiita kysymyksiä, vaan kysymykset asetellaan avoimiksi. Vastaajan on itse kerrottava mielipiteensä. (Lauri & Kyngäs 2005, 61-62.) Induktiivinen päättely etenee tutkimuksessa yksittäisestä yleiseen. Päättelyssä on lähtökohtana aineistolähtöisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 22-23.)

Ennen aineistonkeruun aloittamista on haettava tutkimukselle luvat. Terveystieteiden organisaatioissa on usein omat ohjeet ja lomakkeet tutkimusluvan hakemiseen. Tutkimuslupaa voidaan hakea myös vapaamuotoisella hakemuksella ja mukaan liitetään valmis tutkimussuunnitelma. (Kylmä & Juvakka 2007, 71.)

Tutkimus aineistoa kerätään teemahaastattelun avulla. Teemahaastattelu on välimuoto avoimesta ja lomakehaastattelusta. Tyypillisintä teemahaastattelulle on, että haastattelun teemat eli aihepiirit ovat tiedossa. Kysymykset eivät ole tarkassa muodossa ja niiden järjestys ei ole tarkka. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2010, 208.)

Teemahaastattelu perustuu yksilön kokemuksellisuuteen, haastateltava on kokenut jonkin tietyn tilanteen. Kaikkia yksilön ajatuksia, tunteita, kokemuksia voidaan tutkia teemahaastattelun avulla. Haastattelu perustuu tiettyihin teemoihin ja teemakysymystä voidaan täydentää lisäkysymyksillä. Keskeistä on ihmisten tulkinnat asioista ja asioiden merkitykset ovat keskeisiä. Haastattelussa on tärkeää, että se perustuu vuorovaikutukseen. Teemahaastattelussa ei kysymyksissä käytetä tarkkoja muotoja ja järjestystä, mutta haastattelu ei ole niin vapaata kuin syvähaastattelu. (Hirsijärvi & Hurme 2000, 48.) Ryhmähaastattelu sopii aineistokeruun menetelmäksi hyvin, kun osallistujat edustavat samaa ammattiryhmää. Ryhmähaastattelun etuna on, että ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen ansiosta haastateltavat voivat esimerkiksi muistaa kokemuksiaan ryhmän muiden jäsenten kertoman perusteella. Ryhmien kokoaminen on aikaa vievää ja monia järjestelyjä, mutta haastattelukertoja on usein vähemmän. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 93.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein fokusryhmähaastattelua. Se on ryhmäkeskustelua, jolla pyritään saamaan esille potilaiden näkökulmaa ja kokemuksia. Henkilökunnan ajat-

telutapa ja toiminnan tutkimus tulevat esille fokusryhmähaastattelun tuloksena. Haastattelija mahdollistaa erilaisten mielipiteiden ja käsitysten esittämisen. Tämä haastattelumuoto tuottaa rikkaan aineiston, jota ei ole saatavilla muilla tavoilla. (Mäntyranta & Kaila 2008.)

#### 4.2 Aineiston keruun toteutus

Kvalitatiivisen tutkimuksen aineisto on yleensä pienempi otokseltaan kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa ja keskustelu siirtyy tutkimuksen määrän sijasta tutkimusaineiston laatuun. Kvalitatiivisen tutkimuksen otoksen keskipisteenä ovat tapahtumat ja kokemukset. Haastattelavien valintaperusteena on henkilöitä, joilla on runsaasti tietoa tutkittavasta asiasta. Osallistujat jotka tietävät tutkittavasta aiheesta saadaan yleensä laadukasta aineistoa. Kvalitatiivisen tutkimuksen raportissa haastateltavien tai tapahtumien laatu on kuvattava huolella. Valikoiva otos eli tarkoituksenmukainen otos tarkoittaa, että tutkija valikoi tietyt osallistujat ja osiot tutkimuksen aineistoksi. Tiedonantajat valikoituvat henkilöistä, joilla on asiasta paljon kokemusta. Tutkijan on huolella kuvattava otoksen valinnan perusteet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83-85.)

#### 4.3 Aineiston analyysi

Opinnäytetyössämme aineisto kerättiin ryhmähaastatteluina perustuen teemoihin. Aineistosta etsitään yhtäläisyyksiä ja eroavaisuuksia. Analysoinnissa keskitytään kysymyksiin, joissa kysytään mitä palveluja oli saatavilla, miten asiakaslähtöisyys toteutui ja miten palveluja tulee kehittää asiakaslähtöisemmiksi. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä ja ideaa käytetään useissa kvalitatiivisen tutkimuksen lähestymistavoissa ja menetelmissä. Laadullisessa tutkimuksessa aineistoa analysoidaan aineiston keräämisen aikana. Analyysi aloitetaan litte-roimalla, jolloin aineistomateriaali kirjoitetaan sanatarkasti tekstiksi. Tavoitteena sisällönanalyysissä on laaja ja tiivis esittäminen. Tuloksena syntyy käsitejärjestelmiä, käsiteluokituk-sia ja käsitekarttoja. Sisällönanalyysin vahvuuksia on sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimus-asetelman joustavuus. Kritiikkinä pidetään, että se ei johda tilastollisen analyysin mahdolli-suuteen. Sisällönanalyysin käyttö ei ole suoraviivaista ja käyttö on usein monimutkaisempaa. Haasteena on joustavuus ja säännöttömyys (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 132-135.)

#### 4.4 Tutkimuksen etiikka

Tutkimuksien eettisenä lähtökohtana on aina ihmisarvon kunnioittaminen. Ihmisellä on oltava mahdollisuus päättää osallistuuko hän haastatteluun. Näin toimimalla toteutuu itsemäärää-misoikeus. Teemahaastatteluun on pyydetävä suostumus. Tutkijan täytyy huomioida, että haastateltavat ymmärtävät tutkimuksen kulun ja mihin tutkimus liittyy. (Hirsjärvi, Remes &

Sajavaara 2010, 25.) Tutkittavalla on oltava myös oikeus keskeyttää tutkimus ja antamasta tietojaan. Tutkittavalle on myös annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177-180.) Autonomialla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä itse-määräämisoikeutta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 165.)

Opinnäytetyö on yksi tapa raportoida. Opinnäytetyön tekijä noudattaa tiedeyhteisön toimintatapoja ja ne ovat rehellisyys, tarkkuus ja yleinen huolellisuus. Opinnäytetyön tekijä ei esitä tekaistuja havaintoja tutkimusraportissa tai havaintoja ei ole tehty kuvatulla tavalla tai menetelmällä. Tutkija ei esitä toisen julkituomaa tutkimussuunnitelmaa omanaan tai tekstin esittämistä omanaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 140-142.)

#### 4.5 Luotettavuuden tarkastelu

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimusraportin uskottavuutena ja siirrettävyytenä. Uskottavuutta (credibility) edellyttää, että tutkimuksessa selviää miten analyysi on tehty, tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet tulevat esiin ja tulokset on kuvattu selkeästi sekä yksityiskohtaisesti. Tutkimuskontekstin kuvaus, osallistujien taustat ja valinnat sekä aineistojen seikkaperäinen kuvaus on tutkimuksen siirrettävyyden (transferability) määrittelyä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

### 5 Tulokset

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisella tutkimuksella ja analysoitiin sisällönanalyysillä. Aineisto kerättiin ryhmähaastatteluilla, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin. Tutkimuskysymykset laadittiin teemoittain.

Teemahaastattelurunko (liite 2) muodostui kolmesta kysymyksestä ja useasta tarkentavasta apusanasta. Kysymysasettelu pohjautui teoriaan. Kysymyksillä haluttiin vastaus mitä palveluja kotihoidolla on tarjolla mielenterveys- ja päihdeasiakkaille, toteutuuko palvelu asiakaslähtöisesti ja miten palvelua voisi kehittää asiakaslähtöisemmäksi.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, mikä on kotihoidon mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asiakaslähtöisyys henkilökunnan näkökulmasta katsottuna. Tapaamisessa toimemsiantajan edustajien kanssa 7.12.2012 opinnäytetyömme tavoite varmentui. Esittelimme opinnäytetyömme tavoitetta ja tarkoitusta Lohjan kaupungin kotihoidon palvelualuepäälliköille 27.2.2013. Tapaamisessa sovimme ryhmähaastatteluihin osallistujista ja toteuttamaan ryhmähaastattelut maaliskuun 2013 aikana. Saatuamme opinnäytetyömme suunnitelman hyväksytyksi anoimme tutkimuslupaa (liite 1) Lohjan kaupungin perusturvajohtajalta. Tutkimuslupa myönnettiin 4.3.2013 ja otimme yhteyttä kotihoidon vs. hoivapalvelupäällikköön ja hoi-

vapalvelupäällikkö kokosi eri kotihoidon piireistä ryhmähaastatteluun osallistujia. Samassa sähköpostissa 4.3.2013 lähetimme myös tutkimuksen esittely - tiedotteen (liite 3) haastateltaville jaettaviksi.

Tässä opinnäytetyössä haastateltavat edustivat samaa ammattiryhmää sosiaali- ja terveystalveluissa. Haastateltavat työskentelivät kotihoidossa ja haastateltavien asiakkaina oli mielen-terveys- ja päihdeasiakkaita. Haastateltavia ryhmiä muodostui kolme ja haastateltavia oli yhteensä 13. Yksi ryhmistä koostui esimiehistä ja kaksi ryhmää lähihoitajista ja sairaanhoitajista. Haastattelupäivät olivat 21.3.2013, jolloin haastattelimme kahta ryhmää ja 22.3.2013 oli haastateltavana kolmas ryhmä. Haastattelupaikkana oli Lohja Laurea-ammattikorkeakoulun luokkahuone. Ennen ryhmähaastattelujen alkua osallistujilta varmistettiin suostumus haastatteluun ja haastattelun nauhoittamiseen suostumuslomakkeen (liite 4) allekirjoituksella. Haastattelut kestivät puolesta tunnista neljäänkymmeneenviiteen minuuttiin. Kysymykset oli tehty teemojen mukaan ja pyysimme ryhmähaastatteluun osallistuvia työntekijöitä kuvaamaan, saavatko kotihoidon piirissä olevat mielenterveys ja päihdeasiakkaat asiakaslähtöistä palvelua. Kysymysasettelulla haluttiin tietää myös mitä kehittämisalueita kaivattiin. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelun (liite 2) runkoa noudattaen. Haastattelut nauhoitettiin ja litterointiin sen jälkeen sanatarkasti. Havaitimme, että haastatteluissa tuli esille usein samantyyppiset asiat.

Tässä opinnäytetyössä aineiston analysointi aloitettiin litteroinnin jälkeen. Sanatarkasti kirjoitettu aineisto koottiin teemojen alle. Seuraava vaihe oli kysymyksiä teemojen alla olevien apusanojen avulla ryhmitellä aineistosta nousseet lauseet. Lauseista etsimme samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia. Ryhmittelyssä käytimme apuna värejä. Alle on laadittu taulukoita, jotka ovat esimerkki aineiston alkuperäislauseiden pelkistämisestä (taulukko 1). Pelkistetyistä ilmaisuista (taulukko 2) on muodostunut alaluokkia ja alaluokista saatu yläluokkia (taulukko 3). Yläluokat ovat pelkistettyjä ilmaisuja, jotka perustuivat tutkimuskysymyksiin ja saatu aineistosta vastaukset sekä kehittämistarpeet tutkimuskysymyksiin.

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
Hoito- ja palvelusuunnitelmassa kartoitetaan asiakkaan senhetkinen selviytyminen ja asetetaan tavoitteet	Tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma
Mielenterveys- ja päihdeihmiset ei saa kotihoidosta kaikkea mitä oikeesti tarvitsee	Palvelujen tarjonta puutteellista
Arvomaailma on olemassa kaikilla työntekijöillä ja ryhmäkeskusteluissa puidaan eri näkökulmia ja puidaan yhteistä arvopohjaa	Palvelu perustuu arvopohjaan

<p>Kouluttaa työntekijöitä enemmän, jolloin saadaan tietoutta sairauden ymmärtämiseen ja riippuvuuden ymmärtämiseen</p> <p>On helpompi mennä hoitamaan diabeetikoita tai haavaa kun on selkeä sabluuna</p>	<p>Koulutuksella kartutetaan ammattitaitoa</p> <p>Tasa-arvoisuus ei aina toteudu</p>
<p>Nuoremmille mielenterveys- ja päihdeasiakkaille tulisi luoda oma nuorille suunnattu kotihoito</p> <p>Kun asiakas kotiutuu sairaalasta niin suunnitellaan siellä sairaalassa jatkohoito ja kaikki verkostot olis mukana palaverissa</p> <p>Miten saada asiakas osallistumaan mukaan kehittämistyöhön, että tulisi asiakaslähtöisemmäksi</p>	<p>Nuorille mielenterveys- ja päihdepotilaille suunnattu kotihoito</p> <p>Jatkohoito suunnitellaan moniammatillisella yhteistyöllä</p> <p>Asiakkaan osallisuus puutteellista kehittämissä</p>

Taulukko 1: Aineiston pelkistäminen

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
<p>Tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma</p> <p>Palvelujen tarjonta puutteellista</p>	<p>Tarve ja tavoitteet</p> <p>Puutteellista</p>
<p>Palvelu perustuu arvopohjaan</p> <p>Koulutuksella kartutetaan ammattitaitoa</p> <p>Tasa-arvoisuus ei aina toteudu</p>	<p>Arvopohja</p> <p>Koulutus</p> <p>Tasa-arvoisuus</p>
<p>Nuorille mielenterveys- ja päihdepotilaille suunnattu kotihoito</p> <p>Jatkohoito suunnitellaan moniammatillisella yhteistyöllä</p> <p>Asiakkaan osallisuus puutteellista kehittämissä</p>	<p>Nuorten kotihoito</p> <p>Moniammatillisuus</p> <p>Asiakkaan osallisuus</p>

Taulukko 2: Alaluokkien muodostaminen



Alaluokka	Yläluokka
Tarve ja tavoitteet Puutteellista	Palvelutarjonta
Arvopohja Koulutus Tasa-arvo	Asiakslähtöisyys
Nuorten kotihoito Moniammatillisuus Asiakkaan osallisuus	Kehittäminen

Taulukko 3: Yläluokan muodostaminen

Tutkimustulokset kuvataan teemoittain. Käytännönläheisyys näkyy tuloksissa selkeästi, haastateltavina oli kotihoidossa työskentelevää henkilökuntaa. Vastauksissa oli paljon samankaltaisuuksia ja löytyi myös eroavaisuuksia. Mielensterveys- ja päihdeasiakkaat ovat lisääntymässä kotihoidossa ja kotihoidon henkilökunta kokee mielensterveys- ja päihdeasiakkaat haastaviksi.

### 5.1 Palvelujen tarjonta mielensterveys- ja päihdeasiakkaille

Kaikille kotihoidon asiakkaille laaditaan yksilöllinen hoito- ja palvelusuunnitelma yhteistyössä asiakkaan kanssa. Palvelusuunnitelmaa laadittaessa kartoitetaan asiakkaan selviytyminen ja avun tarve. Kaikille jatkuvan palvelun asiakkaille laaditaan hoitosuunnitelma, mikäli palvelutarve on enemmän kuin kerran viikossa. Hoito- ja palvelusuunnitelmassa laaditaan yksilölliset tavoitteet perustuen kuntouttavaan työotteeseen. Vastuuhoitaja nimetään varhaisessa vaiheessa, jolla turvataan hoidon jatkuvuus. Asiakkaille on nimetty myös varavastuuhoitaja. Vastuuhoitajien vastuulla on tiedottaminen asiakkaasta ja näin hoito jatkuu entisellään, vaikka vastuuhoitajat olisivat estyneitä. Hoidon jatkuvuus turvataan kirjaamalla päivittäin asiakkaan vointiin liittyvistä asioista potilastietojärjestelmään.

Kaikille tehdään se hoito- ja palvelusuunnitelma ja on ne vastuuhoitajat. Ja me pyritään just käymään niillä omilla vastuulasiakkaila. Sitä kautta ne saa sitte sitä tukea, luottamusta nää mielensterveys- ja päihdeasiakkaat.

Pyritään kartottamaan sen asiakkaan sellanen selviytyminen mistä hän selviytyy itse ja sellanen selviytyminen mistä ei selviydy itse. Jos tarvii apua ja myös se

että tota se apu ei oo välttämättä sitä et autetaan avuttomaksi niin vaan pyritään auttamaan häntä itse auttamaan asioita.

Kotihoidossa itsemääräämisoikeus toteutuu voimakkaammin verrattuna esimerkiksi laitoshoidon. Kotihoidossa ei pakkolääkityä eikä käytetä sellaisia pakkokeinoja, joita joudutaan eristystilanteissa käyttämään psykiatrisella suljetulla osastolla, jossa hoito perustuu mielenterveyslakiin (1116/1990). Itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan pitkälle. On kuitenkin huomioitava mielenterveys- ja päihdepotilaan psyykinen vointi, jolloin potilaan oma päätöksenyky saattaa olla rajoittunut ja joudutaan puuttumaan asiakkaan itsemääräämisoikeuteen.

Jotenkin näkisin tuon itsemääräämisesiasian sillee, et kyl kotihoidossa katsotaan mun mielestä kaikista löyhiten tai sillai et sul on sitä itsemääräämisoikeutta. Se on sen ihmisen koti, missä tää hoito tapahtuu ja vaikka se ei olis sun edun mukaisista nii sitä katotaan kauheen pitkään.

Itsemääräämisoikeus on kaikkien oikeus on sit sairas tai ei. Et kyl me pitkälti kuunnellaan sitä mitä asiakkaalla on sanottavaa, mutta jossain kohtaa raja tulee vastaan. Varsinkin silloin kun on mielenterveysasiakkaasta kyse tai päihdeasiakkaasta, vähän haasteellisimpia on.

## 5.2 Asiakslähtöisyyden toteutuminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa

Lohjan kaupungin arvoin kuuluu kaikkien asiakkaiden tasa-arvoinen kohtelu, sairaudesta riippumatta. Hoitotyön pohjana ovat arvot ja arvomaailma on olemassa kaikilla työntekijöillä. Aineistossa tuli esille myös eriäviä mielipiteitä asiakkaiden tasa-arvoisuudesta. Kaikkien asiakkaiden koettiin olevan tasa-arvoisessa asemassa ja kuitenkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaat eivät ole tasa-arvoisia muihin asiakkaisiin nähden. Asenteissa koettiin vielä olevan paljon parannettavaa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaita pelättiin eikä tiedetty miten heitä kohdataan. Vähäinen kokemus mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidosta loi epävarmuutta. Pitkään mielenterveys- ja päihdepotilaita hoitaneet hoitajat kaipasivat teoriatietoa ja tukea työhönsä.

Se on tavallaan helpompi mennä jotain diabeetikkoa tai haavaa hoitamaan, sul on selkeä sapluuna mitä sä teet. Tokihan sä sielläkin kohtaat sen asiakkaan

Mä en ainakaan koe heitä mitenkään erilailla kun jotain diabeetikkoa tai ketä hyvänsä. Mul on tietysti ollu niin erilaisia näitä mielenterveys ihmisiä

Hyvä hoitosuhde perustuu luottamukseen ja hoitajien vaihtuvuus koettiin ongelmalliseksi. Vastuuhoitajien tärkeys korostui luottamuksellisessa hoitosuhteessa. Luottamuksen saavuttamisessa koettiin tärkeäksi vastuuhoitajien säännölliset käynnit. Vastuuhoitajien säännölliset käynnit eivät olleet kuitenkaan aina mahdollisia ja vastuuhoitajan saavuttama luottamuksellinen hoitosuhde kärsi.

Ja usein silloin, kun on nimetty vastuuhoitaja, sitte nii kyl se herättää tätä luottamusta paljonkin on sitte minkälainen asiakas tahansa, niin hän uskoutuu paremmin, kun hän tietää täs on ihminen, joka vastaa mun asioista. Et kyl se aika luottamuksellista siinä mielessä on.

Asiakkaan motivaatio lähti asiakkaasta. Voimavaralähtöisessä motivoinnissa huomioitiin asiakkaan vahvuudet ja vahvistettiin niitä. Motivoivalla työotteella kannustettiin ja tuettiin asiakasta sairauden prosessissa. Motivoinnissa oli löydettävä asiakkaalle sopivat keinot saavuttaa tavoitteet. Hyväksi motivoinnin keinoksi todettiin vastuuttamaan asiakas omatoimisuuteen ja hänet palkittiin sen myötä esim. tekemällä jotain pientä hänen puolestaan. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden motivoinnissa oli otettava huomioon asiakkaan voimavarat, jotka saattoivat vaihdella ajoittain.

Tota siin pitää hirveen tarkkaan miettiä, että miten hän silläkin hetkellä voi. et hän käy tämmösessä mielenterveysasiakkaille tarkotetussa päivätoiminnassa kerran viikossa. Jaa ja tot siin on, et ku hänel on se masennuskausi niin hyvä et hän pääsee vessaan, nii siin tulee sit jo se itsemääräämisoikeus ja ja voimavarojen miettiminen tosi tarkkaan,

Et josku voi niinku törmätä johonki skitsofreenikkoon, joka ei ilmaise itseään juuri millään, ei puhu vaik, mut voi olla todella taitava pianonsoittaja. Et jotain sellaista, et se on hänelle läheistä ja tärkeitä, ja pystyy itteä ilmasee vaik niinku musiikin kautta.

### 5.3 Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen asiakaslähtöisemmäksi

Asiakkaan osallisuutta ei tunnisteta palvelujen kehittämisessä asiakaslähtöisemmiksi. Asiakkaan osallisuus nähtiin hoitopalavereissa, joita pidettiin kerran kuukaudessa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat eivät välttämättä saaneet kotihoidon työntekijöiltä oikeanlaista asiantuntijuutta. Koulutuksen tärkeys koettiin hyvin vahvana, erityisesti mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamisessa. Koulutus koettiin tuovan tukea ammatilliseen kasvuun. Mitä enemmän henkilökunnalla oli tietoutta mielenterveys- ja päihdesairauksista, sitä vähemmän esiintyi pelkoa ja ennakkoluuloja. Koulutuksilta toivottiin enemmän käytännön läheisiä keskusteluja, niin sanottujen case-tyyppisten esimerkkien käsittelyä. Hoitajien pysyvyys ei johtunut mielenterveys- ja päihdeasiakkaista, vaan taustalla oli työn muoto, jota tehdään usein yksin ilman ammatillista taustatukea. Kotihoidossa kaivattiin työnohjausta oman työn kehittämiseksi.

Se oiski, jos sais asiakkaan osallistumaan mukaan tämmöseen kehittämiseen, et tulis asiakaslähtöisemmäksi etenki, jos on mielenterveys- ja päihdeasiakkaasta kyse. Niin tuskin se mulla nyt ainakaan heti mieleen, miten sitä vois kehittää, niin että siinä ois asiakas mukana.

Sit ois varmaan tuollainen case-työpohjatyypinen, on niinku elävä esimerkki, jota käsitellään siellä, niin se on varmaan aika lähellä sitä käytäntöä, voi niinku varmaan vaikuttaakin johonkin asioihin.

Resursseja oli enemmän erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa, johon kotihoito kuuluu. Kotihoidolla ei ollut resursseja antaa riittävästi aikaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaille, joille keskusteluhetket ja yhteinen tekeminen on voimaannuttavaa ja asiakaslähtöistä. Moniammatillisessa yhteistyössä koettiin hyväksi psykiatrisen sairaanhoitajan antama tuki ja kaivattiin useampaa psykiatrista sairaanhoitajaa. Moniammatillista yhteistyötä kaivattiin erikoissairaanhoidon puolelta, kuitenkin yhteistyö koettiin sujuvan hyvin nykypäivänä. Lohjan alueen palvelut mielenterveys- ja päihdeasiakkaille koettiin pirstaleisiksi ja tähän toivottiin yhtenäisiä käytäntöjä. Asiakkaan jatkohoidon suunnittelussa kaivattiin yhteisiä hoitopalavereita ja lähettävän tahon kanssa.

Ja sit tavallaan se että ihmiset on epätasa-arvoisessa asemassa, et ne jotka satuu olemaan perusterveydenhuollon palvelujen piirissä. Ne ei saa sellaisia asioita kuin erikoissairaanhoidon piirissä. Et must se on ihan epäoikeudenmukaista.

Et se on tärkeätä et jos kotiutuu sairaalastaki, et se et suunnitella siellä jo se jatkohoito. Kaikki se ois verkostot sit sinne mukana suunnittelemassa sitä jatkohoitoa.

Toivottiin kotihoidon kaltaista palvelua nuoremmille mielenterveys- ja päihdeasiakkaille omalla palvelunaan. Nuoremmille kaivattiin tukihenkilön tapaista palvelua, jolloin tukihenkilöt ohjaisivat nuorta itsenäiseen asioiden hoitamiseen. Kotihoito koettiin selvästi suunnatun vanhemmalle väestölle, joka on kotona tapahtuvaa hoitoa. Vanhemmille asiakkaille kaivattiin erilaisia palveluja, jotka tukevat kotona selviytymistä.

Meiltä puuttuu semmonen nuorempien ihmisten niin kutsuttu kotihoito, et joka ei olisakaan siel kotona, et neljän seinän sisällä olevaa hoitoa välttämättä. Vaan siinä kuntoutettas sitä ihmistä ja hänen voimavarojaan siihen, että hän lähtee sieltä ulos.

Et must se on ihan epäoikeudenmukaista. Täs näkyy munmielest ero siinä ootkosä nuori vai vanha, vanha ihminen ei myöskään saa mitä nuorille tarjotaan. Ei niinku nähdä tarpeellisena panostaa johki vanhempaan ihmiseen.

Tuloksissa tuli selkeästi esille lisäkoulutuksen tarve mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. Oman työn kehittämiseen kaivattiin työnohjausta. Moniammatillisen verkoston tukea pidettiin tärkeänä ja koettiin tässä olevan selkeitä puutteita. Erityisesti lähettävältä taholta kaivattiin yhteisiä hoitopalavereita. Psykiatriselta sairaanhoitajalta saama tuki koettiin tärkeäksi ja toimivaksi, psykiatristen sairaanhoitajien toimia toivottiin runsaammaksi. Nuorille kotihoidon piirissä oleville asiakkaille toivottiin kotihoidon tapaista palvelua, joka suuntautuu enemmän toiminnallisiin käytänteisiin.

## 6 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tuottaa tietoutta, toteutuuko asiakaslähtöinen palvelu mielenterveys- ja päihdeasiakkaille kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta. Saatua tutkimuslupan haastattelimme kolmeatoista Lohjan kotihoidon työntekijää, jotka edustivat eri hoitoalan ammatteja. Haastattelut toteutettiin maaliskuun 2013 aikana, jonka jälkeen litteroimme ja analysoimme aineiston. Haastatteluista saatiin realistinen näkökulma hoitajilta, joiden asiakkaina oli ollut mielenterveys- ja päihdeasiakkaita. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoutta, jota voidaan hyödyntää asiakaslähtöisten palvelujen kehittämisessä. Kolmesta haastattelussa esiintyi samoja kehittämisen alueita.

Opinnäytetyön suunnitelman hyväksymisen jälkeen haimme tutkimuslupaa (liite 1) Lohjan kaupungin perusturvajohtajalta. Tutkimuslupan saatua aloitimme haastattelut. Haastattelut toteutettiin teemahaastattelun runkoa noudattaen (liite 2) ja teemahaastattelu soveltui mielestämme hyvin aineiston keruuseen, sillä näkemykset ja kokemukset tulivat hyvin esille. Ennen haastattelujen alkua esittelimme opinnäytetyömme tarkoituksen ja tavoitteen (liite 3), sekä ryhmähaastatteluun liittyvistä asioista. Kerroimme kaikille haastateltaville haastattelujen nauhoittamisesta ja nimettömyydestä ja olimme laatineet suostumuskaavakkeet (liite 4), jotka haastatteluun osallistujat allekirjoittivat. Tiedotimme haastattelun lupakäytännöstä ja olimme ottaneet kopion tutkimuslupapäätöksestä, joka oli esillä koko haastattelun ajan. Kerroimme myös haastateltavien oikeuksista esittää kysymyksiä tai keskeyttää haastattelu. Haastateltavat olivat kiinnostuneita haastattelujen aiheesta ja kertoivat avoimesti omia näkökulmia kotihoidon palveluista, asiakaslähtöisyyden toteutumisesta ja kehittämistarpeista.

Haastattelut etenivät sovitusti ja pysyimme hyvin aihepiirissä. Haastattelujen ajankäyttö vaihteli puolesta tunnista neljäänkymmeneenviiteen minuuttiin.

Opinnäytetyössä eettisyys näkyy siten, että haastateltavat olivat tietoisia haastattelun kulusta. Esittelimme haastateltaville opinnäytetyömme tavoitetta ja tarkoitusta sekä kävimme suullisesti läpi suostumuslomakkeen ennen allekirjoituksia. Haastateltavat olivat tietoisia, ettei heidän henkilöllisyys tule julki tutkimuksen missään vaiheessa. Litteroinnin jälkeen poistimme aineiston nauhurista. Kerroimme haastattelun lupakäytännöstä ja olimme ottaneet kopion tutkimuslupapäätöksestä, joka oli esillä koko haastattelun ajan.

Opinnäytetyössä uskottavuus näkyy siten, että olemme kirjoittaneet yksityiskohtaisen kuvauksen opinnäytetyön kulusta ja analyysin vaiheista on tehty taulukkoja erimerkiksi. Tulokset kirjoitimme teemoittain ja käytimme haastateltavilta saatuja suoria lainauksia. Tutkimustuloksissa tuli esille kehittämistarpeita, joilla palvelut saataisiin asiakaslähtöisemmiksi. Tulokset ovat siirrettävissä seuraaviin tutkimuksiin.

## 6.1 Tulosten tarkastelu

Haastatteluista saatua aineistoa vertasimme teoriaan ja tutkimuksista saatuihin tietoihin ja havaitsimme yhteneväisyyksiä. Opinnäytetyössä ei ole julkituotu muiden tuottamia tutkimuksia omina tulkintoina.

Työyhteisön suhtautumisella on suuri vaikutus siihen, miten asiakkaan osallisuus hoidon suunnittelussa toteutuu (Laitila & Pietilä 2011). Opinnäytetyössä ilmeni, että kotihoidon henkilökunnalla ei ollut paljon tietoa asiakkaan osallisuudesta hoidon kehittämiseen. Tarvittaisiin henkilökunnan koulutusta ja asenteiden muutosta asiaa kohtaan. Asiakkaan osallisuuden esteenä nähtiin asiakkaan motivaatio (Laitila & Pietilä 2011). Opinnäytetyössä haastateltavat kuvasivat samanlaisia asioita. He kokivat haasteena asiakkaan motivoinnin omaan kuntoutumiseensa.

Opinnäytetyössä haastateltavat kuvasivat mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tasa-arvoisuutta. Osa haastateltavista koki kaikkien asiakkaiden olevan tasa-arvoisessa asemassa, osa näki kuitenkin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden olevan epätasa-arvoisessa asemassa muihin asiakkaisiin nähden. Syrjäpalon (2006) tutkimuksessa potilaat arvostivat ihmisarvon kunnioittamista, inhimillisyyttä ja omahoitajuutta. Henkilökunta arvosti myös ihmisarvon kunnioittamista, luotettavuutta ja inhimillistä kohtelua. Laitilan (2010) tutkimuksessa asiakkaan osallisuus perustui työntekijän ja asiakkaan tasa-arvoisuuteen sekä osapuolten kunnioittamiseen aikuisena ihmisenä. Asiakkaat arvostivat työntekijöiden pysyvyyttä sekä jatkohoidon suunnitelmallisuutta ja jatkuvuutta. Opinnäytetyössä esiintyi samoja tekijöitä, kuten vastuuhoitajien viikoittaiset käynnit ja hoito olisi hoitosuunnitelman tavoitteiden mukaista. Niemen (2006) tutkimuksessa asiakaslähtöisyyden toteutumisessa nähtiin estävänä tekijänä niukat taloudelliset resurssit ja tämä tuli myös esille opinnäytetyössä. Koettiin ettei perusterveydenhuollolla ole yhtä paljon resursseja kuin erikoissairaanhoidossa.

Kahdessa tutkimuksessa (Virtanen 2005; Patmore & McNulty 2005) oli päädytty samoihin tuloksiin, joita tuli esille haastatteluissa. Hoitosuhteessa keskustelu koettiin erittäin tärkeäksi auttamismenetelmäksi. Keskusteluihin kotihoidon henkilökunnalla ei ole tarpeeksi aikaa. Työvuorosunnittelussa vastuuhoitajalle toivottiin varattavan aikaa asiakkaan kanssa käytäviä keskusteluja varten. Vastuuhoitajakeskustelut koettiin asiakaslähtöiseksi palveluksi. Nyströmin ja Lüzénin (2002) tutkimustuloksissa korostettiin myös omahoitajuuden tärkeyttä ja saatavuutta.

Opinnäytetyössä tuli esille uuden palvelumuodon tarvetta nuorille pitkäaikaissairaille. Kotihoidolle ei ole tarjota hoitoa kodin ulkopuolelle suuntautuviin toimintoihin. Kotihoidon palvelut ovat pääasiassa kotona tapahtuvaa hoitoa. Nyströmin ja Lüzénin (2002) tutkimuksen tulok-

sisä kaivattiin uutta hoitomuotoa psykiatrian ja kotihoidon välille. Koho-hankkeen (2011) yksi tavoite oli yhteistyömuotojen vahvistaminen perusterveydenhuollon ja psykiatrisen sairaanhoidon välillä.

## 6.2 Johtopäätökset

Asiakkaan osallisuus tuli esille silloin, kun hoitokokouksessa laadittiin hoitosuunnitelmaa. Asiakkaan osallisuus palvelujen kehittämisessä oli vierasta haastateltaville. Asiasta ei syntynyt juurikaan keskustelua. Asia koettiin kehittämisen arvoiseksi.

Asiakaslähtöisyys perustuu Lohjan kaupungin arvoihin ja tämä näkyy hoitohenkilökunnan työskentelyssä ja kehitystarpeissa. Asiakaslähtöisyys koettiin tasa-arvoisena kohteluna kotihoidon piirissä olevia asiakkaita kohtaan. Mielenterveys- ja päihdepotilaiden eriarvoisuutta koettiin olevan hieman. Lisäkoulutuksella saataisiin kehitettyä hoitotyötä asiakaslähtöisemmäksi. Koulutusta toivottiin erityisesti mielenterveysasiakkaan kohtaamiseen. Moniammatillisen yhteistyön kehittämisessä nähtiin haasteita. Yhteistyön eri toimijoiden välillä koettiin lisäävän selkeästi asiakaslähtöisyyttä.

Itsemääräämisoikeus toteutuu voimakkaammin kotihoidossa kuin laitoshoidossa. Mielenterveys- ja päihdepotilaita hoidettaessa on otettava huomioon potilaan voimavarat, jotka saattavat vaihdella päivittäin. Hoitajien vaihtuvuus on ongelmallista, jolloin hoidon jatkuvuus ja luottamuksellinen hoitosuhde vaarantuu. Asiakaslähtöinen motivointi on haasteellista johtuen ajan puutteesta ja resursseista. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan luovuutta ja kärsivällisyyttä asiakaslähtöiseen motivointiin.

Hoitohenkilökunta on hyvin motivoitunut kehittämään omaa työtään ja kokevat etteivät kykene resurssien puutteen vuoksi antamaan kaikkea, mitä haluaisivat asiakkaille tarjota. Kotihoidon työntekijöille ei ole tarjolla työnohjausta. Työntekijät kokevat, että työnohjauksen avulla voitaisiin kehittää omaa tietoisuuttaan mielenterveys- ja päihdepotilaiden hoidossa. Työnohjauksen avulla henkilökunta kokisi saavansa voimavaroja omaan jaksamiseen ja työn kehittämiseen.

## 6.3 Kehittämisehdotukset

Opinnäytetyössä esille tulleet kehittämiskohteet liittyivät asiakkaan osallisuuteen, jotta kotihoidon palvelut toteutuisivat enemmän asiakaslähtöisesti. Asiakkaan osallisuuden lisääminen olisi tärkeä kehittämiskohde. Tämän toteuttamiseksi tarvitaan lisäkoulutusta ja tuoden tietoa tutkimuksista saaduista tuloksista henkilökunnalle.

Työnohjauksen suuntaaminen kotihoidon henkilökunnalle, jotka työskentelevät mielenterveys- ja päihdepotilaiden kanssa.

Pitkäaikaisessa kotihoidossa oleville nuorille mielenterveys- ja päihdeasiakkaille olisi kehitettävä oma palvelumuoto. Palvelumuodon tavoitteena olisi tukea nuorta omatoimiseen elämään, asioiden hoitoon ja palautumaan toimivaksi jäseneksi yhteiskunnassa.

#### 6.4 Oman oppimisen tarkastelu

Aluksi opinnäytetyön tekeminen ja aloittaminen tuntui haasteelliselta erityisesti yhteistyökumppaneiden selkiytyminen ja kohderyhmän vaihtuminen tuotti uudelleen orientoitumista. Työn hahmotus kokonaisuutena oli aluksi vaikeaa. Teorialähtöinen kirjoittaminen toi omaan työskentelyymme asiakaslähtöisyyden pohdintaan ja toteuttamiseen toi runsaasti uutta tietoutta.

Opinnäytetyömme myötä pohdimme myös omia arvojamme ja hoitotyön filosofiaa, joka johdattelee tulevassa työssämme. Arvot olemme kokeneet seinällä olevaksi tauluksi ja niiden tuominen käytäntöön on vahvistunut. Tulevassa työssämme haluamme tuoda tietoutta työyhteisöön arvojen ja normien olemassaolosta. Tutkitun tiedon tärkeys on korostunut oman työn kehittämisessä. Ajatuksena on nykyisin, että mihin tutkittuun tietoon kehittäminen perustuu.

Asiakkaan osallisuus hoitotyön kehittämisessä oli meillekin uutta. Tietoutta on vielä haettava enemmän. Haluamme viedä asiaa eteenpäin tulevaisuudessa. Olemme kumpikin kokeneet olemamme asiakaslähtöisiä työssämme ja tämä on vahvistunut opinnäytetyötä tehdessä. Opinnäytetyön edetessä oma osaaminen on karttunut ja innostus työn kehittämiseen kasvanut. Sairaanhoidajan ammattiin valmistuttuamme olemme tietoisia, että emme ole valmiita, vaan opiskelu ja oppiminen ovat elinikäistä. Rohkeus ja luottamus omaan osaamiseen ovat kasvaneet. Sairaanhoidajan työ ja suuntautuminen mielenterveys- ja päihdehoitotyöhön on selkiytynyt oikeaksi vaihtoehdoksi.



## Lähteet

## Painetut lähteet

Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A. 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimus haastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010 (Kirjayhtymä Oy) Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Holmberg, J.2010. Päihderiippuvuudesta elämänhallintaan. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kankkunen, P. & Velviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. Tutkiva Hoitotyö Vol. 10 (4), 2012, 40-42.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Kuhanen, C., Oittinen, P., Kanerva, A., Seuri, T. & Schubert, C. 2010. Mielenterveys-Hoitotyö. WSOYpro Oy.

Kylmä, J & Juvakka, T.2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Kuopio: Kopijyvä Oy.

Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2011. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. Tutkiva Hoitotyö Vol.10(1) 2012, 22-31.

Lehtovaara, K. 2012. KOHO 2010-2012 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon hanke. Loppuraportti.

Mantila, S. 2007. ”Ja että oltais niillä samoilla linjoilla” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja tuen haasteet ammattihenkilöstölle päihde- ja mielenterveystyössä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Niemi, A. 2006. Asiakaslähtöisyys sosiaali- ja terveyspalveluissa. Yksityisen ja julkisen kotihoidon työntekijöiden käsityksiä asiakaslähtöisyydestä. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja -talouden laitos.

Syrjälä K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulu: Oulu University press.

Virtanen, M-K. 2005. Kotikuntoutuksen auttamismenetelmät mielenterveyskuntoutuksessa. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion yliopisto.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2010. Mielenterveys- ja päihdetyö: yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOYpro Oy.

## Sähköiset lähteet

Mäntyranta, T. & Kaila, T. 2008. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. Luettu 3.2.2013. [http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dl](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dl)

[ehdiha-ku\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo97349&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_fropage=uusinnumero](#)

Etene. 2010. Mielenterveysetiikka - sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Tulostettu 21.10.2012. <http://www.etene.fi/fi/aineistot/tiedotteet/tiedote/view/3813>

EU:n korkean tason konferenssi. Mielenterveyttä ja hyvinvointia koskea Eurooppalainen sopimus. 2008. Tulostettu 6.11.2012. [http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/mhpact\\_fi.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/mhpact_fi.pdf)

Finlex. 2012a. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 9.12.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Finlex. 2012b. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 9.12.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Finlex. 2012c. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 9.12.2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Finlex. 2012d. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 9.12.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/>

Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämässä. Tulostettu 31.12.12. [http://www.stm.fi7/c/document\\_library/get\\_folder=3320152&name=DLFE-16805.pdf](http://www.stm.fi7/c/document_library/get_folder=3320152&name=DLFE-16805.pdf)

Kaste. Vuoden 2010 Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeet. Viitattu 9.12.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1447910&name=DLFE-11165.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1447910&name=DLFE-11165.pdf)

Laitinen, S.& Lehtovaara, K. 2011. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen hoidon hanke - KOHO 2010 - 2012. Viitattu 21.10.2012. <http://www.lohja.fi/Liitetiedostot/perusturva/P%C3%A4ivitetty%20%20KOHOhanke-suunnitelma.pdf>

Lohjan kaupunki. 2013. Kotihoidon palvelualueet. Viitattu 10.1.2013. <http://www.lohja.fi/default.asp?kieli=246&sivu=250&alasivu=250>

Mielen avain. 2010. Viitattu 4.11.2012. <http://www.mielenavain.fi/3>

Nyström, M. & Lützén, K. 2002. Psychiatric care and home care service - an exploration of professional world encountered by persons with long term mental illness. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 2002 Jun; 16 (2): 171-8. Tulostettu 6.4.2013. <http://web.ebscohost.com/nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&sid=f2c4be89-bda3-4dd7-9816-d0a9775c1f34%40sessionmgr4&hid=11>

Paljärvi, S. 2012. Muuttuva kotihoito, 15 vuoden seurantalutkimus Kuopion kotihoidon organisoinnista, sisällöstä ja laadusta. Viitattu 6.1.2013. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8/urn\\_isbn\\_978-952-61-0702-8.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0702-8/urn_isbn_978-952-61-0702-8.pdf)

Patmore, C. McNulty, A. 2005. Making home-care for older people more flexible and person-centred. Viitattu.5.4.2013. <http://www.york.ac.uk/inst/spru/research/pdf/homecare.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kotihoito tukee kotona selviytymistä. Viitattu 9.12.2012. [http://www.stm.fi/sosiaali\\_ja\\_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut](http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/sosiaalipalvelut/kotipalvelut)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Mielen terveystalvelujen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:9. Tulostettu 27.10.2012.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/miellenterv/laatusuositus.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Päihdepalvelujen laatusuositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:3. Tulostettu 27.10.2012.

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/paihdepalvelu/paihdepalv.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Ehkäisevän päihdetyön eettiset periaatteet. Neuvoantavat. Tulostettu 31.12.2012. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/neuvoa-antavat-fi/ehkaisevan-paidetyon-eettiset-periaatt...](http://www.thl.fi/fi_FI/web/neuvoa-antavat-fi/ehkaisevan-paidetyon-eettiset-periaatt...)

World Health Organization 2004. Promoting Mental Health. Viitattu 27.10.2011.

[http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/promoting\\_mhh.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf)

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E. & Pukuri, T. 2013. Omahoitaja mahdollistaa potilaan ja perheen hyvän hoitamisen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Tulostettu 7.3.2013.

[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11\\_2007/muut\\_artikkelit/omahoitaja\\_mahdollistaa\\_potilaan/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/11_2007/muut_artikkelit/omahoitaja_mahdollistaa_potilaan/)

Muut lähteet

Auvinen, H. 2013. Vastaavan sairaanhoitajan puhelinhaastattelu 7.1.2013. Lohjan kaupunki. Lohja.

Tamminen, K. 2013. Lohjan Kotihoidon- ja tukipalvelujen vs. Hoivapalvelupäällikön tapaaminen 27.2.2013. Vanhustenpalvelukeskus. Lohja.

## Taulukot

Alkuperäisilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
<p>Hoito- ja palvelusuunnitelmassa kartoitetaan asiakkaan senhetkinen selviytyminen ja asetetaan tavoitteet</p> <p>Mielenterveys- ja päihdeihmiset ei saa kotihoidosta kaikkea mitä oikeesti tarvitsee</p>	<p>Tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma</p> <p>Palvelujen tarjonta puutteellista</p>
<p>Arvomaailma on olemassa kaikilla työntekijöillä ja ryhmäkeskusteluissa puidaan eri näkökulmia ja puidaan yhteistä arvopohjaa</p> <p>Kouluttaa työntekijöitä enemmän, jolloin saadaan tietoutta sairauden ymmärtämiseen ja riippuvuuden ymmärtämiseen</p> <p>On helpompi mennä hoitamaan diabeetikoita tai haavaa kun on selkeä sabluuna</p>	<p>Palvelu perustuu arvopohjaan</p> <p>Koulutuksella kartutetaan ammattitaitoa</p> <p>Tasa-arvoisuus ei aina toteudu</p>
<p>Nuoremmille mielenterveys- ja päihdeasiakkaille tulisi luoda oma nuorille suunnattu kotihoito</p> <p>Kun asiakas kotiutuu sairaalasta niin suunnitellaan siellä sairaalassa jatkohoito ja kaikki verkostot olis mukana palaverissa</p> <p>Miten saada asiakas osallistumaan mukaan kehittämistyöhön, että tulisi asiakaslähtöisemmäksi</p>	<p>Nuorille mielenterveys- ja päihdepotilaille suunnattu kotihoito</p> <p>Jatkohoito suunnitellaan moniammatillisella yhteistyöllä</p> <p>Asiakkaan osallisuus puutteellista kehittämissä</p>

Taulukko 1: Aineiston pelkistäminen

Pelkistetty ilmaisu	Alaluokka
<p>Tavoitteellinen hoito- ja palvelusuunnitelma</p> <p>Palvelujen tarjonta puutteellista</p>	<p>Tarve ja tavoitteet</p> <p>Puutteellista</p>
<p>Palvelu perustuu arvopohjaan</p> <p>Koulutuksella kartutetaan ammattitaitoa</p> <p>Tasa-arvoisuus ei aina toteudu</p>	<p>Arvopohja</p> <p>Koulutus</p> <p>Tasa-arvoisuus</p>

<b>Nuorille mielenterveys- ja päihdepotilaille suunnattu kotihoito</b>	Nuorten kotihoito
<b>Jatkohoito suunnitellaan moniammatillisella yhteistyöllä</b>	Moniammatillisuus
<b>Asiakkaan osallisuus puutteellista kehittämisyössä</b>	Asiakkaan osallisuus

Taulukko 2: Alaluokkien muodostaminen

<b>Alaluokka</b>	<b>Yläluokka</b>
<b>Tarve ja tavoitteet</b> <b>Puutteellista</b>	Palvelutarjonta
<b>Arvopohja</b> <b>Koulutus</b> <b>Tasa-arvo</b>	Asiakaslähtöisyys
<b>Nuorten kotihoito</b> <b>Moniammatillisuus</b> <b>Asiakkaan osallisuus</b>	Kehittäminen

Taulukko 3: Yläluokan muodostaminen

## Liitteet

Liite 1. Tutkimuslupahakemus.....	39
Liite 2. Teemahaastattelurunko.....	40
Liite 3. Tutkimuksen esittely haastateltaville .....	41
Liite 4. Suostumus haastatteluun .....	42

## Liite 1. Tutkimuslupahakemus

06.02.2013

Perusturvajohtaja  
Lohjan kaupunki  
PL 71  
08101 LOHJA

Asia: Tutkimuslupahakemus

Hyvä vastaanottaja

Olemme sairaanhoito-opiskelijoita Lohjan Laureasta, Tiina Bäckman ja Taina Lensu. Pyydämme tutkimuslupaa opinnäytetyötämme varten selvittääksemme Lohjan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Opinnäytetyön tehdään haastattelemalla kotihoidon henkilökuntaa, jotka työskentelevät mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden parissa. Haastattelemme myös kotihoidon esimiehiä. Haastattelumuotomme on ryhmähaastattelu. Ryhmiä on kolme (3), kaksi (2) kotihoidon henkilökunnan työntekijöistä koostuvia ja yksi (1) esimiesryhmä. Pyrimme saamaan opinnäytetyöllämme selville miten tyytyväisiä mielenterveys- ja päihdeasiakkaat ovat saamiinsa palveluihin henkilökunnan kuvaamina ja miten palveluja voisi kehittää. Osallistujille jaetaan ohjeet (Liite 2), ryhmäkeskustelun runko (Liite 3) ja suostumuslomake haastatteluun (Liite 4). Edellä mainitut lomakkeet ovat hakemuksen liitteenä. Opinnäytetyö toteutetaan helmi-maaliskuun aikana 2013 ja julkaistaan Laurean julkaisuseminaarissa Lohjalla. Opinnäytetyön tiedot ovat luottamuksellisia ja ne käsitellään niin, ettei niistä ole kenenkään henkilön tiedot tunnistettavissa. Tutkimuksesta ei aiheudu kustannuksia Lohjan kaupungille.

Tutkimuksen ohjaajina toimivat lehtorit Ulla Lemström ja Elina Rajalahti Laurean Lohjan yksiköstä.

## Lisätietoja

Sairaanhoito-opiskelijat

Tiina Bäckman

sähköposti

[tiina.backman@laurea.fi](mailto:tiina.backman@laurea.fi)

Taina Lensu

sähköposti

[taina.lensu@laurea.fi](mailto:taina.lensu@laurea.fi)

## Liite 2. Teemahaastattelurunko

### Teemahaastattelun runko

#### Teema 1:

Minkälaisia palveluja on tarjolla kotihoidon mielenterveys- ja päihdeasiakkailla?

hoitosuunnitelma, tavoitteet

omahoitajuus, hoidon jatkuvuus

asiakkaan itsemääräämisoikeuden huomioiminen palvelutarjonnassa

#### Teema 2:

Miten asiakaslähtöisyys toteutuu kotihoidon mielenterveys- ja päihdehoitopalveluissa?

asiakkaan arvojen ja mieltymysten huomioiminen

perustuuko vuorovaikutus tasa-arvoisuuteen ja luottamukseen

voimavarojen huomioiminen

asiakaslähtöinen motivointi

#### Teema 3:

Miten mielenterveys- ja päihdepalveluja tulee kehittää asiakaslähtöisimmiksi?

asiakkaan osallisuus mukana kehittämisessä

työntekijöiden pysyvyys ja kouluttaminen

moniammatillinen yhteistyö

taloudelliset resurssit

mitä lisäpalveluja vielä tarvittaisiin



### Liite 3. Tutkimuksen esittely haastateltaville

Sairaanhoito-opiskelija Tiina Bäckman  
Sairaanhoito-opiskelija Taina Lensu  
Laurea, Lohja

### Tutkimuksen esittely haastateltaville

#### ASIAKASLÄHTÖISYYDEN TOTEUTUMINEN MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEPALVELUISSA, KOTIHOIDON NÄKÖKULMASTA

Kiitos Teille, että päätit osallistua haastatteluamme. Opinnäytetyömme tavoitteena on selvittää, kuinka asiakaslähtöisyys toteutuu Lohjalla mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tavoitteena on haastattelujen perusteella löytää keinoja parantaa edelleen asiakaslähtöisyyttä. Toivomme teidän kauttanne saavamme tietoa siitä, miten te näette mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelut asiakaslähtöisyyden kannalta.

On hyvä tietää muutamia tärkeitä asioita haastatteluun liittyen. Toivon Teitä tutustumaan haastattelun teemoihin (1-3) ennen haastattelua. Voitte myös miettiä mitä muita teemoihin liittyviä asioita, haluatte tuoda keskustelussa esille.

Ryhmäkeskusteluun liittyviä yleisiä asioita:

- Esittely
- Opinnäytetyön esittely
- Teemojen esittely
- Ryhmähaastattelut nauhoitetaan analysointia varten.
- Toivomme, että nauhoituksen takia jokainen puhuisi yksi kerrallaan.
- Kaikki mielipiteet ovat sallittuja ja on tärkeää tuoda myös eriävät mielipiteet esiin.
- Opinnäytetyöhön liittyvät asiat ovat ehdottoman luottamuksellisia. Yksittäisen haastateltavan tietoja ei voida tunnistaa raportoitaessa.
- Pyydämme jokaiselta osallistujalta kirjallisen suostumuksen.
- Haastatteluun osallistujalla on oikeus keskeyttää ryhmähaastattelu missä vaiheessa tahansa.

#### Liite 4. Suostumus haastatteluun

Tiina Bäckman, sairaanhoito-opiskelija

Taina Lensu, sairaanhoito-opiskelija

Laurea, Lohja

#### SUOSTUMUS

Ryhmähaastattelu: Asiakslähtöisyyden toteutuminen mielenterveys- ja päihdepalveluissa, kotihoidon henkilökunnan näkökulmasta

Olen saanut sekä kirjallista, että suullista tietoa mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden asiakslähtöisyyttä koskevasta opinnäytetyön ryhmähaastattelusta.

Opinnäytetyöhön osallistuminen sisältää ryhmähaastattelun, joka nauhoitetaan. Annan allekirjoituksellani suostumuksen haastattelun nauhoittamiseen.

Ryhmähaastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on mahdollisuus keskeyttää haastattelu milloin tahansa. Haastattelussa ilmi tulevat tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti ja nimettöminä.

Osallistun vapaaehtoisesti ryhmähaastatteluun edellä mainitut seikat huomioon ottaen.

Lohjalla \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2013 \_\_\_\_\_  
Haastateltavan allekirjoitus ja nimen selvennys

Lohjalla \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2013 \_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys

Lohjalla \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 2013 \_\_\_\_\_  
Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus ja nimen selvennys